



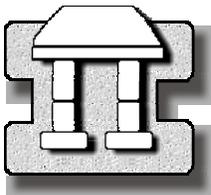
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

**EL IMPACTO QUE TIENE EN SU GRUPO FAMILIAR
EL NACIMIENTO DE UN NIÑO
CON NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES
Y LESIÓN CEREBRAL**

REPORTE DE TRABAJO PROFESIONAL
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
CELIA RAMÍREZ DOMÍNGUEZ

COMISIÓN DICTAMINADORA:
LIC. CAROLINA ROSETE SANCHEZ
LIC. FELICITAS SALINAS ANAYA
LIC. ANGELES CAMPOS HUICHAN

TLALNEPANTLA, EDO. DE MÉXICO
2004





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

EL IMPACTO QUE TIENE EN SU GRUPO FAMILIAR
EL NACIMIENTO DE UN NIÑO
CON NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES
Y LESIÓN CEREBRAL

REPORTE DE TRABAJO PROFESIONAL
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
CELIA RAMÍREZ DOMÍNGUEZ

COMISIÓN DICTAMINADORA:
LIC. CAROLINA ROSETE SANCHEZ
LIC. FELICITAS SALINAS ANAYA
LIC. ANGELES CAMPOS HUICHAN

TLALNEPANTLA, EDO. DE MÉXICO
2004

DEDICATORIAS

A mi esposo, quien me impulsó a estudiar y me dio su apoyo incondicional en la culminación de mi carrera.



A mis hijos, quienes soportaron mi ausencia en difíciles momentos de su vida y sin embargo, me apoyaron con su entusiasmo para seguir hasta el final.



AGRADECIMIENTOS

A mis asesoras de tesis;

Carolina Rosete Sanchez

Felicitas Salinas Anaya

Angeles Campos Huichan

Quienes con su experiencia y profesionalismo, me apoyaron en la realización de este trabajo.

*"Qué otra cosa es la aventura Psicoanalítica que es
avance a través de senderos sin cesar inexplorados
donde se entrevé la verdad sin jamás atraparla".*

Maud Mannoni

ÍNDICE TEMÁTICO

	Página
RESUMEN	1
<hr/>	
CAPÍTULO I. EDUCACIÓN ESPECIAL	2
<hr/>	
1.1. Antecedentes de la Educación Especial	2
1.2. Integración educativa	4
1.3. Definición de los conceptos: educación especial y necesidades educativas especiales	5
1.3.1 organización CAM-USAER	6
1.3.1.1. La Estadística Nacional de Educación Especial para 1997	9
<hr/>	
CAPÍTULO II. DUELO DE LOS PADRES ANTE EL NACIMIENTO DE UN NIÑO CON DISCAPACIDAD	12
<hr/>	
2.1. La familia	12
2.2. Desarrollo normal y diferente	13
2.3. La crisis por el nacimiento	15
2.3.1. Reacciones de los padres ante el nacimiento de un hijo con discapacidad	17
2.3.1.1. Cuatro periodos críticos de transición	19
2.4. Señales negativas de una inadecuada elaboración del duelo	20
2.4.1. Apuntes para favorecer una adecuada elaboración del duelo	23
<hr/>	
CAPÍTULO III. PROBLEMAS DE LENGUAJE	27
<hr/>	
3.1. Definición de problemas del lenguaje	27
3.2. Etiología	28
3.3. Características	28
3.3.1.. Principales tipos de anomalías del lenguaje	28
3. 3.1.1. Definición de tartamudez	30

3.4. Características de la tartamudez	30
3.4.1. Tipos de tartamudez	31
3.4.1.1. Prevalencia	31
3.5. Etiología	32
3.5.1. Valoración de la tartamudez	32
3.5.1.1. Evaluación de la tartamudez	33
3.6. Tratamiento	33
<hr/> <hr/>	
CAPÍTULO IV. DESCRIPCIÓN DEL CDEC	40
<hr/> <hr/>	
<hr/> <hr/>	
CAPÍTULO V. REPORTE DE ACTIVIDADES	54
<hr/> <hr/>	
ANÁLISIS GENERAL	88
ANÁLISIS ENTRE LA FORMACIÓN RECIBIDA Y LAS ACTIVIDADES REALIZADAS COMO PSICÓLOGO EN EL ÁREA DE EDUCACIÓN ESPECIAL	94
PROPUESTA DE CONTENIDOS PARA COMPLETAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL RECIBIDA Y PARA MEJORAR LOS RESULTADOS PRODUCTO DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS	96
<hr/> <hr/>	
CONCLUSIONES	97
<hr/> <hr/>	
BIBLIOGRAFÍA	100
<hr/> <hr/>	
REFERENCIAS	101
<hr/> <hr/>	
ANEXOS	
<hr/> <hr/>	

RESÚMEN

Los antecedentes de la Educación Especial en nuestro país se remontan a la segunda mitad del siglo XIX cuando se crearon escuelas para sordos y ciegos. En 1915 se fundó en Guanajuato la primera escuela para atender a niños con deficiencia mental y posteriormente se diversificó la atención a niños y jóvenes con diferentes discapacidades, principalmente a través de instituciones como la Universidad Nacional Autónoma de México, la escuela de orientación para varones y niñas, y la oficina de Coordinación de Educación Especial.

La Educación Especial es una Institución que tiene como una de las tareas principales, la integración educativa, social y laboral de los niños y jóvenes con discapacidad. Así mismo, atiende a los alumnos de las escuelas regulares que presentan Necesidades Educativas Especiales. (Guajardo, 1996).

Dada la importancia de esta área, decidí realizar mi práctica profesional con niños de Educación Especial, en el Centro de Desarrollo Comunitario Chalma, teniendo como objetivo conocer las situaciones vinculadas con la escasa participación de los padres en la estimulación para el desarrollo de sus hijos, y a partir de ello generar una estrategia de intervención que ayude a los padres a enfocar correctamente el duelo de tener un hijo con características especiales, y así influir positivamente en su desarrollo.

La metodología utilizada fue la siguiente: llevé a cabo las funciones de detección, evaluación, planeación e intervención, tanto con niños como con padres, para lo cual apliqué algunas pruebas académicas y Psicológicas, observaciones directas, trabajé con historias de vida, realicé entrevistas individuales a los padres, di asesoría individual y grupal e implementé un taller de tarjetería española y exposiciones acerca del desarrollo del niño.

Mi primer trabajo fue realizar un sondeo con el objeto de conocer las necesidades del Centro, así pude detectar que existe un alto índice de problemas de lenguaje en niños de preescolar, por lo que empecé a trabajar con los casos más sobresalientes, además, di asesorías a algunas madres acerca de la realización de la terapia de lenguaje. También realicé el acercamiento al caso de dos niños en forma individual, encontrando problemas de lenguaje en ambos, en uno básicamente de tartamudez y en el otro como consecuencia de hipoacusia, al primero lo atendí de manera individual y al segundo lo canalicé al área de académicas.

Así también, di asesoría individual y grupal a las madres que lo solicitaron, con el fin de brindar el apoyo que les ayudara a superar los múltiples problemas que enfrentan con sus hijos de Educación Especial, encontrando que en los diversos casos existe un déficit en habilidades sociales de comunicación y de afrontamiento, drogadicción, alcoholismo, maltrato, violencia, etc. En las familias existen una serie de factores de gran peso, como son: la religión, la cultura, las tradiciones, las experiencias personales de la familia, las características psicológicas de los padres, las expectativas durante el embarazo, los deseos frustrados, la calidad de las relaciones en la estructura familiar, lo cual es de gran trascendencia para confrontar las Necesidades Especiales de sus hijos.

CAPÍTULO I

EDUCACIÓN ESPECIAL

El objetivo del primer capítulo es conocer los antecedentes de la Educación Especial, así como el proceso de cambios que se han venido dando en dicha institución en general.

Los contenidos que se desarrollarán son los siguientes: Antecedentes de la Educación Especial, Integración Educativa, definición de los conceptos: Educación Especial y Necesidades Educativas Especiales, registro nacional de menores con algún signo de discapacidad. Tales contenidos corresponden a los aspectos teóricos requeridos en la atención de las problemáticas existentes en el Centro de Desarrollo Comunitario (CDEC).

1.1. Antecedentes de la Educación Especial

Los antecedentes de la Educación Especial en nuestro país se remontan a la segunda mitad del siglo XIX, cuando se crearon escuelas para sordos y ciegos. En 1915 se fundó en Guanajuato la primera escuela para atender a niños con deficiencia mental y posteriormente se diversificó la atención a niños y jóvenes con diferentes discapacidades, principalmente a través de instituciones como la Universidad Nacional Autónoma de México, la escuela de orientación para varones y niñas, y la oficina de Coordinación de Educación Especial.

A fines de 1970, por decreto presidencial, se creó la Dirección General de Educación Especial con la finalidad de organizar, dirigir, desarrollar, administrar y vigilar el sistema federal de Educación Especial y la formación de maestros especialistas. A partir de entonces el servicio de Educación Especial dio atención a personas con deficiencia mental, trastornos de audición y lenguaje, impedimentos motores y trastornos visuales, a través de los siguientes centros de atención:

1. Centros de Intervención Temprana
2. Escuelas de Educación Especial

3. Centros de Rehabilitación y Educación Especial

4. Centros de Capacitación de Educación Especial

A partir de 1992 se inició un proceso de reorientación y reorganización de los servicios de educación especial, cuyo punto de partida fue la adopción del concepto de Necesidades Educativas Especiales (que implica el tránsito de un modelo de atención clínico-terapéutico a un modelo de atención educativa), la promoción de la integración educativa (que en México, oficialmente se consideró que podía tener diversas modalidades: “integración escolar” o “integración al currículo”, por ejemplo) y la reestructuración de los servicios existentes hasta ese momento. A raíz de la revisión y análisis de los programas y contenidos que se realizó en el periodo 1989-94, se llegó a la conclusión de que era necesario reformar la educación (Guajardo, 1998).¹

Para ello no sólo era necesario modificar o reformar los programas y contenidos, sino que esto implicaba una revisión más analítica sobre la formación docente y la actitud de éste ante el cambio.

Tal análisis se realiza en el Marco del Programa Nacional para la Modernización de la Educación, derivándose de éste el Acuerdo Nacional Para la Modernización de la Educación Básica.

Estableciendo tres ejes que serían:

- La Reorganización del Sistema Educativo Nacional.
- La Reformulación de Contenidos.
- La Revaloración Social del Maestro.

Esto con la finalidad de elevar la calidad de la educación dando inicio así a todo un proceso de reorientación educativa, partiendo con el programa emergente de reformulación de contenidos y materiales didácticos.

¹ Guajardo, E. (1998). **Reorientación de la educación especial en México**. México, D. F. En red, disponible en: <http://proyecto-CAS.iespana.es/>

En éste nuevo enfoque se hace necesario que la enseñanza parta de las características individuales, es decir, se deben considerar los intereses, las capacidades, el entorno o contexto cultural del niño (alumno) y su familia. Esencialmente, la reorientación pretende considerar la Educación Especial como una modalidad de la educación básica y no como un nivel paralelo y excluyente para una población específica con discapacidad.

El fundamento legal de esta reorganización del Sistema Educativo Nacional se ve plasmado en la reforma del Art.3 constitucional y en la implementación de la "Ley General de Educación", en donde concretamente en el Art. 39 se indica que la Educación Especial es parte del Sistema Educativo Nacional y en el Art. 41 que hace referencia a la obligación que tiene el Estado de brindar atención a sujetos con necesidades educativas especiales y con aptitudes sobresalientes. (Gujardo, 1998 op.cit.).

1.2. Integración Educativa

Integración es una estrategia educativa que se refiere a la integración de niños con Necesidades Especiales en salones de clases regulares a la vez que están recibiendo los servicios de Educación Especial. Su propósito es el de proveer al niño con impedimento de una educación efectiva y apropiada sin privarlo de los beneficios del contacto personal y social de los otros niños en el salón de clases regular.

Básicamente, vemos que en la integración se atienden unas necesidades particulares de niños con impedimentos por medio del maestro de Educación Especial y sus respectivos especialistas de un modo individual, pero también se expone al niño al ambiente del salón de clases regular cierta parte del tiempo. Esto requiere una excelente planificación entre todas las partes envueltas, incluyendo al maestro del salón regular, para así obtener los resultados deseados. La integración se puede ver como el primer paso a la inclusión total. Uno puede primero integrar a un niño al salón de clases y, dependiendo de los resultados, ver si es viable la inclusión del mismo o no. Sin lugar a dudas que la integración funciona, siempre y cuando se planifique adecuadamente su implementación. Los factores que van a determinar

la mejor estrategia a seguir con el niño con impedimento son la severidad del impedimento del estudiante y sus prioridades académicas. (Álvarez, 1996-2001).²

El rol del maestro del salón de clases regular es muy importante, ya que el mismo maestro está a cargo de esa clase en general, y el niño con impedimento es quien está adaptándose a ese ambiente. El maestro del salón de clases regular tiene que vigilar la armonía de los estudiantes regulares con el niño con Necesidades Especiales y a la vez transmitir su clase a todos por igual.

Un problema que se puede encontrar en este tipo de ambiente, es la falta de información que resulta en el desconocimiento de cómo tratar al niño con impedimento en esa situación. La mala comunicación entre la maestra de Educación Especial y la del salón de clases regular puede ser otro gran problema. Se puede concluir que la integración sí funciona, siempre y cuando se planifique la misma y que dependiendo de la severidad y necesidades del niño, puede ser más beneficiosa y real que la alternativa de la inclusión que es la fase final de la integración

1.3. Definición de los Conceptos: Educación Especial y Necesidades Educativas Especiales

“La Educación Especial es una Institución que tiene como una de las tareas principales, la integración educativa, social y laboral de los niños y jóvenes con discapacidad”. Así mismo, atiende a los alumnos de las escuelas regulares que presentan Necesidades Educativas Especiales. (Guajardo, 1996).³

La Educación Especial pretende la sensibilización de los docentes, padres de familia y comunidad en general, para que acepten a la población con discapacidad y contribuyan a su integración.

² Álvarez, J. (1996-2001). **Integración**. En red, disponible en: www.manolo.net

³ Guajardo, E. (1996). **Hacia una educación básica en México para la diversidad, a finales del siglo XX y principios del XXI**. The University of Arizona, US/México Symposium on Disabilities (conferencia). Tucson, Arizona. México.

Asimismo, pretende la elaboración e implementación de un Programa Técnico Pedagógico para la integración en la educación básica, donde personal de educación inicial, preescolar, primaria, secundaria y especial, se vinculen estrechamente con la finalidad de que los niños y jóvenes con discapacidad acudan a las escuelas regulares.

El concepto de Necesidades Educativas Especiales se aplica a los “individuos que presentan algún problema de aprendizaje a lo largo de su escolarización, problema que demanda una atención más específica y más recursos educativos que los que necesitan los compañeros de su edad” (Coll, Palacios y Marchesi, 1990).⁴

1.3.1. Organización CAM-USAER

A partir de la reorientación educativa habrá dos modalidades (dos tipos de servicio): USAER-CAS (Unidad de Servicios de Apoyo a la Educación Regular - y Unidades de Apoyo a niños con Capacidades y Aptitudes Sobresalientes) y CAM (Centro de Atención Múltiple), los primeros brindarán atención a los alumnos de la escuela regular que por alguna razón tengan alguna Necesidad Educativa Especial. Brindarán asimismo orientación a maestros de escuela regular y padres de familia del entorno educativo. En un primer momento se pretende que la atención se lleve a cabo en aula de apoyo, posteriormente en aula regular, este segundo aspecto podría ser alcanzado a largo plazo.

De la misma manera se pretende brindar atención a aquellos alumnos que presenten alguna aptitud sobresaliente detectando potencialidades, enriqueciéndolos, entrenándolos para desarrollar estas potencialidades, orientadas hacia el interés específico del niño.

El Centro de Atención Múltiple (CAM) fue definido en los siguientes términos: Institución Educativa que ofrece Intervención Temprana, Educación Básica (preescolar y primaria) y Capacitación Laboral para niños y jóvenes que presenten Necesidades Educativas Especiales, con o sin discapacidad (Bautista, 1993).⁵

⁴ Marchesi, A.; Coll, C.; Palacios, J. (1990). **Desarrollo psicológico y educación**. Madrid: Alianza, III, P. 337-349.

⁵ Bautista, R. (1993). **Necesidades Educativas Especiales**. Málaga: Algibe, Segunda Edición.

La modalidad de Centro de Atención Múltiple se encargará de brindar atención a los diferentes tipos de discapacidad que requieren ser atendidos (discapacidad intelectual, neuromotora, auditiva etc.).

En ambos servicios se trabajará con el currículum regular pero éste se tendrá que adecuar a las características y necesidades de los alumnos.

Los Centros orientarán su actividad según las nuevas formas de organización y funcionamiento de los centros escolares, requeridas por la modernización educativa, que en su conjunto se dirigen hacia una educación de calidad y un proyecto educativo en el marco de la diversidad. Lo anterior, requerirá particularmente de flexibilidad en la organización de los espacios físicos, de los tiempos y las actividades de los maestros.

Asimismo, la horizontalidad que promuevan los directores se encaminará de modo que las relaciones interpersonales del cuerpo docente sean de respeto y colaboración, y exista una continua generación y aceptación de iniciativas individuales y colectivas de los CAM, que en conjunto, favorecen la participación colegiada y democrática de todos los actores del proceso educativo: maestros, alumnos, directores, padres de familia y autoridades en general.

Todos ellos con un equipo docente en torno a objetivos compartidos que valoren la enseñanza y el desempeño de alumnos y profesores, impulsando el desarrollo de un director con la capacidad de liderazgo y la toma de decisiones compartida.

Estas acciones van encaminadas a buscar la integración escolar, social y laboral de los sujetos con Necesidades Educativas Especiales.

Actualmente existen 1,292 Centros de Atención Múltiple (CAM) en el país que atienden 101,491 niños y jóvenes. De éstos, 453 cuentan con la modalidad de intervención temprana, 1,127 de educación primaria y 376 de capacitación laboral. Cabe destacar que ocho

entidades no cuentan con la modalidad de intervención temprana. Asimismo, evidentemente, el número de centros que ofrecen capacitación laboral es insuficiente.

Las USAER atienden 34,537 alumnos con Necesidades Educativas Especiales, sin discapacidad y a 829 alumnos con Necesidades Educativas Especiales, con discapacidad o con capacidades y aptitudes sobresalientes.

Asesora a 12,293 maestros regulares, orienta a 33,510 padres de familia y beneficia 260,097 alumnos con los que conviven solidariamente los alumnos con Necesidades Educativas Especiales.

En el Distrito Federal se tiene el 25.82% de la infraestructura nacional de los centros y unidades de la Educación Especial; y, con ello, atiende el 15.26% de la población nacional en educación especial, el 15.61% en servicios de apoyo y el 10.21% en servicios escolarizados del país (DIF, SEP, INEGI, 1995).

La atención educativa de la población infantil y juvenil con alguna discapacidad, tal como se reconoce en el Programa Nacional de Educación 2001-2006, constituye un desafío de la política educativa, no sólo por la insuficiente cobertura de los servicios sino también porque se identifican severos problemas en la calidad de la atención educativa que reciben actualmente. El mejoramiento de estos servicios exige contar con un diagnóstico preciso acerca de los logros del proceso de reorientación, las principales dificultades y especialmente de los beneficios educativos que recibe la población atendida. (Schmelkes, 1992)⁶.

⁶ Schmelkes, S. (1992). **Hacia una mejor calidad en nuestras escuelas**. Colección Biblioteca para la Actualización del Maestro. SEP. México, 31-40.

1.3.1.1. La Estadística Nacional de Educación Especial para 1997. (SEP., SNTE., 1997)⁷.

La Organización de las Naciones Unidas (ONU), a través de la Organización Mundial de la Salud (OMS), señala como indicadores para la población con discapacidad el 8'8 % de la población total, distribuida de la siguiente forma:

Deficiencia Mental	2.5%
Trastornos de Audición y Lenguaje	0.6%
Impedimentos Neuromotores	0.6%
Trastornos Visuales	0.1%
Problemas de Lenguaje	3.0%
Problemas de Aprendizaje	2.0%

Si para nuestro país tomamos en cuenta la referencia de 90 millones de habitantes, tendremos 7.9 millones de personas con discapacidad distribuidas de la siguiente forma de acuerdo a la OMS:

Deficiencia Mental	2.25 millones
Trastornos de Audición y Lenguaje	540 mil
Impedimentos Neuromotores	540 mil
Trastornos Visuales	90 mil
Problemas de Lenguaje	2700 millones
Problemas de Aprendizaje	1800 millones
TOTAL	7970 millones

En total, hay alrededor de 259 mil niños y niñas de 0 a 14 años con Necesidades Educativas Especiales, de los cuales 143 mil son niñas y 116 mil niños. Estos niños representan menos de 1 % del total de la población infantil. Los niños menores de 15 años que presentan problemas diversos se atienden principalmente en clínicas y hospitales privados, en Centros de Salud de la Secretaría de Salud y Asistencia (SSA) y en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Aunque **el porcentaje de niños y niñas que no se atienden es muy bajo, 2.2%, esta cifra indica que existen cerca de 450 mil niños que no reciben ningún tipo de atención.**

⁷ SEP, SNTE, "Atención educativa a menores con necesidades educativas especiales". Documento: Equidad para la Diversidad. México, 1997, 13-16.

De acuerdo a lo descrito en el texto, una discapacidad es la ausencia de habilidades que limita a un ser humano para realizar una actividad cotidiana, una persona con diferencias muestra dificultad para realizar las actividades más simples, ya que presenta ritmos y cualidades particulares en su desarrollo.

Considero que los maestros de los CAM Y USAER deben tomar en cuenta las sugerencias del psicólogo, del trabajador social y del logopeda, con la intención de que las adecuaciones curriculares retomen los aspectos culturales del niño así como sus intereses y aptitudes y, de esta manera, sea más acorde a su realidad, para que esto se vea reflejado en un aprendizaje realmente significativo, pienso que solo así se podrá alcanzar el objetivo de integrar al niño a la escuela, sea ordinaria o especial, a la sociedad y al ámbito laboral.

Otro aspecto que considero que es un factor clave para que se de el proceso de integración, es el de incluir en el currículo la enseñanza de las habilidades de interacción social, esto supone enseñar y practicar las conductas interpersonales en el aula y otros contextos escolares, ya que la integración física entre alumnos deficientes y no deficientes no es suficiente para que esos niños vayan a ser aceptados e integrados automáticamente; la simple integración con compañeros que no presentan ningún problema no es suficiente para que se produzca el desarrollo de la competencia social. Si no se toma en cuenta estos aspectos, no se tendrán los efectos favorables esperados en el proceso de integración escolar, sino todo lo contrario, se producirá aislamiento y rechazo, aspectos dolorosos y desagradables para estas personas.

Un problema relevante es la escasa preparación de los profesionales a cargo de estos niños, en las escuelas regulares, ya que no están capacitados para atender las Necesidades Especiales que presentan, y es aquí donde empieza el problema, ya que aunque a los programas y contenidos se les realicen modificaciones, a los maestros, a la hora de dar la clase se les olvida esto y toman dos actitudes ambivalentes: o tratan a los niños por igual al generalizar sus clases sin tomar en cuenta las Necesidades Especiales o relegan a estos niños, al no observar resultados positivos, esto lo pude advertir en algunas investigaciones que se han realizado y que consulté.

Por todo esto pienso que dentro de los planes y programas educativos se debería diseñar una propuesta educativa en donde se integre a las madres en la participación de las actividades que se desarrollan con sus hijos diariamente, con lo que se pueden mejorar sus relaciones cotidianas con los niños; lo cual puede propiciar que las madres reflexionen acerca de la importancia que tienen estas prácticas cotidianas conjuntas, al darse cuenta de las habilidades que los niños pueden desarrollar mediante el juego, la danza, en la participación de un relato o de una ronda, etc. Al estar las madres en contacto diario con ellos podrán entender las ventajas que la utilización de estas prácticas les reporta tanto a ellas como a los mismos niños, esto va a ser significativo para ellas y comprenderán la importancia que tienen en su educación y desarrollo, y a la vez esta conciencia de las madres puede llegar a enriquecer la experiencia del niño. Por eso se torna urgente, hacer conciencia en los padres para que tengan una intervención más activa en el proceso educativo de sus hijos así como en su desarrollo. Todo esto nos muestra cuan importantes son los cuidados maternos e infantiles para este grupo de personas y sobre todo, qué necesario es un tratamiento y una ayuda precoz, es decir, una ayuda desde la mas tierna infancia.

Como se observa, la demanda de atención es alta, ya que según las estadísticas, existen 259 mil niños y niñas que presentan Necesidades Educativas Especiales, por eso, considero necesario que se dé una mayor importancia a la atención de estos niños, así como un apoyo económico suficiente por parte del gobierno e instancias vinculadas.

Considero, que esta sociedad en la que vivimos y en la cual nacen personas con características particulares, debe ser capaz de afrontar el hecho mismo de la lesión orgánica, reconociendo las diferencias y la necesidad de apoyos específicos como propios de la naturaleza de estas personas, dando soluciones y proporcionando lo indispensable, como son los recursos humanos, materiales y financieros a los sectores más implicados, a fin de que las personas con necesidades Educativas Especiales hagan efectivo su derecho a una educación y a una vida tan digna, plena, autónoma e independiente como sea posible.

CAPÍTULO II

DUELO DE LOS PADRES ANTE EL NACIMIENTO DE UN NIÑO CON DISCAPACIDAD

En este segundo capítulo el objetivo es percibir las diversas reacciones que muestran los padres ante el nacimiento de un niño con necesidades educativas especiales y la forma como superan este duelo.

Los contenidos a desarrollar serán los siguientes: La familia, desarrollo normal y diferente, la crisis por el nacimiento, características psicológicas de los padres, cuatro periodos críticos de transición, reacciones de los padres ante el nacimiento de un hijo con discapacidad, señales negativas de una inadecuada elaboración del duelo, apuntes para favorecer una adecuada elaboración del duelo.

2.1. La Familia

El primer grupo al cual pertenece un niño es la familia. Este grupo primario es el encargado de importantes aprendizajes, tales como el cuidado físico, la higiene, la alimentación, el ritmo de sueño, la vestimenta, la locomoción, el lenguaje. También forman parte de las funciones de la familia, la enseñanza de las relaciones familiares y de las relaciones sociales, la transmisión y el aprendizaje de la actividad productiva y recreativa, de la inserción laboral, de las relaciones sentimentales y de la formación y consolidación de un nuevo hogar. De la convivencia familiar, se espera que cada niño aprenda todas aquellas funciones que le sirvan para crecer y desempeñarse en su vida diaria.

Cada familia es un sistema abierto en continuo movimiento, cambio y reestructuración, en busca de una estabilidad y equilibrio entre todos los miembros que la componen. Es una unidad formada por distintas subunidades que pretenden conseguir un ajuste y una adaptación positiva. Los procesos que tienen lugar son interactivos, de forma que cualquier

suceso que ocurre en uno de sus miembros repercute de una u otra manera en todos los demás. De este modo, las familias experimentan cambios cuando nace algún miembro, crece, se desarrolla, muere (Vallejo, 2001).⁸

2.2. Desarrollo Normal y Diferente

Hablar de un individuo en desarrollo supone hacerlo en su integración en lo biológico, cognitivo, personal, cultural, genérico, social y moral, advirtiendo, en definitiva, dos grandes bloques: de un lado la perspectiva individual (capacidades, habilidades, aptitudes, intereses, actitudes, etc.) y, por otro, los diferentes contextos o sistemas en los que el sujeto se desenvuelve.

Así, si se asume que todo individuo nace dotado, tanto biológica como psicológicamente, para alcanzar unos niveles de desarrollo, definido éste como el conjunto de cambios físicos, cognitivos y emocionales por el que pasan todos los niños y que dan lugar a maneras nuevas y mejoradas de reaccionar, es decir, a una conducta que es más sana, más compleja, más organizada. Entendido así el desarrollo, se entenderá por trastorno del desarrollo “aquella alteración, disfunción o dificultad del funcionamiento intelectual general y de la conducta adaptativa de una persona, lo que conlleva la necesidad de elementos de apoyo y recursos en el contexto cultural donde se desenvuelve” (Luque y Romero, 2002).⁹

De forma más detallada, en los trastornos del desarrollo, se pueden expresar las siguientes características:

- ⊃ Tienen su origen en la infancia o en la adolescencia.
- ⊃ Se dan dificultades varias en las capacidades, las habilidades, los conocimientos, etcétera.

⁸ Vallejo, J. **Duelo de los padres ante el nacimiento de un niño con discapacidad**. Docente Corporación Universitaria Rémington, Junio, 2001. En red, disponible en: medicina.udea.edu.co/iatreia/Vol14/20No2/20-20Jun/2001/niños/20discapitados.doc.

⁹ Luque, D y Romero, J. (2002): **Trastornos del desarrollo y adaptación curricular**. Málaga, Aljibe.

- Su intervención psicoeducativa deberá contar con recursos y apoyo, de carácter extraordinario a lo habitual en los centros educativos. En consecuencia, son sujetos de Necesidades Educativas Especiales o de compensación educativa.
- En lo social tendrán necesidad de apoyos o redes de ayuda, buscando la adaptación a sus contextos.

Según Torres y Buceta (1995 cit. en Vallejo, 2001) muy a menudo nos encontramos con familias con un miembro con características orgánicas particulares, familias que llegan a las instituciones presentando a su hijo como quien no ha podido aprender durante muchos años las nociones de higiene fundamentales. Familias que lo presentan como una persona muy inteligente, que se da cuenta de todo, pero... no puede hacer nada. Muchas veces no pueden brindar a sus miembros los apoyos necesarios para que éstos se desarrollen en forma autónoma. Por diferentes tipos de razones, ese niño "es el portavoz de los conflictos y tensiones de su grupo inmediato, la familia. Pero es también por ello, el símbolo y el depositario de los aspectos alienados de su estructura social, portavoz de su inseguridad y su clima de incertidumbre"

Desde el punto de vista psicoanalista, el embarazo, por lo general, es vivido como un periodo de crisis. No es pues de extrañar que cuando el embarazo culmina con el nacimiento de un niño con un desarrollo particular, se produzca inevitablemente un estado de conmoción, el cual tiene sus antecedentes inclusive antes de que comience la gestación. Un hijo se articula en la dialéctica del deseo inconsciente de los padres. Los humanos fantasean sobre la realidad de los hijos antes de empezar a concebirlos. Esto les da una existencia en la realidad psíquica de los padres desde entonces. Se hacen una idea del niño que esperan, lo que produce una imagen ideal o fantaseada del hijo. "Un hijo que encaja en la dialéctica del deseo de cada padre, por lo cual podemos decir que esperan un hijo en particular" (Candel, 1998).¹⁰

El problema inicia cuando éste niño no corresponde al que se esperaba.

¹⁰ Candel, I. **Bases de la integración: familiar, escolar y social**. En: revista Síndrome de Down. dirección provincial del ministerio de educación y cultura en Murcia (España). Nro. 15: 131-134, 1988.

El nacimiento de un niño con diferencias en su desarrollo, o el momento en que se realiza su diagnóstico, representa una experiencia única y profunda. Es un punto en el cual la autoestima, el bienestar y la capacidad de acción del padre se someten a una dura prueba. En comparación con otras situaciones cotidianas de estrés para los padres, el reto (de manejar la situación) no es generado por alguna acción intencionada o preconcebida por el niño o el adulto, sino que brota de las propias emociones de los padres, surge del reconocimiento de que sus esperanzas para el futuro se ven alteradas frente a la nueva realidad.

Bajo este contexto, en el caso del nacimiento de un niño(a) con características particulares, anuncia un fuerte impacto en los padres por el encuentro con el niño “real”. La dinámica, expectativas, planes y proyectos de vida familiar y personal se ven alterados de forma más o menos radical. Los padres no sólo esperan tener un hijo sano y “normal”, sino que también sienten la necesidad de crear algo bueno. Es este uno de los significados más sublimes que los humanos le damos a la procreación, crear otro ser y recrearnos al mismo tiempo. “El nacimiento de un niño con un grave trastorno congénito puede acabar con ese orgullo y cerrar definitivamente con la posibilidad de prolongar la línea familiar” (Abellera, Czernikowski, Kleiman, Matus, 1989).¹¹

2.3. La Crisis por el Nacimiento

La llegada de un hijo con lesión orgánica genera en la familia una crisis inesperada, no normativa, de desajuste, que exige que los padres se adapten de forma instantánea. El equilibrio de la familia queda generalmente descompensado, tanto el funcionamiento interno de la familia como sus relaciones con el mundo exterior, se altera. Aunque resulta imposible predecir el proceso exacto que viven los padres, se identifican algunas situaciones que influyen de manera determinante en la forma en que asumen dicho acontecimiento, sin olvidar que la reacción varía de una familia a otra, de un padre a otro, de una madre a otra (Vallejo, 2001 op.cit.).

¹¹ Abellera, H.; Czernikowski, E.; Kleiman, S.; Matus, S.; **La organización dualista en la clínica familiar**, Revista A.A.P.P.G. Nro. 3/4, 1989.

Algunos de estos factores son:

- Características psicológicas de los padres.
- Antecedentes personales.
- Manera como hayan enfrentado otros duelos y crisis en su vida.
- Expectativas sobre la maternidad y/o paternidad.
- Expectativas del hijo esperado.
- Expectativas durante el embarazo.
- Calidad de las relaciones en la estructura familiar.
- Apoyos con que cuenten, tanto en el ámbito familiar como social.
- Momento y contexto vital por el cual atraviesan.
- Apariencia, evidencia física
- Valores frente a la vida.
- Nivel sociocultural.
- El sexo del niño(a).

Detrás de esta elaboración vienen otras situaciones que integran de manera compleja los retos que cada familia debe igualmente elaborar, y que bien pueden considerarse como los otros duelos que los padres deben elaborar:

- Alteración de las funciones básicas de la familia
- Sexualidad
- Reproducción
- Economía
- Educación y socialización
- Connoción de los cimientos de la familia como unidad social.
- Redistribución de roles y funciones.
- Cambio en el estilo de vida.
- Establecimientos de nuevas metas y proyectos de vida.

2.3.1. Reacciones de los Padres ante el Nacimiento de un Hijo con Discapacidad

Algunas reacciones comunes que se presentan en los padres, ante el encuentro con el niño y su diagnóstico tienen importancia por el papel que desempeñan, puede darse una serie de sentimientos que impiden comprender la situación y que muchas veces los paralizan. Son una serie de reacciones naturales ante los aspectos negativos de las Necesidades Especiales, surgen como una defensa primitiva ante el sufrimiento psicológico, actúan como un anestésico, de efecto inmediato, aunque temporal, que da a la estructura psíquica tiempo para elaborar un sistema de defensa más adecuado. ‘Esta es una situación altamente angustiante, y en un intento por controlarla, se desencadenan **mecanismos de defensa**, (como el pensamiento mágico omnipotente y la negación, entre otros), los cuales prevalecen inicialmente y a menudo durante un largo periodo de tiempo’ (Doberman, 1998).¹²

Es característico en este momento que los padres tengan una visión muy limitada de su situación. Están aturridos y presentan dificultades para responder ante las personas y situaciones de la vida diaria. Esto incide en la manera en la que entienden las cosas que el equipo de profesionales a cargo de la atención de su hijo, les dicen acerca de su diagnóstico y pronóstico. La información que en ocasiones se les intenta transmitir es, en palabras de los profesionales, como si no las entendieran, se produce un desfase entre el saber y la verdad: comprenden las palabras pero no escuchan la verdad, pues esta implica un dolor intenso y en muchos casos es destructivo para la estabilidad emocional.

Otras situaciones vividas por algunos padres durante todo el proceso de confrontación y asimilación de la situación son:

- *Depresión*, entendida como una tristeza crónica que invade a toda la persona, y afecta las relaciones que establece con los otros, incluido el menor.

¹² Doberman, F. (1998). **Enfrentando el reto: Estrategias para manejar el impacto del niño discapacitado sobre sus padres**. EE.UU. Traducción: Ángela Couret. En Red, disponible en: <http://www.pasoapaso.com.ve/categorias.htm>

- *Sentimientos de culpa*, para consigo mismo o hacia el otro, el cual depende de ciertas asociaciones “internas” o inconscientes frente al rechazo o deseo de muerte del menor.
- *Comportamientos reactivos*, pues algunos padres, en el intento de esconder a sus hijos para que nadie los vea en tales condiciones, llegan a esconderse ellos mismos hasta aislarse de sus amigos y parientes.
- *Vergüenza*, ya que el desarrollo del menor, al ser diferente, produce sentimientos de turbación y vergüenza en presencia de otras personas.
- *La continua frustración* por la dependencia o bajo desarrollo de su hijo(a).

“Vale la pena recordar que las personas no reaccionan directamente a los acontecimientos externos, sino a los significados internos que asumen tales acontecimientos, porque lo que se plantea, tras el descubrimiento de las Necesidades Educativas Especiales del hijo, el elemento crucial no es el trastorno mismo, sino la demolición de las expectativas paternas” (Doberman, 1998, op.cit.).

Además, los padres se enfrentan a la aparición y oposición de dos deseos incompatibles. Por una parte el deseo de atender y proteger al niño limitado porque es su propio hijo, por otro lado, aparece el rechazo por su limitación. Es igualmente importante el hecho de que este proceso se da justo en el momento en que su hijo más los necesita a nivel de la aceptación, protección y apoyo.

Muchos han logrado sobreponerse y sus experiencias ayudan a otros a enfrentar la mayor fuente de preocupación, que es el miedo a lo desconocido. Con frecuencia los padres se sienten mal por la diversidad, intensidad y contradictoriedad de los sentimientos que tienen respecto a ese hijo especial y a la situación que viven. Una ayuda eficaz puede ser el saber que estos sentimientos son normales, que otros padres los han tenido y que no es vergonzoso o malo tener estas reacciones, ni se es una mala persona por tenerlos.

2.3.1.1. Cuatro Periodos Críticos de Transición

Mackeith (1973 cit. en Vallejo, 2001 *Ibíd.*) plantea que cada familia hace frente a este reto con su propio estilo, sin embargo, hay elementos comunes que vale la pena destacar, y que normalmente se presentan en las diferentes etapas.

En seguida se describen cuatro períodos críticos de transición por los que pasan todas las familias:

- Al recibir el diagnóstico*
- Durante los años escolares*
- Adolescencia*
- Adulthood*

Recibir el Diagnóstico: Al momento de recibir el diagnóstico es frecuente que los padres presenten reacciones naturales como: negación, impotencia, culpa, enojo y duelo, Para muchos padres este dolor es tan intenso que aun años después, el sólo recuerdo de ese momento enrojece los ojos.

Durante los Años Escolares: Búsqueda de servicios especiales, cambiar las rutinas y horarios de toda la familia para tener tiempo de atender al hijo con Necesidades Educativas Especiales, establecer una rutina estructurada para las actividades del niño, sentimientos de estar aislado y ser una familia "diferente", incapaz de integrarse en las actividades de la mayoría, búsqueda del apoyo y comprensión de otros padres, rivalidad y emociones contradictorias de amor, protección, coraje y envidia de parte de los hermanos.

Adolescencia: Para cuando el individuo llega a la adolescencia, los padres son unos verdaderos expertos, también tienen más años y menos energía, se confrontan más directamente las diferencias de su hijo con otros de la misma edad, empiezan a planear para el futuro, en este momento, los padres tienen que manejar también las diferencias de su propio matrimonio con otros, se hace necesario enfrentar los aspectos de sexualidad y resolverlos.

Aduldez: En esta etapa, se dan dos preocupaciones principales:

- Quién cuidará del hijo cuando los padres no puedan hacerlo, y la urgencia de contar con los medios económicos para asegurar su atención y cuidados adecuados.
- Surge también con mayor importancia la preocupación de los hermanos sobre el cuidado del individuo con lesión orgánica, así como el temor de ser portadores de un problema genético.

2.4. Señales Negativas de una Inadecuada Elaboración del Duelo

Hasta el momento se ha venido hablando de un proceso de reorganización que llevaría a los padres a buscar los medios operativos de elaboración de la situación, que posibilitarían crear un vínculo lo "suficientemente sano" con el niño y el entorno, proporcionando a aquel, el sostén afectivo necesario para su estructuración psíquica, llevando a los padres a que asuman una actitud más realista frente a él y sus diferencias, favoreciendo la identificación de sus necesidades y los apoyos específicos que requiere. Sin embargo algunas de estas reacciones pueden estereotiparse y volverse rígidas, trayendo graves consecuencias, en cuanto impiden una adaptación activa a la realidad, afectando de esta manera la elaboración del duelo. (Candel, 1988 op.cit.).

Existen algunos indicadores que se pueden señalar y que muestran dificultades en el proceso que una pareja de padres va a tener en la aceptación o no de su hijo con Necesidades Educativas Especiales, algunos de ellos son:

Excesivo apego.

Sobreprotección.

Trato negligente o de abandono.

Pobre o nula participación en el proceso de rehabilitación del menor.

Abandono frente a si misma(o).

Actitud Sacrificada

Sobreexigencia al menor.

Sobreestimulaciones.

Percepción irreal de pronóstico (Baja o alta).

Actitudes de huida

Actitud desafiante, agresiva y de desautorización respecto al profesional o equipo.

Altos niveles de ansiedad.

Cuadros de depresión crónica

Para concluir este apartado digamos que la experiencia de un hijo con Necesidades Educativas Especiales, propicia en los padres una de dos situaciones diametralmente opuestas: o superan la situación de un modo admirable y a veces heroico o son incapaces de soportar la terrible tensión generada y la pareja se desintegra.

En nuestra sociedad los roles desempeñados por los padres y madres ante el nacimiento de un niño con lesión orgánica son significativamente diferentes. Los pocos estudios específicos, sobre la manera como el padre asume dicho nacimiento, han demostrado que su aceptación sobre la condición de su hijo va a suponer siempre un gran soporte social y marital en el que la madre apoyará sus esperanzas.

La reacción negativa por parte del padre se ha relacionado con el nacimiento de un hijo varón y aparece proporcionalmente correlacionada con el grado de disfuncionalidad que tenga o pueda tener su hijo. Según Petchel y Perry (1989 en Vallejo, 2001) los padres en muchos casos son los que sufren mayor depresión, debido quizás a la dificultad que tienen para expresar sus afectos, en este sentido suelen presentar un acercamiento progresivo y gradual, en cambio las madres muestran periodos de euforia y crisis, presentando una mayor tendencia a la aflicción, a sentir sentimientos de culpa y a necesitar exteriorizar sus sentimientos, lo que les ayuda a evitar la depresión.

Es común identificar que el mayor peso de la responsabilidad a este nivel es delegado y asumido por las madres, las mujeres. Son ellas las que asumen, en ocasiones de manera estoica el compromiso de sacar adelante a sus hijos, haciendo frente a cualquier adversidad, asumiendo cualquier costo, hasta el descuido y la renuncia hacia sí misma. Es común identificar a muchas madres que dan la vida por sus hijos, y esto en el sentido estricto de la

palabra es permutar su vida por la de su hijo, todo esto estaría indicando que no sólo es una manifestación de una influencia sociocultural en la que la educación de los hijos es delegada y asumida por las mujeres, sino que además con dicho comportamiento estarían evitando confrontarse con sus propios conflictos internos.

La pobre participación del Padre, tiene una implicación aun más preocupante: deja a la madre y a su hijo (a) expuestos a una relación sin límites claros, pues siendo él una de las figuras que podría mediar esta relación, no está presente para hacerlo, aumentando con ello los factores de riesgo para que el duelo se complique, así como el proceso de estructuración psíquica del menor.

Lo anterior se presenta a causa de que el padre experimenta una sensación de desvalorización y fracaso ya que este tipo de limitaciones lo enfrenta a la falta, a la incompletud. Modelo de hombre incompatible con las formas actuales de una sociedad en la que el prototipo masculino debe mostrarse exitoso y completo, renegando de la castración. Por lo tanto, este alejamiento del padre, a quien le cuesta romper el vínculo dual madre-hijo, provoca en el yo del niño trastornos para el ingreso al mundo simbólico, dificultades para construir un proyecto propio. Además de lo histórico de cada miembro de la pareja, la realidad de la lesión orgánica pareciera que entorpece más el que la madre se separe del hijo y por lo tanto que este hijo pueda circular.

La concepción y el nacimiento de un niño no son hechos meramente biológicos sino que se encuentran imbricados (inmersos) en una trama simbólica y fantasmática. Este hijo enfrenta a los padres con sus propias limitaciones, testimonio permanente de una alteración emocional, personal.

Maud Mannoni, plantea que el niño está destinado a satisfacer los deseos de la madre, teniendo su existir significación para ella y no para él. Aún intentando responder a sus demandas, no será satisfactorio para ella, ya que hay en la madre un deseo oculto no formulado. Por lo tanto, toda pretensión de autonomía desde el niño, será para la madre la desaparición del "soporte fantasmático del que tiene necesidad (Candel, 1988 op.cit).

2.4.1 Apuntes para Favorecer una Adecuada Elaboración del Duelo

Sin ánimo de establecer un recetario de intervención frente a los padres de un niño con Necesidades Educativas Especiales, se señalarán a continuación algunos aspectos, retomados de ‘Bases de la integración: familiar, escolar y social’ de Isidoro Candel, que bien pueden servir a manera de conclusiones:

1. Se debe destacar la situación de especial vulnerabilidad en que se encuentra el grupo familiar del niño con Necesidades Educativas Especiales.
2. Propiciar una atención temprana, entendida esta como el conjunto de actuaciones planificadas con carácter global e interdisciplinario. En este sentido se debe prever, planificar, instrumentar y desplegar estrategias de intervención en tiempo y forma.
3. Los Servicios de Salud y de Educación deben instrumentar las instancias de detección temprana de alteraciones del desarrollo y, ante la constatación de las mismas, se debe derivar lo antes posible al niño y a su familia a un equipo interdisciplinario especializado, para que este inicie las acciones terapéuticas adecuadas para cada caso. En este sentido se debe establecer una coordinación entre los diversos Servicios de Salud, Educación y la Familia para brindar una acción asistencial adecuada.
4. Es muy importante para el niño y su familia, que lo antes posible, se pueda realizar la detección de las Necesidades Educativas Especiales, porque la detección precoz permite que lo antes posible se realicen las acciones terapéuticas más adecuadas para cada caso. Ya que se pierden momentos críticos del desarrollo, obturando la posibilidad de que el niño tenga oportunidades de experimentar situaciones de aprendizaje funcional y posibilitando que se cristalice un funcionamiento patológico del grupo familiar.

5. Tener en cuenta que todo sujeto humano es un emergente de su grupo familiar, tanto en salud como en enfermedad, cada uno de ellos como emergentes del funcionamiento del grupo familiar, son sujetos plausibles de convertirse en depositarios y/o depositantes de las ansiedades y conflictos del grupo. Al asumir este rol se convierten en denunciadores de una situación distorsionada. La experiencia clínica muestra que el niño con o por sus Necesidades Educativas Especiales puede llegar a convertirse en el depositario de la patología familiar. No basta con ofrecer información racional a los padres, si no está sustentada en la posibilidad de intervenir psicoterapéuticamente a nivel familiar.
6. El hecho de que los padres, y toda la familia, puedan contar con profesionales capacitados y comprensivos que les informen, les apoyen y les orienten, constituye un elemento de capital importancia para lograr una buena adaptación. En este sentido, creo que los programas de atención temprana han jugado un papel relevante, ofreciendo a los padres la ayuda que necesitaban nada más al conocer la deficiencia o la necesidad de su hijo.
7. Si tal y como se ha demostrado, los primeros años constituyen un período de vital importancia para el desarrollo posterior, los programas de atención temprana deben resaltar, todavía más, esta faceta de apoyo familiar, habida cuenta de la influencia que tiene la dinámica familiar en el desarrollo global del niño, con o sin deficiencia. En este sentido hay que hacer una referencia obligada al capítulo de las relaciones padres-hijo, que se instauran en el mismo momento del nacimiento y que son la base sobre la que se edifican los comportamientos cognitivos, comunicativos, afectivos y sociales. Sabemos que, en el caso de los niños con Necesidades Educativas Especiales, los patrones de interacción pueden estar distorsionados, unas veces por las conductas poco reforzadoras de los propios niños, y otras porque los padres están especialmente perturbados.
8. Quisiera llamar la atención acerca de la enorme importancia que tiene para los profesionales de la Educación la prevención de las Necesidades Especiales, se trata,

sobre todo, de ayudar a la familia a enfocar correctamente la cuestión para influir positivamente en el desarrollo integral de su hijo. Esto cobra especial relieve en el caso de los niños llamados de alto riesgo o de los niños sin patología evidente, ya que sus Necesidades Educativas Especiales no son llamativas y suelen pasar inadvertidas, dando la cara a edades más avanzadas, lo cual provoca un notable desajuste en el ámbito familiar y en las relaciones de los padres con su hijo y con los profesionales. Tal vez este aspecto pueda resultar un tanto sorprendente, por novedoso. Pero los trabajos de investigación están siendo muy concluyentes acerca de la importancia de tener en cuenta estas diferencias.

Como menciona Vallejo (2001), al no lograr adaptarse los padres a esa realidad que representa el hijo con Necesidades Educativas Especiales, se torna difícil la elaboración del duelo, lo cual trae consigo grandes consecuencias como son: sobreprotección, excesivo apego, sobreexigencia al menor, pobre o nula participación en el proceso de rehabilitación del menor, entre otras muchas cosas. Todo esto lo he venido observando durante el desempeño de mi trabajo profesional en el CDEC, y específicamente este punto de la pobre o nula participación de los padres, que es la pregunta principal de mi trabajo, y a la cual creo que he podido encontrar la respuesta al investigar tanto en la práctica como en la teoría existente acerca del tema.

Lo que exponen Merea, Picollo y Zimerman (1987) acerca de la reacción negativa por parte del padre ante la discapacidad que presenta el hijo es un hecho real, ya que en el CDEC Chalma he podido observar que en varios de los casos cuando el padre se entera de que su hijo presenta alguna discapacidad, se ausenta del seno familiar, ya sea definitivamente o para entregarse a algún vicio, con el fin de evitar enfrentar el conflicto que esto le genera, y sintiéndose culpable al reconocer ese hijo como producto suyo y al saberse incapaz de proporcionarle ayuda, delega así la responsabilidad en la madre, dejándola sola con el peso de ese hijo con Necesidades Especiales y, aunado a esto, ella debe sacar adelante a este hijo y a otros más, teniendo que enfrentar el problema económico y salir a la calle en busca de trabajo, para lo cual debe desatender a los menores y valerse de ayudas externas, siendo además un gran pesar para la madre tener que separarse, sobretodo de ese hijo que la

necesita más que los otros por presentar ciertas limitaciones y con el cual mantiene un vínculo estrecho que hasta cierto punto es castrante, ya que queriendo ayudarlo le impide valerse por sí mismo.

Creyéndolo incapaz de realizar las actividades que realiza cualquier otro niño, aparecen actitudes de sobreprotección, dificultades en la puesta de límites, necesidad de "completarlo" (hacer por él). Esta actitud de completar se observa tanto en la sobre-exigencia del hermano normal como en negar la deficiencia del discapacitado. Por ejemplo: "si no habla, hablo por él"; "si no puede pararse, lo paro".

En el CDEC, cuando se solicita la cooperación de los padres en la realización de las diversas actividades que se desarrollan con los niños, los papás son los que menos acuden al Centro, tal como se menciona en el texto de Vallejo (2001), siendo contados los que asumen esta responsabilidad como tal, delegándola a las madres, que gran parte de las veces lo hacen de mala gana, pues dicen tener otras actividades que realizar y a veces se retiran a sus casas sin cooperar en lo que se les pide. Al final del semestre son las primeras en quejarse por el mínimo avance observado en sus hijos, sin tomar en cuenta la enorme responsabilidad que tienen ellas en el desarrollo y educación de sus hijos.

Es por eso que considero que el éxito o el fracaso en las actividades realizadas en una institución dependen del grado de acuerdo y compromiso de la familia de cada paciente con los objetivos y el estilo de la Institución, tal como lo mencionan los autores expuestos, ya que hasta el mejor plan puede fracasar si los padres no son parte activa y reconocida del proceso.

Por último, concuerdo con los autores Frank y Doberman, en que los padres desarrollan mecanismos de defensa ante el sufrimiento de tener un hijo con Necesidades Educativas Especiales, uno de esos mecanismos es el de pensar que ese hijo algún día va a ser igual a cualquier otro niño, negando así sus diferencias o no aceptándolas como tal, y albergando la esperanza de que suceda un milagro que los libere de tal sufrimiento, tanto a ellos como padres como al hijo, esto lo pude percibir en mi trabajo con los padres del CDEC.

CAPÍTULO III

PROBLEMAS DEL LENGUAJE

El objetivo del presente capítulo es mostrar una panorámica de los diversos problemas de lenguaje existentes, así como hacer una descripción detallada del problema específico de tartamudez o disfemia.

Para lo cual desarrollaré los siguientes contenidos: Definición de problemas del lenguaje, etiología, características, principales tipos de anomalías del lenguaje, tipos de tartamudez, prevalencia, etiología, valoración, evaluación, tratamiento de la tartamudez. Expongo estos aspectos teóricos porque corresponden con las características de las problemáticas atendidas durante mi práctica profesional.

3.1. Definición de problemas del Lenguaje

Los problemas del lenguaje pueden ser trastornos en la comprensión o producción del habla, son todas las desviaciones significativas de la norma, en cuanto a grado, cantidad, calidad, tiempo y ritmo lingüístico, que dificultan la expresión interpersonal y que demuestran una deficiencia más o menos duradera en la habilidad lingüística (Sánchez, Cantón y Sevilla, 1997)¹³

Para Asha (1980 cit. en Defior, 1985) “un trastorno de lenguaje es la adquisición, comprensión o expresión anormal del lenguaje hablado o escrito”.

Esto es, de acuerdo a la lesión particular que presente el niño ya sea orgánica o emocional, pueden darse alteraciones en el habla (como el caso de la mala articulación), es decir, el sonido producido o de lenguaje, los cuales pueden ser de expresión (mutismo, tartamudeo), comprensión (afasia, hipoacusia), comunicación, sintaxis (inadecuado manejos gramaticales).

¹³ Sánchez, Cantón y Sevilla, (1997). **Compendio de Educación Especial**. México. Manual Moderno. Pp.67-79.

3.2. Etiología

Las dificultades de lenguaje se pueden deber a diversas razones, a veces existe una causa orgánica precipitante, como una pérdida auditiva que afecta a la comprensión del lenguaje, o un defecto en el control neuromotor del tracto vocal, que afecta a la producción. En ocasiones el niño tiene experiencias tempranas con el lenguaje que son inadecuadas y ello impide que tenga lugar el proceso de adquisición.

A veces las dificultades de lenguaje son manifestaciones de una alteración general en el aprendizaje y en el funcionamiento cognitivo. También hay un amplio grupo de niños que experimentan dificultades del lenguaje, con ausencia de todas las causas señaladas.

3.3. Características

Los niños que presentan trastornos del lenguaje suelen tener problemas para comunicarse con sus compañeros, padres y maestros. Cada niño refleja de diferente manera los efectos nocivos de desarrollo diferencial del lenguaje: algunos se aíslan; otros son agresivos o introvertidos, lo cual afecta negativamente el desarrollo de su personalidad. Si no son atendidos en el momento que lo requieren, o los padres no hacen lo suficiente para motivarlos y estimularlos, su problema se complica con el paso del tiempo. Los sujetos con lenguaje particular, con frecuencia tienen problemas en el procesamiento de oraciones o en abstraer información de forma significativa para el almacenamiento o la recuperación en la memoria a corto y largo plazo. Percibir que un niño presenta una alteración del lenguaje simplemente indica algo que ha ido mal en relación con el sistema lingüístico.

3.3.1. Principales Tipos de anomalías del lenguaje

Entre las principales anomalías de lenguaje, se encuentran las siguientes:

Dislalias: Son los defectos en la articulación y deformación de los fonemas ya sea por omisión, sustitución, inserción o adición, distorsión, inversión, y obedece, a causas

funcionales, orgánicas o sociales que pueden repercutir en la escuela y en su desarrollo general.

Afasia: Nussmaul en 1872, definió la afasia como una entidad neurológica caracterizada por una pérdida del poder de expresión verbal y escrita; mientras que Wernicke, en 1874, descubrió el centro auditivo en la primera circunvolución del lóbulo temporal del hemisferio dominante y demostró que en esta área se efectúa la interpretación del lenguaje. Una lesión en este centro ocasiona imposibilidad para efectuar los movimientos necesarios al hablar. (cit. en Sánchez, Cantón y Sevilla, 1977)

En la afasia, las funciones lingüísticas más vulnerables son las que se refieren a la formulación de la frase, la evocación de palabras, la comprensión de conceptos abstractos, la lectura y la escritura. El estudio de la afasia se limitó por mucho tiempo a los adultos. Aunque la naturaleza de la afasia infantil sea diferente de la del adulto, esencialmente el niño afásico es aquél que presenta retardo en su lenguaje debido a un daño cerebral. Tal retardo se presenta tanto en la fecha de iniciación del habla como en las distintas etapas de su desarrollo.

Disfasia: Este término significa la incapacidad parcial de utilizar el lenguaje simbólico. El niño presenta deficiencia en su evolución verbal y en los procesos de simbolización lingüística, que se traducen en pobreza de vocabulario, errores en la aplicación de las palabras o generalizaciones, dificultad en la comprensión del mensaje recibido, confusión de conceptos verbales, torpeza al expresar las ideas y errores en la construcción gramatical de la frase. En muchas ocasiones se le denomina disfasia de evolución porque se presenta en el transcurso de la evolución lingüística infantil y porque se observan ciertos signos de superación espontánea, acordes con la evolución neurológica que acompaña al desenvolvimiento natural del niño al crecer o al madurar.

Alexia: Se ha definido este término como un síntoma de la afasia que consiste en la dificultad para comprender el lenguaje escrito, es decir incapacidad para entender las palabras impresas, como consecuencia de una lesión cerebral. El niño con alexia no puede

leer, no por el hecho de que estén alteradas las praxias del lenguaje, sino porque no comprende lo que ve escrito. La alexia es un síntoma preponderantemente sensorial.

Dislexia: Aunque este concepto está actualmente en desuso, por muchos años dominó la literatura de la educación especial. Es un trastorno de aprendizaje que inicialmente se manifiesta en la dificultad para aprender a leer y después por un deletreo errático, así como por problemas en el lenguaje escrito en comparación con el hablado.

Entre los problemas de lenguaje se encuentra la tartamudez o disfemia, también denominada espasmofemia. En este punto voy a extenderme ya que es una problemática que estuve atendiendo de forma particular, con un niño del Centro donde llevé a cabo mi práctica profesional.

3.3.1.1. Definición de Tartamudez

La tartamudez es una perturbación del habla, caracterizada por una falta de coordinación de los movimientos fonoarticulatorios y la presencia de espasmos musculares. (Pichon y Borel, 1986).¹⁴

Según Van Riper (1970 cit. en Corredera, 1973) un momento de tartamudez es una palabra que está mal organizada temporalmente, así como la reacción del locutor, consecuente con la emisión de dicha palabra.

3.4. Características de la tartamudez

La tartamudez se caracteriza por repeticiones o bloqueos que acarrearán una ruptura en el ritmo y la melodía del habla.

Estos síntomas presentan una gran variación en un mismo sujeto en función de:

¹⁴ Pichon y Borel (1979). **La tartamudez, naturaleza y tratamiento**. Barcelona. Masson, Pp. 94-99.

La presencia de un interlocutor: es un trastorno del habla social.

Las características del mensaje.

Las características de la situación.

El estado anímico del sujeto (fases de mejoría y empeoramiento).

Para admitir este trastorno en la fluidez verbal de un sujeto, se han de constatar algunos síntomas imprescindibles.

- Esfuerzo durante la articulación fonemática
- Tensión articularia
- Bloqueos espasmódicos o interrupciones más o menos bruscas

3.4.1. Tipos de Tartamudez

Se observan tres tipos de tartamudez:

- La tartamudez clónica: Se caracteriza por repeticiones más o menos largas de fonemas, especialmente del primer fonema, pero a veces también con un fonema parásito.
- La tartamudez tónica: Es la detención en la emisión del habla, acompañada de sincinesias (gestos parásitos) y de reacciones emocionales. Los movimientos que la acompañan y los trastornos respiratorios o vasomotores son consecuencia de dicha afección.
- La tartamudez mixta. Estos síntomas fonéticos suelen ir acompañados de síntomas negativos, motores y/o lingüísticos y con frecuencia de perturbaciones en la personalidad y en la interacción social.

3.4.1.1. Prevalencia

La tartamudez afecta principalmente a los varones (tres de cada cuatro sujetos). El porcentaje de tartamudos difiere según el sexo, y abarca un 1% de la población general.

En cuanto a la edad de aparición, se sitúa en dos fases críticas:

- La edad de tres años, en la que el niño está en plena organización de su lenguaje y va a comenzar a utilizarlo en diálogo con los demás.
- A los seis años, es decir, en el momento de comenzar su escolaridad.
- Cuando la tartamudez aparece en edades más tardías, en la mayoría de los casos va ligada a experiencias traumáticas o factores más difíciles de precisar, como las causantes de estrés.

3.5. Etiología

Según Dinville (1982) la etiología de la tartamudez siempre ha constituido un enigma, la aparente inexistencia de una relación causa/efecto ha sido el principal escollo encontrado por la ciencia a la hora de abordar su tratamiento. Sigue existiendo una gran confusión a la hora de establecer una teoría explicativa de la tartamudez; se aplica últimamente una tendencia a considerar que no existe una explicación unívoca, y las teorías se pueden agrupar en dos tendencias importantes:

- Su origen estructural (dificultad lingüística).
- Un origen propiamente emocional, centrado en la comunicación social y las relaciones familiares.

3.5.1. Valoración de Tartamudez

La tartamudez requiere de una valoración diagnóstica inicial en la que el sujeto explorado manifiesta sus producciones lingüísticas en las diferentes situaciones en las que el habla de la persona puede producirse (lenguaje dirigido, lenguaje repetido, lenguaje espontáneo o conversacional, lectura de textos). Asimismo, y dada su complejidad, la evaluación de la tartamudez exige una completa valoración de toda su sintomatología.

3.5.1.1. Evaluación de la Tartamudez

Según Miller (1986 cit. en Lou, 1999) entender la evaluación como un proceso, supone admitir que evaluación e intervención son constructoras. Como proceso inseparable de la intervención, la evaluación tendría asumidas tres intenciones fundamentales: a) la detección del problema lingüístico inicial, b) la valoración diagnóstica del mismo, según el contexto, y c) las necesarias recomendaciones para la intervención.

En este proceso es necesario recurrir a tres fuentes de información imprescindibles: 1) la familia, 2) los test estandarizados, y 3) la observación sistemática en el centro escolar.

Serán objeto de evaluación:

- Las manifestaciones lingüísticas: Aspectos fonológicos y morfológicos, aspectos léxicos –semánticos y aspectos fonéticos y prosódicos.
- La estimación personal e influencias ambientales: Importancia de la fluidez verbal para el sujeto, valoración personal de la tartamudez, valoración social de la tartamudez.

La tartamudez es algo más que engancharse al hablar; tan importantes como las manifestaciones puramente lingüísticas son las variables psicofisiológicas, las psicológicas y las sociales. Una evaluación completa de todas ellas como veremos enseguida, es imprescindible para comprender el problema.

- ♣ Las variables psicofisiológicas: Se evalúan mediante la observación directa de las manifestaciones fisiológicas al hablar, tanto dentro de la familia como en la escuela.
- ♣ Las variables psicológicas: Se evalúan mediante la aplicación de test estandarizados, de inteligencia, de personalidad, de habilidades mentales, de inteligencia emocional, de temperamento, de apercepción, etc.

- ♣ Las variables sociales: Se deberán aplicar inventarios de socialización, de rasgos temperamentales, intereses, de autoestima y comunicación, etc.

Como parte del acercamiento al caso es recomendable realizar una entrevista a los padres así como observaciones directas, se deberá realizar un análisis del nivel de desarrollo del niño, considerando las áreas del desarrollo en las cuales hay deficiencias y que se deben estimular, así como la aplicación de la Guía Portage, que es un inventario de objetivos que un niño debe cubrir en determinadas etapas del desarrollo, se deberá remitir el caso a las instancias médicas para la realización de los exámenes neurológicos y neuropsicológicos que se ameriten. Posteriormente se deberá realizar el análisis del caso que consiste en un reporte detallado del caso en base a los resultados del sondeo realizado, y una jerarquización y justificación, que considere las áreas del desarrollo en las que se debe poner mayor empeño, para así poder proceder al diseño de la estrategia de intervención.

3.6. Tratamiento

El tratamiento de la tartamudez, deberá tener en consideración no sólo el sujeto a quien se dirige, sino también su entorno más próximo. Sin embargo conviene recordar que esta perturbación del habla es de pronóstico sumamente incierto y la sintomatología que presenta puede verse decrementada o acrecentada por variables externas muy diversas, que inciden poderosamente sobre la personalidad del sujeto que la manifiesta (Dinville, 1982).¹⁵

La multiplicidad de los factores que pueden generar un habla disfémica hacen aconsejable basar el tratamiento de la misma en diferentes métodos y procedimientos didácticos. En consecuencia, su intervención se abordará desde una perspectiva multidimensional, según la diversidad de factores que generan dicho trastorno.

Durante la etapa de preescolar y primaria el tratamiento más idóneo puede consistir en algunos consejos útiles a padres y educadores, evitando intervenciones rigurosas que no

¹⁵ Dinville, C. (1982). *La tartamudez, sintomatología y tratamiento*. Barcelona. Masson, Pp.65-66.

harían sino agravar el problema. Estos consejos tienen un carácter más preventivo que propiamente correctivo, el cual se considera más aconsejable para adolescentes y adultos.

Según Dinville (1982 op.cit.), para la intervención de la real tartamudez habría que desarrollar un programa rehabilitador que abarque: Ejercicios de relajación, de respiración y voz.

La relajación debe asociarse a la gimnasia respiratoria, para lograr el control consciente de los movimientos respiratorios. Pero, además la relajación ayuda a aliviar las tensiones emocionales y las inhibiciones del que la practica; esto es particularmente útil en algunos casos de tartamudez.

Los ejercicios respiratorios ayudan a mejorar la calidad de la voz y a prolongar la espiración de aire durante la emisión de la frase. Los ejercicios de soplo, que pueden considerarse como parte de la gimnasia respiratoria, pueden ayudar a la articulación de sonidos explosivos como “p, f, s, ch, t”.

En estos casos suele ser efectivo servirse de una serie de elementos auxiliares (metrónomo, gestos corporales, aparatos de apoyo...) y en adolescentes servirse además de escalas o auto registros que les ayuden a superar el problema. Una intervención terapéutica sobre la base de frases cortas y sencillas emitidas lenta y rítmicamente facilitará las emisiones verbales. No obstante el principal objetivo del psicólogo ha de ir encaminado a mejorar los aspectos relacionales, interactivos, emocionales, y sociales de la comunicación entre los sujetos que manifiestan disfluencias en su habla y los no disfémicos.

La diversidad de técnicas y procedimientos propuestos para intervenir las hablas disfémicas dependen más del profesional que los realiza que de los síntomas manifestados. Suele hablarse de tratamientos farmacológicos basados en tranquilizantes, sedantes, etc., tratamientos de psicoterapia y tratamientos foniátrico/logopédicos.

Según Van Riper (1970 cit. en Corredera, 1973) las terapias de la tartamudez se pueden agrupar de la siguiente manera:

1. De sugestión
2. De castigo y refuerzo
3. De relajación
4. De control del ritmo
5. De psicoterapia

Técnicas de sugestión: Sugestión es la influencia ejercida por una o más personas sobre el pensamiento, los actos o sentimientos de un individuo o una colectividad y que produce una modificación de sus patrones de conducta, opiniones, creencias, etc. sin respuesta crítica. También se puede producir la sugestión por la reflexión repetida del propio individuo. La sugestión puede llevarse a cabo siendo consciente de ello la persona sugestionada o en estado inconsciente.

Técnicas de relajación: La relajación es un estado psicológico de especial bienestar que se corresponde con un evidente equilibrio neuromuscular y ampliación del campo de la conciencia. Terapéuticamente, se viene empleando para favorecer la adaptación del individuo a las agresiones permanentes del entorno a partir de las modificaciones de conductas conflictivas y no deseadas por él mismo, generadoras de estrés.

Ejercicios de control del ritmo: La educación rítmica tiene como propósito que el niño capte el ritmo de la frase y la palabra, lo cual le beneficia en aspectos como; enriquecimiento de su vocabulario, mejoría en la comprensión del lenguaje y construcción gramatical de las expresiones. Los ejercicios de ritmo se pueden aplicar a la música y a movimientos corporales sin voz, o al lenguaje rimado, cuando se dice una rima acompañada de movimientos rítmicos corporales. La aplicación de estos ejercicios también podría resultar una ayuda para mejorar la sintaxis de la expresión oral del niño, pues al hablar va captando el ritmo propio de cada estructura gramatical empleada.

Tratamiento Psicoterapéutico: La mayor de las veces, suele haber problemas emocionales que atañen el psiquismo del tartamudo, el tratamiento psicoterapéutico que se persigue va en primer término, dirigido a adentrarse en el estudio psicológico del paciente para conocer la

dinámica general de su conducta, los motivos internos de sus reacciones psíquicas y los factores causales del desorden lingüístico. Apoyar el carácter y la personalidad es la tarea, robusteciendo la fuerza de voluntad, la disciplina interior, la confianza en sí mismo. Se debe enseñar a vencer el miedo y la angustia que siente al hablar, por temor al ridículo que él cree que su defecto del habla le va a ocasionar.

Con los niños la psicoterapia es superficial, desviando su atención del problema, disminuyendo la fijación fóbica; empleando la psicoterapia de juego, la pintura digital, dibujo, modelado, música, psicodrama, relajación, etc. En adolescentes y adultos, la psicoterapia es más profunda y es necesario a veces el tratamiento psiquiátrico, pudiéndose emplear el psicoanálisis, el psicodrama, la relajación la sugestión, la hipnosis, etc. La aplicación puede ser individual, colectiva o mixta, alternado sesiones individuales y en grupo, además de la atención a la familia con el fin de enmendar el equilibrio familiar que altera al individuo.

Para los adultos la acción psicoterapéutica puede tomar formas muy diferentes que son casi siempre métodos combinados.

-L. Stein, hace regresar el lenguaje hasta el parloteo para hacer desaparecer las fobias y facilitar los intercambios.

-Seeman, asocia la psicoterapia a la palabra y a los tratamientos medicamentosos.

-Para Johnson y G. Wyatt el tratamiento del tartamudo descansa esencialmente en los contactos con la madre.

-Sven Smith asocia la articulación, la respiración, la voz y la psicoterapia.

-El Dr. Segré ha ensayado el tratamiento hipnótico y el narcoanálisis. Solo ha obtenido resultados pasajeros (cit. en Dinville, 1982).

La naturaleza de la tartamudez, la edad y la forma de su desarrollo la hacen susceptible de ser reeducada, la reeducación será etiológica o puramente sintomática; según los casos dicha reeducación, fundamentalmente la misma en principio, deberá tomar un giro particular en función de la edad del sujeto y orientarse en el sentido de las dificultades dominantes.

El psicoanálisis, como dispositivo terapéutico, apuesta por buscar el sentido del tartamudeo a fin acceder a su significado. En la medida que el sentido sea evidenciado, el síntoma pierde su razón de ser, diluyéndose.

Además de los referentes tradicionales (asociación libre de ideas, interpretación de sueños, lapsus, etc.), la moderna teoría psicoanalítica, apoyada en otras disciplinas como la lingüística, aborda aspectos relacionados con la singularidad de la transmisión, adquisición y función simbólica del lenguaje; vinculando las relaciones familiares y las vivencias más tempranas del individuo con el surgimiento de trastornos del habla.

Se trata en suma, de un trabajo personal que ha de efectuar el analizante, supervisado por el psicoanalista, para poder llegar a discernir la función que desempeña el tartamudeo en su psiquismo, y que ese conocimiento le permita evolucionar como sujeto hacia un estado en que el tartamudeo no tenga razón de ser. Los progresos están en relación directa con el trabajo realizado, con la edad del analizante y la severidad de su trastorno, así como con la competencia del terapeuta; no existiendo "curas milagrosas" sino avances en la remisión del tartamudeo. La recuperación total, en pocos casos se consigue y la decisión del médico para dar de alta a un paciente, cae en el terreno del criterio personal.

Considero que las diversas técnicas que mencionan los autores son valiosas en el tratamiento de este problema, sólo que para obtener una respuesta satisfactoria se debe tener conciencia de que se necesita ser constante en el tratamiento; ya que de lo contrario solo se verá desconsuelo tanto en los padres como en la persona interesada, pues al ver que no se tiene la respuesta deseada y sí se observan retrocesos, se puede dar el caso de que se suspenda o se abandone por completo el tratamiento. Pero hago hincapié en que los padres conjuntamente con los especialistas son las personas más indicadas para proporcionar los apoyos

necesarios que puedan propiciar los avances deseados, y sobre todo, se debe ser conciente de que en un problema de lenguaje como es la tartamudez, así como se dan avances notorios se dan también retrocesos, ya que es de vital importancia el contexto en el que se desenvuelve la persona, la familia, los estímulos que se presenten, las interacciones sociales que se tienen, etc.

Es necesario que los profesionales a cargo de estos casos, tengan una preparación óptima así como ética profesional, para comprometerse a proporcionar los apoyos necesarios y ayudar **en el reconocimiento de los miedos y resistencias para hablar**, existentes en las diversas problemáticas y poder así eliminar esas conductas de evitación.

Lo importante es que no decaiga el ánimo al ver los retrocesos que se presentan, ya que como lo mencionan los autores, en estos casos así como se observan avances muy obvios se tienen también retrocesos, pero esto no debe ser un obstáculo para abandonar el caso, y sí se debe poner más empeño para detectar los factores que están contribuyendo para que suceda esto, ya que debe existir algo que esté propiciando tal retroceso, y esa es nuestra mayor labor como psicólogos, detectar cuáles son esas anomalías que se están dando y que propician tales retrocesos.

CAPÍTULO IV

DESCRIPCIÓN DEL CDEC

El objetivo de este capítulo es hacer una descripción detallada de las actividades realizadas en el Centro de Desarrollo Comunitario (CDEC) Chalma.

Antecedentes

El Centro de Desarrollo Comunitario (CDEC) Chalma, proporciona asesoría psicopedagógica a los niños que presentan alteraciones en su desarrollo psicológico, ya sea física, cognitiva o mixta, como producto de una lesión cerebral. El trabajo que se desarrolla en el CDEC, se hace a través del programa de Asesoría Psicológica en el Ámbito Comunitario, este se caracteriza por articular la docencia, el servicio y la investigación en las colonias aledañas a Chalma. Dicho programa ha estado vigente desde hace más de 15 años, fue creado para responder a las demandas crecientes de la comunidad particular de la colonia Guadalupe Chalma, con respecto a la atención de casos con requerimientos de Educación Especial (Programa de Desarrollo Educativo, 1995-2000).

El CDEC Chalma, se ubica en la colonia Guadalupe Chalma, entre las calles Chiapas, Zacatecas y Durango, en la delegación Gustavo A Madero.

El CDEC es el producto del esfuerzo de los padres de familia constituidos en la Asociación de Padres para el Desarrollo de sus Hijos con Lesión Orgánica y Problemas de Aprendizaje A. C. y la asesoría continua de autogestión de profesores de la UNAM Campus Iztacala. Una de sus primeras gestiones como Asociación Civil fue la firma de un convenio institucional con la UNAM para oficializar la permanencia del Servicio Social en el CDEC.

A partir de la necesidad y gestión de las madres, surgió una serie de actividades manuales a través de las cuales pudieran, ya bien, economizar en sus gastos cotidianos al tener el producto, o bien al venderlo, obtener recursos económicos. Esto se ha concretado en clases

de corte y confección, belleza, macramé, migajón, tarjetería y pintura. Estas actividades eran también impartidas en el CDEC por personal competente que las madres colectivamente contrataban, estas actividades eran extensivas a la comunidad, lo que les permitía contar con algunos ingresos económicos para sus familias. Estas experiencias a su vez les permitieron contar con herramientas para convertirse paulatinamente en las maestras de talleres para adolescentes.

En un primer momento el trabajo del psicólogo en esas colonias se inició a través de las prácticas de las asignaturas de Psicología Aplicada en los semestres 5°, 6°, 7° y 8°, a partir de las cuales se estableció el primer contacto con la comunidad. En un segundo momento el trabajo con la comunidad se ha mantenido con la presencia y el trabajo del Área de Educación Especial y de los grupos de quinto y sexto semestres que ahí cursan su práctica.

El proceso que se lleva a cabo desde que el niño llega al centro es el siguiente: se realiza una entrevista general a los padres del niño, que proporciona información acerca de la problemática existente. Posteriormente se integra al nuevo alumno al área que le corresponda, la directora le asigna a un asesor (alumno de psicología que desempeña su práctica) el cual se hará cargo del caso y deberá realizar una serie de evaluaciones de conocimientos generales, psicológicas y académicas, aplicando algunos inventarios y pruebas neuropsicológicas, con esos datos se realiza el análisis del nivel de desarrollo del niño y se diseña la estrategia de intervención. Al final de cada semestre se vuelve a evaluar a los niños para observar los avances obtenidos; a lo largo del semestre se elabora un expediente de cada caso en particular.

La ubicación del nuevo niño se realiza en base a la edad y las características del desarrollo que presente. Los estudiantes (asesores) son distribuidos en las diversos servicios que pueden ser: lecto-escritura, hidromasaje, terapia física, estimulación temprana, preescolar y académicas, cada alumno tiene a su cargo a uno, dos o tres niños, según sea la población de niños que acuden al Centro.

En el caso de niños que, por el problema que presentan, no es posible que suban al Centro se les debe ir a dar atención individualizada a su casa, la directora asigna a los asesores que estarán a cargo de esa función

El trabajo real del psicólogo en la práctica es muy intenso, ya que en muchas ocasiones, además de las actividades mencionadas anteriormente, se encarga de realizar actividades que no le habían sido asignadas, por ejemplo, cuando por algún motivo no asiste el niño al que atiende, debe colaborar en donde sea necesario su apoyo, como proporcionar a los padres de familia (en particular a las madres) información para apoyar a sus hijos, así como participar en las evaluaciones y actividades específicas con otros niños; ya que dependiendo de la atipicidad es el programa específico, tal situación tiene efectos positivos en la formación de los estudiantes, ya que desde este momento van tomando conciencia de la realidad del trabajo que desempeña el psicólogo, pero además la experiencia es enriquecedora, pues se aprenden cosas nuevas que en la teoría no se vieron.

Un problema que enfrenta el Centro, es la falta de personal, ya que la demanda siempre es mayor a las posibilidades de atención, por lo que se en ocasiones es imposible proporcionar atención individualizada a los casos que así lo ameriten, pues en algunos semestres los grupos de estudiantes son reducidos y aunado a esto, otros más desertan, ya que carecen de ética profesional para sacar adelante el trabajo que se les encomienda, por lo que los niños son reacomodados de forma más general.

Objetivo General de la Institución.

Llevar hasta la propia comunidad el servicio de educación especial que se demanda, tomando en cuenta el contacto con el ámbito familiar, escolar y comunitario de los niños, para así diseñar estrategias de intervención multidisciplinarias acordes con esas características.

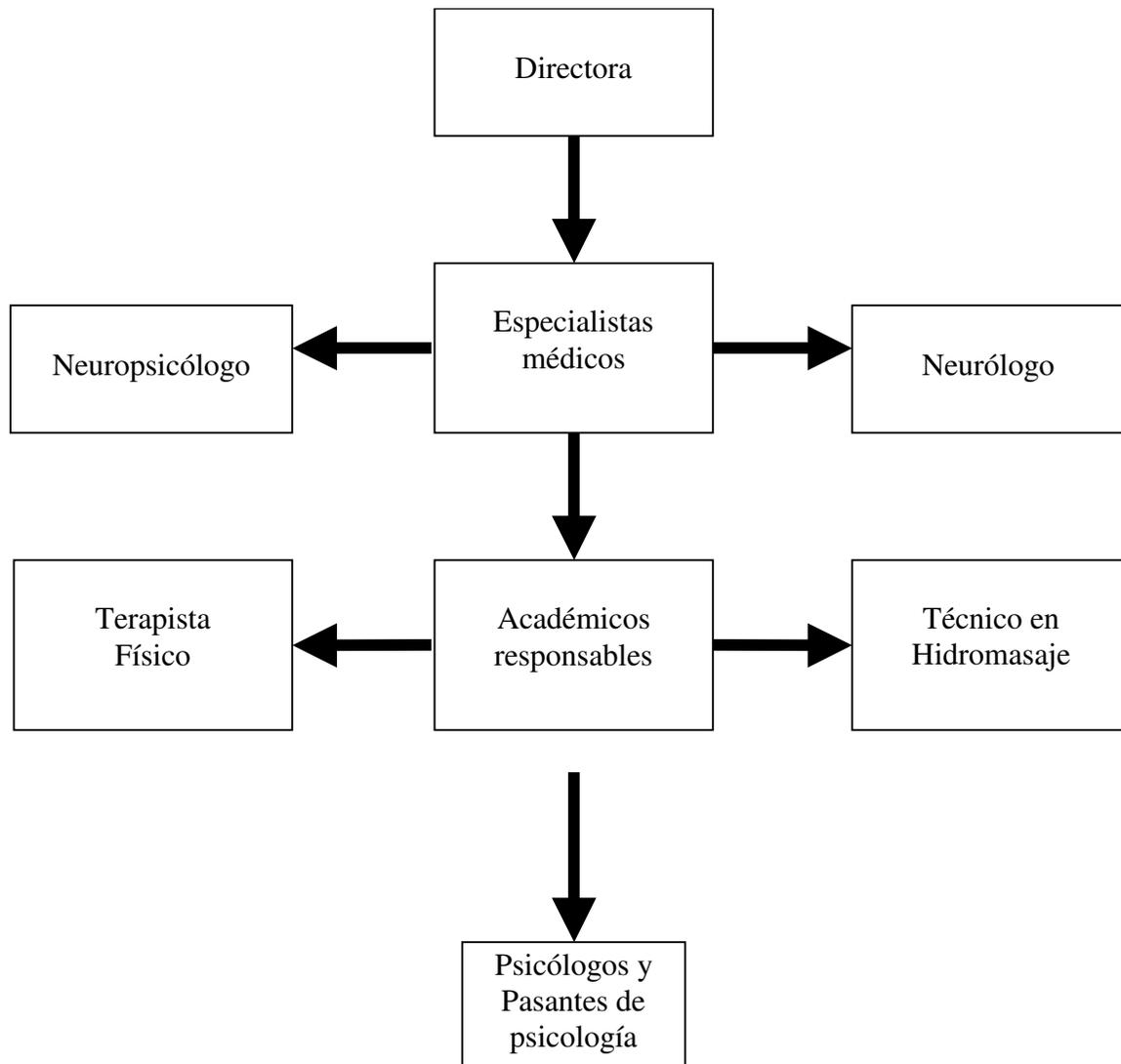
Objetivos Académicos

- ¬ Que los aspectos considerados en la intervención respondan a las características de su contexto, lo que permite al estudiante conocer directamente el funcionamiento de la casa, la escuela, así como su dinámica familiar.
- ¬ Que en la medida de lo posible los niños se integren a la formación educativa regular, ya sea que al mismo tiempo de recibir la atención psicopedagógica en el Centro de Desarrollo Comunitario (CDEC) Chalma asistan paralelamente a la escuela regular y, de no ser posible esto, en su incorporación al CDEC se les proporcionen los contenidos de la escuela regular.
- ¬ Que la experiencia psicopedagógica que se imparte en el CDEC no sea exclusiva para niños con lesión orgánica, sino por el contrario, se enriquezca con el contacto con niños sin lesión orgánica.

A continuación, en el cuadro que sigue se describen las funciones y cargos que desempeña el personal que labora en el CDEC...

En el CDEC se lleva a cabo un trabajo multidisciplinario con los niños, el cual está integrado de la siguiente manera:

ORGANIGRAMA ACADÉMICO



DIRECTORA: Supervisa las actividades que se desempeñan en las diversas áreas, asigna a los asesores (estudiantes de quinto y sexto semestres) el área en la que van a trabajar así como las actividades que deben desempeñar, supervisa las actividades que realizan los profesionales que ahí laboran, como son: Psicólogos, Terapeuta Físico, Técnico en Hidromasaje y Neuropsicólogo, realiza el pase de lista de los asesores, lleva a cabo la

coordinación de las diversas actividades que organiza la asociación de padres, programa juntas de informes con los padres de la asociación y con los padres de los demás alumnos y supervisa que las instalaciones estén en orden, entre otras actividades.

NEUROPSICÓLOGO: Es un especialista en el funcionamiento del cerebro y el comportamiento, puede dar sugerencias importantes para mejorar el comportamiento, la memoria y el aprendizaje del niño después de una lesión, realizando un hábil examen cognitivo y percepto-motor. Los exámenes de neuropsicología son pruebas que tardan de seis a diez horas en terminarse. Ellas evalúan el funcionamiento de muchas áreas distintas del cerebro y pueden mostrar anomalías que otras pruebas médicas no detectan. Este examen debe realizarse varias veces para obtener resultados exactos, debido a muchos factores, incluyendo distracción, malestar o depresión, que pueden afectar el resultado de las pruebas. Muchos de los problemas pueden remediarse con una rehabilitación comprensiva que incluye la rehabilitación cognitiva y el alivio cognitivo percepto-motor. Mejorar estas capacidades contribuye a mejorar la confianza, alivia la ansiedad y mejora todas las funciones; esta evaluación es realizada en el mismo Centro.

NEURÓLOGO: Es el especialista más capacitado, encargado de difundir el conocimiento acerca de las funciones cerebrales superiores, sus alteraciones y el tratamiento de enfermedades y condiciones que las afectan, trata las enfermedades neurológicas del sistema nervioso que son un grupo de padecimientos que afectan al sistema nervioso central (cerebro y médula espinal) y al llamado sistema nervioso periférico (nervios y músculos), como la migraña y otras cefaleas benignas, o la esclerosis múltiple, un proceso inflamatorio del sistema nervioso central relativamente poco frecuente pero que puede producir discapacidad física y psíquica en quien lo sufre; o las enfermedades cerebro vasculares como trombosis, embolias y hemorragias cerebrales y ciertas enfermedades del corazón. Todas estas afecciones pueden ser perfectamente diagnosticadas, evitándose así la incertidumbre y el desconcierto por parte de los pacientes y sus familiares.

Los avances que han experimentado las neurociencias en los últimos años son espectaculares no sólo en el ámbito de la investigación y del diagnóstico (Resonancia Magnética, estudios

genéticos, estudio de Neuroimagen, etc.) sino en el del tratamiento, que además cuenta con diversos fármacos de asombrosa eficacia para aliviar y controlar los males. En los países del primer mundo se dispone del PET (Tomografía por Emisión de Positrones), el cual es un excelente complemento de estudio pero no indispensable (Illa, 2001).¹⁶

Estos estudios son realizados en el Hospital General, lugar donde son remitidos los niños del CDEC para su atención.

PSICÓLOGO: Desarrolla su trabajo en equipos multidisciplinares que demandan el conocimiento de otras disciplinas y sus modos de trabajo, por lo que el psicólogo necesita muchas veces conocimientos y habilidades afines para realizar cualquier tarea que le sea asignada, lo cual es fundamental para el ejercicio profesional del conocimiento de los principios de la ética profesional, así como de una panorámica sobre disciplinas y profesiones afines, tiene habilidad para diagnosticar problemas, decidir tratamiento o aportar soluciones acertadas en los casos tratados, y aplicar psicoterapias individuales y de grupo entre otras cosas más.

Las funciones de los psicólogos responsables en esta Institución son las de asesorar a los estudiantes que envían de la FES Iztacala a realizar su Servicio Social, regularmente estos psicólogos imparten clases en la FES Iztacala; son aproximadamente cinco y están encargados de atender las áreas de estimulación temprana, terapia física, hidroterapia, actividades académicas y lectoescritura.

TERAPISTA FÍSICO: Trabaja como miembro de un equipo de la salud para restaurar la actividad física de una persona después de un accidente o una enfermedad o por defectos del nacimiento. Con la ayuda del terapistas se superan inhabilidades, con ejercicio, masaje y usos terapéuticos del calor, del agua y de la luz (Bautista, R. 1993).¹⁷

¹⁶ Illa, I. (2001). **Neurología y neurólogos: Algunas reflexiones particulares.** En red, disponible en: www.ucr.ac.cr/noticias/fisioterapia.htm

¹⁷ Bautista, R. (1993). **Necesidades Educativas Especiales.** Málaga: Algibe, Segunda Edición.

Las actividades que se realizan con los niños se basan en el manual Educar por Movimiento y Posición, de Berta García Medina, el cual contiene ejercicios específicos para las diversas etiologías, que forman parte de la rutina generalizada de inhibición y facilitación de rehabilitación neurofisiológica específica.

TÉCNICO EN HIDROMASAJE: Es el especialista que proporciona un tratamiento específico a los niños que presentan problemas motores como: displejia, cuadriplejia, secuelas de parálisis cerebral, síndrome de Down, etc. Como es sabido, los músculos afectados se contraen durante periodos de tiempos mayores dentro del agua caliente que fuera de ella, lo que facilita el movimiento.

Previo a la rutina de hidromasaje se debe dar un masaje corporal para estimular los músculos y preparar al niño para la hidroterapia. Este masaje consiste en realizar movimientos circulares sobre los músculos de las piernas, abdomen, brazos, espalda y cuello; posteriormente se dan pequeños golpes con la palma de mano sobre los mismos músculos que recibieron el masaje circular, esto con la finalidad de activar la irrigación sanguínea y el tono muscular. Una vez finalizado el masaje, el niño se da un baño y se introduce en la tina de hidromasaje, entonces comienza la rutina, cada movimiento tendrá una secuencia de dos series con diez repeticiones cada una. Esta rutina varía en cada niño según el problema que presente. Al igual que cualquier otra técnica, estos masajes se realizan bajo una atmósfera de tranquilidad y silencio.

Todos estos profesionales en conjunto con la ayuda de los padres, hacen posible la recuperación de los niños que asisten al Centro, aplicando diversas técnicas en los tratamientos de los múltiples casos, haciendo posible así, la integración de estos niños a la sociedad.

Objetivos de la Asociación

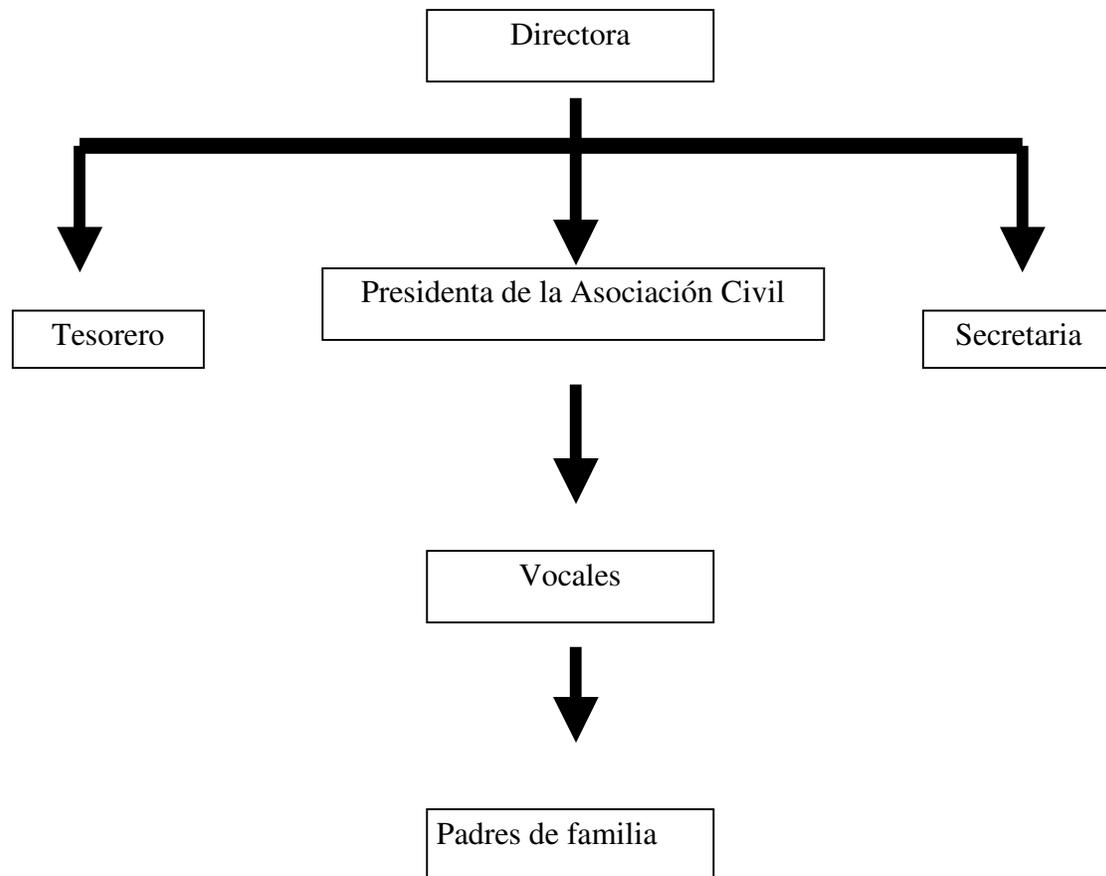
Entre los objetivos que se ha propuesto lograr la asociación de padres se encuentran los siguientes:

- ↯ Procurar las condiciones necesarias y los profesionales indicados para estimular el desarrollo afectivo, emocional y cognitivo de sus hijos con lesión orgánica (Síndrome de Down, parálisis cerebral infantil, epilepsia), y en general todas las áreas del individuo.
- ↯ La rehabilitación integral de la familia al igual que las personas que forman parte de ella, servicio en todos los niveles, desde el punto de vista psicofísico, médico y jurídico, para el mejor desarrollo de su vida social, cultural, familiar, deportiva, educativa; de acuerdo a las posibilidades de la asociación.
- ↯ Establecimiento de talleres y centros de educación ó actividades artesanales, artísticas o culturales, así como la impartición de cursos y conferencias, paneles ó cualquier otro evento que tenga como objetivo, la integración motivación y evaluación de la autoestima de sus hijos.
- ↯ Proporcionar servicios de asesoría, enseñanza, capacitación y atención a terceras personas afines a este objeto.
- ↯ Establecer vínculos con asociaciones similares.
- ↯ La adquisición de toda clase de bienes muebles e inmuebles que tengan relación con el objeto.
- ↯ La celebración de toda clase de actos y contratos para el cumplimiento de sus fines sociales.
- ↯ La sociedad, para operar en sus diversas actividades deberá contar con las licencias o concesiones oficiales correspondientes.

Enseguida se anexa el organigrama administrativo y las funciones que desempeñan los integrantes de la Asociación.

El personal administrativo se encuentra integrado de la siguiente manera

ORGANIGRAMA ADMINISTRATIVO



Las funciones que desempeña el personal administrativo son las siguientes:

DIRECTORA: La directora se encarga de organizar las diversas actividades que se llevan a cabo en el Centro, tanto del personal docente y de los asesores como de padres de familia, así como de realizar un reporte al final de cada año lectivo, en donde se especifican las actividades tanto psicopedagógicas como culturales que se desarrollan en el CDEC.

PRESIDENTE: De acuerdo al acta constitutiva de la asociación tiene las siguientes funciones:

- Asistir con puntualidad a todas las asambleas de la asociación.

- Presidir todos los actos y asambleas de la asociación.
- Representar a la asociación en todos los actos jurídicos, cívicos y culturales decretados por la asamblea o por la mesa directiva.
- Convocar las asambleas ordinarias y extraordinarias en la forma en que indiquen los estatutos de la asociación.
- Las que impongan las leyes de la materia
- Las demás que fijen las asambleas de los asociados.

SECRETARIO: El secretario es el encargado de expedir las constancias que se extiendan con motivo de los actos que celebre la asociación, tendrá bajo su responsabilidad el archivo de la asociación, las circulares, publicaciones y en general toda la correspondencia y constancias deberán estar autorizadas por este. Las obligaciones del secretario son:

- Las que tenga como asociado activo, conforme a estos estatutos.
- Levantar actas de las asambleas.
- Cumplir con toda puntualidad con la ejecución de las decisiones de la asamblea en cuanto le atañe a su cargo.
- Las demás que fijen las leyes de la materia.
- Las demás que fijen las asambleas de los asociados.

TESORERO: El tesorero es el guardián del patrimonio de la asociación y tendrá bajo su responsabilidad las aportaciones de los asociados.

- Tendrá bajo su cuidado la contabilidad y las gestiones patrimoniales inherentes a la asociación.
- Es facultad exclusiva del tesorero la formación y aprobación de los planes de financiamiento y autorización en su caso, los contratos relativos a esta facultad sin lo cual adolecerán de validez.

En caso de que se formaran patronatos para realizar el objeto de la asociación estos quedarán bajo la inmediata dirección y dependencia del tesorero, quién en todo caso responderá ante la asociación de los fondos recabados y su aplicación.

VOCAL: La vocal apoya en el trabajo que realiza la mesa directiva, como banco del dinero que se recauda de la venta de alimentos y kermesses.

PADRES DE FAMILIA: Los padres de familia hacen los almuerzos de niños y asesores, ayudan en la venta de los boletos para las rifas, ayudan a recaudar fondos vendiendo en las kermesses así como con la venta de objetos diversos, los cuales son utilizados en los múltiples gastos del Centro, etc.

- Los funcionarios deben rendir un informe por escrito de sus actividades dentro de la primera quincena de Diciembre al Presidente, a fin de que este pueda rendir un informe anual de sus gestiones el día que al efecto se señale, en el mes de Enero de cada año, a la asamblea general.
- Todos los funcionarios deberán colaborar puntualmente en el desarrollo de sus actividades y en caso de notar alguna irregularidad deberán reportarla.

Las actividades que realizan el psicólogo y el pasante de psicología en la IOnstitución, se organizan de la siguiente manera:

- Actividades Integrales de Terapia Física

En las que además de proporcionar a los niños la rutina de terapia física acorde a sus características motrices, se cuenta con actividades que refuerzan el desarrollo de la noción corporal y el conocimiento de su entorno familiar, además de participar en actividades grupales.

- Actividad de Hidromasaje

Se hace uso del agua para curar enfermedades, producir relajación, aliviar el dolor, especialmente indicada para problemas de circulación de la sangre y de la linfa, para calmar la ansiedad y el estrés, para aumentar la movilidad del cuerpo relajando músculos y articulaciones, y mejorar la salud en general. El hidromasaje o hidroterapia estimula el cuerpo con agua a diferentes temperaturas provocando una reacción autocurativa del organismo.

Los elementos que se emplean para llevar a cabo esta técnica son: una tina de hidromasaje, regadera, una banca, colchones y toalla, así como las rutinas a seguir en cada caso.

- Actividades de Estimulación Temprana

Consisten en un abordaje específico dirigido a niños de 0 a 3 años que presentan trastornos en su desarrollo orgánico, cognitivo, emocional y/o social. Constituye en sí misma un conjunto de acciones tendientes a proporcionar al niño aquellas experiencias que éste necesita, desde su nacimiento, para desarrollar al máximo su potencialidad. Esto es posible por la presencia de personas y objetos en cantidad y oportunidad adecuadas, y en el contexto de situaciones de variada complejidad que generen en él un cierto grado de interés y actividad, condición necesaria para lograr una relación óptima con el medio, aquí se trabajan aspectos como conceptos polares, colores, tamaños y clasificación, y en el área de lenguaje campos semánticos como frutas, verduras y animales.

Los que lo requieren reciben también terapia física y de articulación. También participan en actividades grupales como: música, psicomotricidad, la casa, la tienda, y trabajos manuales. Dichas actividades fortalecen la socialización, autodeterminación y juego simbólico.

- Actividades Preacadémicas

En las cuales los contenidos del trabajo se basan en aspectos como el inicio de la lecto-escritura y las matemáticas; los niños de mayor edad llevan los contenidos de los textos de primaria regular, lo cual se complementa con algunas actividades deportivas, recreativas, de música, de motricidad y de manualidades.

- Actividades para Niños Especiales

A estos niños se les proporciona servicio individualizado, encaminado a lograr aspectos de autosuficiencia, así como el control de esfínteres, el que coman y se vistan por sí mismos y aspectos de socialización, integrándose a los niños pequeños en las actividades grupales.

El psicólogo que realiza su servicio en el CDEC, es asignado para atender de uno a tres niños y en cada salón se encuentran de tres a cuatro psicólogos trabajando con los niños; más o menos, cada semestre hacen su servicio en el CDEC de 25 a 30 alumnos, solo que no todos terminan el semestre, pues desertan por diversas causas. Los Psicólogos son asesorados por los diferentes profesionales que asisten al Centro. En promedio se atienden un promedio de 35 niños que presentan diversos problemas.

Mi ubicación en el organigrama es la de pasante de psicología, ya que en esta Institución realicé el Servicio Social, posteriormente me incorporé como psicólogo para realizar mi trabajo profesional.

CAPÍTULO V

REPORTE DE ACTIVIDADES

El objetivo de este capítulo es el de hacer una descripción de las actividades que realicé en el tiempo en que desempeñé mi trabajo profesional en el Centro de Desarrollo Comunitario (CDEC) Chalma.

PRIMER MOMENTO: Exploratorio

A mi llegada al CDEC, en un primer momento realicé una Exploración de las necesidades existentes, para posteriormente poder definir las actividades que realizaría los dos días a la semana que acudía al Centro a desempeñar mi trabajo profesional, en el último semestre de la carrera.

Problemática Detectada

Pude detectar que existe:

- ♣ Un Alto índice de problemas de lenguaje generalizado en los niños de preescolar
- ♣ Necesidad de apoyo diverso
- ♣ Necesidad de trabajo con padres

Por lo que consideré centrar mi trabajo en atender estas prioridades, por esta razón, en primera instancia empecé a trabajar con el problema de lenguaje que presentan los niños de preescolar.

Apoyo en la Estimulación del Lenguaje

Mi primera actividad en el CDEC fue enseñar a realizar el masaje oro-facial a algunas madres de niños de preescolar (mamá de Abril y tía de Anita, mamá de Andrés), indicaba como debían hacerlo, poniendo la muestra con una de las niñas y ellas debían realizarla después para comprobar que la aprendieran correctamente, esto solo lo pude llevar a cabo en

pocas ocasiones ya que las madres algunas veces tienen que retirarse a sus casas o a llevar a sus otros hijos a la escuela y cuando están presentes casi siempre se les olvida el material, mostrando con esto su falta de compromiso en la estimulación del desarrollo de sus hijos, dando múltiples excusas y queriendo ir a traerlo en el momento, por lo que el avance que se observó en algunos niños es mínimo.

Posteriormente evalué a dos niños con problemas de hipoacusia y lenguaje, Juan Angel Reyes y Carlos Eduardo Martínez de 10 y 5 años de edad respectivamente; Juan Ángel, a quien el problema de hipoacusia que presentaba le causaba un ligero problema en la emisión de los fonemas, fue canalizado al área de académicas y a Carlos Eduardo lo atendí individualmente casi durante un año. A continuación expongo el seguimiento llevado en el caso de Carlos Eduardo.

Caso individual: Carlos Eduardo Martínez

Sondeo: Entrevista individual, Exploración de Fonemas, Aplicación de Guía Portage, observaciones directas.

Entrevista

La señora Erika reportó en la entrevista, el niño fue un hijo deseado, cuando nació todos se pusieron muy felices ya que no había más niños en la familia, el niño se tardó un poco para hablar y cuando lo empezó a hacer, antes de los dos años y medio, hablaba muy chistoso y ellos pensaron que era porque estaba pequeño, pero con el paso del tiempo advirtieron que repetía al hablar las palabras y sílabas por lo que se empezaron a preocupar porque cuando lo corregían él pronunciaba bien las palabras pero después volvía a tartamudear con más frecuencia, por eso ellos siempre lo estaban corrigiendo pero no veían cambios, este fue el motivo por el que llevaron al niño al Centro de Desarrollo Comunitario, ya que alguien les comentó de la labor que se realiza ahí y, desde entonces pusieron empeño en llevar al niño al Centro y en cumplir con todo el material que se les pedía. Nadie de su familia sabía a que

iba el niño al Centro por que ellos nunca comentaron esto, lo mantuvieron en secreto pues temían que se burlaran del niño.

La señora dijo que ellos siempre han mantenido buenas relaciones de pareja, ya que no quieren darle un mal ejemplo al niño, ellos cuidan mucho a Carlos ya que es el único niño pequeño en la familia y además es hijo único, le proporcionan lo indispensable pero nunca lo han sobreprotegido, por lo que él se sabe valer por sí sólo. Aunque el niño desea un hermanito ellos no han pensado en la posibilidad de tener otro hijo por lo pronto, ya que la situación económica se torna difícil, por lo que ambos tienen que trabajar, por esa razón tal vez se queden solo con Carlitos; dijo que en la familia no hay más niños pequeños, por lo que Carlos es el consentido de todos, pero más de su padre que lo adora, y le cumplen todos sus caprichos, pero no lo malcría, pues también le pone límites.

La madre ha observado que cuando el niño interactúa con personas desconocidas, se pone muy tenso, empieza a temblar y no quiere hablar, y enseguida empieza a tartamudear, ella trata de calmarlo y de que sienta confianza en sí mismo diciéndole que no debe preocuparse de nada que la gente no le va a hacer nada malo, pero a él no le gusta platicar y opta por solo mover la cabeza negativamente y quedarse callado, en la escuela cuando está en clases el niño se observa un tanto tímido y cuando sus compañeros le hablan, en un principio no les contesta, pero después ante la insistencia de los compañeros se pone a platicar pero al notar su tartamudeo se pone nervioso, por lo que él mismo se detiene, deja pasar un momento y vuelve a platicar ya sin tartamudear tanto.

Las preguntas que faltaron por hacer, las realicé por teléfono, ya que el tiempo se terminó y era importante aclarar algunas dudas acerca de la infancia del niño así como de las reacciones que muestra al interactuar con otras personas. En el anexo 3 se encuentra la entrevista que realicé a la madre.

Resultados de la Evaluación

Exploración de Fonemas

Al realizarle la exploración de los fonemas el niño presentó problema en la emisión, sustitución u omisión de los fonemas r, l, d, s, por lo que su lenguaje se torna sintético y poco entendible. Observé que Carlos, algunas veces omitía el fonema “r” en medio de palabra o sílaba y a veces lo sustituía por el fonema “l” o “d”; omite “s” al final y en medio; sustituye u omite fonemas en los sinfonos (dos consonantes seguidas de vocal); en sílabas “cla” por “ca”; “dra” por “ra”; “fra” por “fa”; “gra” por “gla”; “pla” por “cla”; “tla” por “la”; antepone al hablar los fonemas ó sílabas “ce”, “e”, “mi”, “lac”, “de”; sustituye “n” en medio de palabra por “ñ”; “t” por “c”, y omite los artículos y pronombres en oraciones.

Aplicación de Guía Portage

Al aplicar la guía Portage, que es una lista de objetivos para conocer el nivel de desarrollo en las distintas etapas y áreas, como son: cognición, lenguaje, socialización y autoayuda; en las edades de 3-4, 4-5 y 5-6 años, pude detectar que el niño muestra un fuerte déficit en las áreas de socialización y lenguaje.

Observaciones Directas

Mediante las observaciones directas que realizamos, tanto su madre como yo, pude detectar que el niño se inhibe al convivir con otros niños de su edad y es cuando empieza a tartamudear con mas frecuencia, el tartamudeo se acompaña de manifestaciones fisiológicas como respiración agitada, tensión muscular, tics nerviosos, bloqueos espasmódicos o interrupciones bruscas, y es más notorio cuando se encuentra en presencia de personas desconocidas, cuando se encuentra cerca de sus padres casi no tartamudea, pues le inspiran confianza y se siente protegido.

Por lo que consideré que la intervención se debía enfocar en actividades que favorezcan la socialización en el niño.

Este problema se acrecenta por que el niño no ha tenido la oportunidad de socializar ya que casi no convive con niños de su edad, por lo que él se inhibe en presencia de extraños.

Problemática Encontrada

Sobre la base de los datos encontrados al realizar el sondeo mediante la Guía Portage, la entrevista a la madre, las observaciones directas y la exploración de los fonemas, pude concluir que las áreas que se debían estimular eran las del lenguaje y socialización, básicamente. El área del lenguaje se debía estimular específicamente por ser la más afectada, y por ser un requisito previo a la lecto-escritura, así como también para la socialización del niño y para casi todos los procesos de aprendizaje.

Las características del lenguaje encontradas fueron: *distorsión en la articulación de los fonemas o dislalia, por omisión, sustitución, inserción o adición*; además presenta un problema de tartamudez o disfemia, que es una *perturbación del habla caracterizada por la falta de coordinación de los movimientos fono- articulatorios y la presencia de espasmos musculares*. Ambos padecimientos, disfemia y dislalia, son un desorden del habla básicamente de articulación, estas fallas pueden deberse a procesos auditivos o a la implantación de hábitos defectuosos, por ejemplo, labios que se niegan a entrar en contacto, lenguas inhábiles, ligamentos bucales que no se aproximan, etc. Por todo esto considero que la intervención debe incluir ejercicios que favorezcan el funcionamiento de estos órganos.

Estrategia de Intervención

Con los resultados arrojados en la evaluación y descritos arriba, programé una serie de 30 sesiones, de dos horas cada una. El trabajo con el niño consistió en realizar diversas actividades que propiciaran el desarrollo de las habilidades preacadémicas requeridas en la etapa de preescolar, en la que se encuentra el niño, como: dibujos, letras, sílabas, palabras, figuras geométricas, líneas, números, etc., los cuales debía rellenar con plastilina, con trabajo de boleado, con confeti, diamantina, sopa, iluminándolos con colores, en hojas blancas o en su cuaderno, en libros didácticos, plantillas, etc. Además debía repetir historias

que yo le contaba y tenía que explicar quienes participaban en estas, así como también debía narrar todo lo que había hecho el día anterior, tanto en su casa como en la escuela, entonaba canciones que yo le enseñaba, además propicié en varias ocasiones la Interacción con otros niños para que aprendiera a socializar.

El niño también debía seguir caminos o laberintos, recortar líneas de diferentes grosores trazadas en papel, para mejorar la motricidad fina, debía también realizar con frecuencia, repeticiones de palabras, sílabas, enunciados, frases cortas y sencillas así como grupos consonánticos, emitidos lenta y rítmicamente, lo que facilitaría las emisiones verbales, debía expresar sentimientos con palabras, repasar diariamente la discriminación izquierda derecha, los días de la semana y los meses frente a un calendario, debía formar figuras, números y letras uniendo puntos, armar rompecabezas y juegos de memoria, entre otras cosas.

Al final del reporte de trabajo anexo la lista de sílabas, palabras y enunciados que debía repasar Carlos.

Algo que creí importante fue sugerirle a la madre que no corrigiera al niño cuando tartamudeara, y que lo tratara como el niño pequeño que era, ya que así no se sentiría presionado y poco a poco iría mejorando el lenguaje.

Además de todo esto, algo de suma importancia era realizar diariamente el tratamiento del lenguaje, en donde se le pedía al niño que repitiera palabras que contenían los fonemas en los que presentó problemas y que ya se mencionaron; también para un mejor desempeño se debía hablar lento, enfatizar los sonidos, pronunciar los sonidos finales de las palabras, respirar antes de hablar, etc. En esta actividad se le pedía a la madre que colaborara.

En la realización de la terapia de lenguaje se utilizaba el siguiente material

- ⊗ Abatelenguas
- ⊗ Aceite
- ⊗ Plumas de ave
- ⊗ Semillas de diferentes tamaños
- ⊗ Chocolate o miel
- ⊗ Crayones

- ⊗ Vela
- ⊗ Oblea

El tratamiento del lenguaje constaba de:

⊗ Masaje Facial

Se realiza un masaje circular -utilizando aceite de bebé- en las mejillas, frente, quijada y cuello.

⊗ Masaje de la cavidad orofacial

Con un abatelenguas se da masaje en la lengua y en la cavidad bucal

⊗ Movilidad articular

Se pone nucita o danonino en la parte superior e inferior de los labios para que el niño lo quite con la lengua

⊗ Ejercicios de soplo

En donde se debía soplar crayolas, semillas, plumas, vela.

RESULTADOS OBTENIDOS DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN

El niño en un principio se resistía a convivir con otros niños dentro del centro y a veces le espantaba oírlos gritar, como cuando le daban las crisis a Norma y se desesperaba y empezaba a gritar muy fuerte y forcejeaba, cuando él la veía se ponía nervioso y empezaba a angustiarse y a tartamudear y preguntaba consternado que le pasaba a la niña, yo le explicaba que estaba enferma y él se tranquilizaba, o en el caso de Polo que cuando se enojaba se ponía a gritar y a llorar y lo espantaba, al grado de que casi lloraba y se quería ir a su casa.

Finalmente, el niño acabó conviviendo un poco más con los niños pequeños, fuera del salón donde trabajábamos o del mismo Centro; al interactuar con niños de su edad en el kinder o en los lugares que frecuentaba, el niño ya casi no tartamudeaba ni se angustiaba tanto ante la presencia de gente extraña, esto me lo reportó la madre del niño y lo pude constatar personalmente cuando él salía del Centro y lo veía jugar tranquilamente con los demás niños, lo único que no le gustaba era que le agarraran sus cosas. Así se observó un incremento en socialización.

Considero que se dio un avance notorio, pues se observó un decremento en la emisión de los fonemas parásitos (“ce”, “e”, “mi”, “lac”, “de”) al hablar, así como también disminuyó la repetición de palabras y el nerviosismo al entablar un diálogo, cuando convivía con otros niños de su edad ya casi no tartamudeaba y cuando lo hacía se detenía un momento, respiraba y volvía a hablar con más calma y se expresaba mejor.

En ocasiones, cuando el niño dejaba de asistir varios días, a su regreso al Centro empezaba a tartamudear con mayor frecuencia, considero que el permanecer un mayor tiempo al lado de sus padres era perjudicial para él ya que le pedían que corrigiera el lenguaje y con esto el niño se sentía presionado, pues, en cuanto empezaba a asistir al Centro e interactuar con otras personas nuevamente se notaba el cambio en su lenguaje ya que se hacía más fluido

Con respecto al problema de dislalia, el niño logró casi perfeccionar los fonemas en los que se estaba deteniendo, pues el fonema “r” en el que tenía mayor problema ya casi lo dominaba y su lenguaje se hizo más entendible, el fonema “ñ” ya no lo sustituía ni omitía en las palabras el fonema “s”, y decrementó la omisión de los artículos y pronombres en los enunciados, haciéndose más claros los enunciados y las frases.

Lamento no haber podido terminar mi trabajo con Carlos, ya que lo trasladaron a otra Institución por lo que ya no le pude realizar una segunda evaluación, para hacer una comparación de los resultados obtenidos antes y después del tratamiento y, poder así, presentarlos en este reporte final como una prueba más real y no un tanto subjetivo como lo tuve que hacer.

ANÁLISIS

Al observar las circunstancias en las que Carlos tartamudeaba con mayor frecuencia, confirmé que este trastorno de la comunicación expresa un conflicto psicológico, ya que, en base a una de las teorías que menciona Dinville (1982), acerca de que la tartamudez tiene un origen propiamente emocional, centrado en la comunicación social y las relaciones familiares, considero que este niño al ser hijo único y convivir casi siempre con adultos, pues en su casa solo viven sus padres, tíos, y abuelos, por un lado, se exceden en las atenciones que le dan, sobre todo su padre que lo adora, siendo mínima la interacción con niños de su edad, y por otro lo tratan como si fuera un adulto; al encontrarse en otros contextos e interactuar con otros niños mostraba con mayor énfasis esta perturbación del lenguaje, pues los niños no le proporcionan esas atenciones y seguridad que le brindan los adultos, con quienes interactúa diariamente y con quienes se ha formado un vínculo estrecho que el niño no ha logrado romper.

Considero que el principal objetivo del psicólogo ha de ir encaminado a mejorar los aspectos relacionales, interactivos, emocionales y sociales de la comunicación, entre las personas que manifiestan disfluencias en su habla y los no disfémicos, por lo que en varias ocasiones propicié la interacción con otros niños dentro y fuera del Centro.

Según Dinville, los ejercicios respiratorios ayudan a mejorar la calidad de la voz y a prolongar la espiración de aire durante la emisión de la frase, los ejercicios de soplo, que pueden considerarse como parte de la gimnasia respiratoria, pueden ayudar a la articulación de sonidos explosivos como ‘p, f, s, ch, t’, por lo que esto lo realizábamos al llevar a cabo la terapia de lenguaje en donde se soplaban cerillos, vela, silbato, semillas, plumas, se inflaban globos, etc. Considero que el resultado fue satisfactorio, pues se reflejó en la fluidez del lenguaje. También recomienda una intervención terapéutica sobre la base de frases cortas y sencillas emitidas lenta y rítmicamente, lo que facilita las emisiones verbales, por lo que esta tarea la realizábamos casi diariamente. Aunque en la teoría se mencionan diversas técnicas, las que yo apliqué, siguiendo a Dinville, me parecieron las más adecuadas.

El problema de dislalia se daba a causa de la implantación de hábitos defectuosos propiciado por ese exceso de atenciones hacia el niño, por lo que él no se esforzaba en hablar correctamente, pero sin embargo, comenzó a romper ese vínculo que se daba con su familia y sobre todo con su padre, al empezar a asistir al Centro y al kinder e interactuar con otros niños, que es cuando se observó un avance significativo en el lenguaje, que es una arma esencial para la socialización y sobrevivencia de todo ser humano; considero que en un principio se inhibía al interactuar con otros niños y por eso tartamudeaba con mayor frecuencia y conforme empezó a socializar, fue dominando la angustia que le causaba la interacción con gente extraña. Así también fue importante el hecho de que los padres le proporcionaran la atención requerida en el momento indicado, para trabajar la problemática que presentaba.

Este caso me pareció por demás interesante, pero en ocasiones me sentía impotente al observar los retrocesos que presentaba el niño, Dinville menciona que esta perturbación del habla es de pronóstico sumamente incierto y la sintomatología que presenta puede verse aliviada o acrecentada por variables externas muy diversas, que inciden poderosamente sobre la personalidad del sujeto que la manifiesta, y esto era lo que pasaba con Carlos, por lo que, a la vez esto me hizo reflexionar en que tal vez yo estaba empleando la técnica adecuada pero eran varias las variables que influían en el problema presentado por el niño, como el hecho de que los padres, a los tres años de edad, le pedían constantemente que corrigiera su lenguaje, considero que esperaban que él hablara, pensara y actuara como adulto (ya que se crió entre adultos) y no como el niño que es, y esto, en lugar de ayudarlo lo hacía tartamudear más; aunado a esto, casi toda la familia del niño son personas muy tímidas y poco sociables, por lo que el niño imitaba esta actitud, .

Pienso que es importante seguirme preparando, para que, cuando en un futuro me enfrente a un problema similar, pueda llegar hasta el fondo de este, y así entender las causas de los retrocesos que se dan en las diversas problemáticas.

TRABAJO DE APOYO DIVERSO

La semana del 2 al 6 de Septiembre trabajé con diversos grupos cubriendo aquellos en donde no había asesor, ya que en ocasiones los alumnos no se comprometen con el servicio social y empiezan a faltar o emigran, por lo que son muy pocos y la demanda es grande, por lo que a veces se hace necesario apoyar en algunas áreas, mientras se re-estructura el trabajo.

Lunes, Martes y Miércoles trabajé con los niños de preescolar realizando la terapia de lenguaje, y diversas actividades como repasar los colores primarios, los números del 1 al 10, y repasamos algunas palabras con “r” y “s” , como rosa, rama, rata, risa, reza, ropa, sal, sala, sola, silla, sema, etc. Todo esto lo realicé en lo que los asesores llegaban a atenderlos, en cuanto llegaban me pasaba a otra área donde no había asesores a apoyar; en el área de académicas trabajé con Polo estuvimos realizando varias sílabas en su cuaderno como “bla”, “ble”, “bli”, “blo” “blu”, “bra”, “bre”, “bri”, “bro”, “bru”, “cla”, “cle”, “cli” “clo”, “clu”, “pra”, “pre”, “pri”, “pro”, “pru”, hizo una plana de cada serie de estas sílabas, después se dedicó a unir puntos para formar figuras, todo esto lo hizo muy bien y le gusta que le digan que trabaja bien, pues se pone feliz y el mismo se aplaude. Por otro lado Juan, su hermano, realizó algunas sílabas y dibujos en el pizarrón, y después se puso a dibujar en el pizarrón.

Creo que una de las aportaciones que obtengo en mi formación profesional al realizar este tipo de actividades, es que he podido darme cuenta de que el trabajo del psicólogo es muy intenso y variado, ya que tanto hace el papel de terapeuta, de docente, rehabilitador, etc., Así también puede desempeñarse en otras labores que no le han sido asignadas, como es la de cubrir algunos espacios donde se requiera de su apoyo o realizar algunas actividades administrativas; pero sin embargo el psicólogo cuenta con los conocimientos necesarios para hacerlo de la mejor manera, siempre y cuando tenga disposición, empeño y ética profesional.

SEGUNDO MOMENTO: Atención a las Necesidades de Apoyo con Padres

- **Trabajo Grupal**
- **Trabajo Individual**
- **Situación Informal**

En este segundo momento, como tuve la posibilidad de asistir al Centro los cinco días de la semana, además de trabajar en el caso individual de Carlitos los días martes, de 8 a 10 de la mañana, el trabajo relevante fue con las madres de familia que acuden al Centro con sus hijos.

El trabajo con las madres pretendía acercarme a conocer las situaciones vinculadas con la escasa o nula participación en la estimulación del desarrollo de sus hijos, Por esta razón programé dar seis sesiones de asesoría individual a la semana, con duración de una hora por sesión, los días lunes, miércoles y viernes, y una actividad grupal de dos horas, el día jueves.

Fueron pocas las madres que aceptaron cooperar conmigo en el trabajo individual y grupal, pero las que lo hicieron, dijeron que a la vez que me ayudaban en mi trabajo, ellas se verían beneficiadas ya que además si no lo hacían iban a acabar enfermándose, pues es muy complicado estar en la situación de ansiedad constante en la que se encuentran todas ellas, ya que todas tienen múltiples problemas pero no se animan a sacarlos por diversas causas. También dado que algunas veces se quedan pocas madres en el Centro, aproveché el tiempo trabajando de forma informal con la gente que se queda.

A continuación presento a través de una serie de cuadros, los resultados más relevantes del trabajo que desempeñé en el Centro, por ética profesional los nombres verdaderos fueron cambiados.

TABLA 1. Trabajo Grupal con Padres

Nº DE SESIONES	Nº DE PERSONAS	PROBLEMÁTICA
2	10	<p>En estos casos pude darme cuenta que la problemática existente en la mayoría de las madres, es la falta de habilidades de afrontamiento a las situaciones difíciles que se presentan con sus hijos y demás familiares, las madres al querer resolver la vida de sus seres queridos, lo cual es imposible y así se los hice saber, se olvidan de sus propios problemas para darles todo su apoyo a ellos y, al no obtener una respuesta recíproca como quisieran, se sienten frustradas e insatisfechas.</p> <p>Considero que las madres finalmente entendieron que deben cambiar esa forma de proceder que tanto las lastima y ahora saben que tienen que dejar que sus hijos mayores y sin ningún impedimento, busquen la solución a sus problemas por sí mismos, para que puedan crecer como seres humanos independientes.</p> <p>Así también carecen de habilidades sociales de comunicación para enfrentar los problemas que se les presentan con sus hijos y demás familiares, porque, aunque los quieren y desean lo mejor para ellos, muchas veces no saben cómo expresarlo, lo cual es debido a que en la infancia vivieron situaciones similares y actualmente sólo están reproduciendo los mismo patrones de conducta de sus padres, y sólo es necesario que modifiquen esta actitud mediante el entrenamiento de habilidades sociales de comunicación y afrontamiento para mejorar sus relaciones con sus seres queridos.</p> <p>Análisis</p> <p>Dado que las madres no están preparadas para hablar de sus problemas y mucho menos si es en grupo, prefieren guardarse esto para sí mismas, lo cual genera en ellas esa tensión y ansiedad que las enferma y que las tiene en un estado de ansiedad constante, siendo como una bomba de tiempo a punto de estallar, por lo que al menor contratiempo surgen los problemas aún en contra de su voluntad, no sabiendo la manera adecuada de afrontarlos además de tener que atender a esos hijos de Educación Especial con los que ya tienen bastante trabajo, así, las madres que aceptaron apoyo profesional, pudieron darse cuenta de los beneficios de abrirse al discurso, pues notaron que esto les facilita el poder confrontar tanto los problemas así como las Necesidades Educativas Especiales de sus hijos, pero además se necesita llegar a las raíces de esos conflictos y así, al llegar a las bases, se produzca una reparación de la reestructuración psíquica y de la personalidad de ellas y sus hijos.</p>

TABLA 2. Trabajo Individual con Padres

Nº DE CASO	Nº DE SESIONES	PROBLEMÁTICA
<p>CASO 1 Sr. Roberto</p>	<p>3</p>	<p>En este caso existe una fuerte dependencia a las drogas a consecuencia de los malos tratos que recibió el señor cuando era pequeño, por parte de su madre y a la falta de cariño por parte de ambos padres. Aunado a esto, están los recuerdos del maltrato que su padre daba a su madre antes de divorciarse, los cuales ella soportaba sin protestar y que le dejaron un gran sentimiento de impotencia, al no poder hacer nada para ayudarla.</p> <p>Además de todo esto, está el abandono de su esposa, la cual lo dejó a cargo de su hija, y se fue para dedicarse a vivir la vida como ella siempre había deseado, al lado de otros hombres que le den lo que necesita, y solo visita a la niña de vez en cuando.</p> <p>Ahora al estar a cargo de su pequeña, a veces se siente impotente para sacarla adelante solo, sin la ayuda de una pareja, lo cual refuerza esa dependencia a las drogas, pero que pese a todo ha logrado ir superando poco a poco, por el bien de la niña.</p> <p>Análisis Logré hacerlo reflexionar de la enorme importancia de cambiar su estrategia de afrontar los problemas buscando salidas falsas en las drogas, por una estrategia más sana, que propicie su crecimiento como ser humano, él reaccionó y ya casi no consume drogas, se dió cuenta de que ahora tiene una hija que lo quiere y necesita y por quien debe salir adelante, y a la cual debe poner un buen ejemplo, para que cuando sea grande no le reproche nada y la pueda educar y ayudar a superar los problemas que se le presenten en la vida.</p>
<p>CASO 2 Sra. Diana</p>	<p>4</p>	<p>En este caso pude detectar que la señora Diana, al no poder ayudar a su hermano, que es el papá de Eva, a solucionar su problema de alcoholismo, siente la necesidad de ayudar a la gente que está cerca de ella; es por eso que se hace cargo de la atención de otros niños como lo hizo con su sobrina Eva y su nieta Viviana, ya que así encuentra un alivio por esa falta que piensa que cometió, al quedar como responsable de su casa, después de la separación de sus padres, ya que su madre se dedicó a trabajar después del divorcio, y ella que se quedaba a cargo de sus hermanos no supo cómo orientar a su hermano mayor para que dejara de tomar.</p>

	<p>La señora ahora sobreprotege a Eva por considerar que no es normal y así pide a sus hijos que lo hagan también; en ella existen miedos y temores por lo que le pueda suceder a la niña, que ya es una adolescente, teme que alguien quiera abusar de ella, por lo que ese vínculo con la niña se estrecha cada vez más, esos temores la enferman y le provocan depresión y ansiedad, ya que se desespera y llora sin consuelo, al igual que el pensar en el futuro incierto que le espera a la niña cuando se quede sola, esa relación de dependencia va más allá de lo necesario; esas atenciones que proporciona a la niña le impiden atender a su esposo como quisiera, lo cual le genera conflictos con él, pues ha descuidado el terreno de lo sexual.</p> <p>Ella se siente impotente cuando a la niña le dan las convulsiones pues no sabe que hacer para que ya no sufra pues cada día la ve peor, y espera que Dios le haga el milagro de que algún día la niña se alivie y llegue a ser como cualquier otro niño. Esta idea la mantiene esperanzada y la cuida y la atiende lo mejor posible pues tiene el temor de que Dios la castigue si a la niña le pasa algo malo por no cuidarla bien.</p> <p>Análisis Ese vínculo estrecho y no sano que se da entre la señora Diana y Eva tiende a anular a la niña como sujeto, al no permitirle desarrollar las habilidades necesarias para su sobrevivencia, sobreprotegiéndola en exceso, pensando que es lo mejor para Eva, impidiéndole con esto el acceso a las herramientas necesarias que le permitan valerse por sí misma el día que ella falte.</p> <p>Esto se vincula con la privación de la imagen paterna que tuvo la señora en la infancia, al darse la separación de sus padres, con lo que ella dejó de ser la hija querida y amada de ese padre que se fue, ahora no quiere que Eva sufra lo mismo y por eso la protege en exceso, la señora Diana depende de Eva, como ella antes dependía de su padre, propiciando así una relación fantasmática con la niña.</p> <p>A su vez esa fijación de la señora por que Dios le ayude a la niña a sanar cuando es consciente de que existe una lesión irreversible, hace pensar que ella deposita la responsabilidad de la cura en Dios, así ella hace poco por apoyar en las actividades que propicien el desarrollo de la niña.</p> <p>Así también en la pareja hay un déficit en habilidades de</p>
--	---

		<p>comunicación ya que no saben expresar sus deseos sexuales, por lo que no logra tener un buen entendimiento en pareja, por lo que considero que ambos deberían cambiar esa forma de comunicación que han mantenido siempre y que no les ha resultado.</p> <p>Considero que la señora necesita de un apoyo psicológico más constante, que le ayude a deshacerse de esas culpas y temores que siente, y que la hacen vivir con esos fantasmas del pasado, ya que sólo acude a mí cuando se siente desesperada, y esto ha sido en contadas ocasiones, por lo que ella sólo se desahoga llorando y hablando de esa serie de situaciones que la lastiman, yo le hago reflexionar en que la forma de tratar a Eva no es la más correcta, pues así no propicia un desarrollo sano en ella, pero cuando lo hago ella deja pasar un largo periodo de tiempo para volver a verme, es por eso que considero que solo desea que alguien le ayude a aliviar sus males, pero no desea saber por que se encuentra en ese estado, ya que no muestra una actitud de cambio y la relación con Eva se estrecha cada vez más pues ella es su soporte.</p>
<p>CASO 3 Sra. Ana</p>	<p>3</p>	<p>En este caso existe infidelidad de parte de ambos cónyuges. La actitud de maltrato y de celos de su esposo orilló a la señora Ana a ser infiel por despecho y rabia, ya que se sentía agredida injustamente. Una culpa que enfrenta la señora Ana, es la muerte de su hermano, el cual era hiperactivo - igual que los dos hijos de ella- y muy grosero y vicioso, y murió en forma violenta, al ir en una moto que le regaló su mamá. Ella se siente culpable pues presintió su muerte la noche anterior y no pudo hacer nada por ayudarle. Ambos cónyuges vivieron situaciones de violencia intrafamiliar en la infancia.</p> <p>Ahora deben enfrentar el hecho de tener dos hijos con lesión orgánica de lo cual ambos cónyuges se sienten culpables, él porque cuando su esposa estaba embarazada de la niña, la forzó a tener relaciones y la lastimó y al día siguiente nació la niña prematura, y ella piensa que los niños heredaron su hiperactividad y la de su hermano, a su vez ese sentimiento de vergüenza que le produce el comportamiento de sus hijos también la hace sentirse culpable.</p> <p>Análisis El sentimiento de vergüenza de la señora por el comportamiento de los niños así como el sentimiento de culpa por su enfermedad, lo trata de compensar con las</p>

	<p>atenciones excesivas que les propicia a sus hijos, tal comportamiento se vincula con la violencia intrafamiliar que vivió en el pasado y que revive ahora en el presente, en su relación de pareja, saliendo a flote las frustraciones tenidas, ya que la imagen de una madre o de un padre agresivos causa grandes estragos, pues la agresividad intencional, mina, castra, conduce a la muerte, por lo que la señora se sentía mejor al hablar acerca de esto, aunque esto no es suficiente, ya que se debe pasar por un largo proceso de análisis que ayude a confrontar y resignificar muchas cosas.</p> <p>Un conflicto más que enfrenta la señora es la muerte del hermano, lo que le genera angustia al sentirse culpable por esto, lo cual aún no ha logrado superar, ya que el recuerdo la sigue dañando; sin embargo suspendió las asesorías en el momento menos indicado, cuando mostraba una mejoría notable, lo que significa que ella aún no está preparada para afrontar el hecho mismo de la muerte de ese ser querido así como de la atención de dos hijos con lesión orgánica y debió seguir asistiendo a las asesorías para poder superar esa crisis, mediante la expresión de esas experiencias dolorosas, y la posterior confrontación y resignificación de las mismas.</p>
<p>CASO 4 Sra. 3 Irma</p>	<p>En este caso pude advertir un déficit alto en habilidades sociales de comunicación, al no saber la pareja, la forma correcta para expresar sus inquietudes sexuales. Por este motivo, se da la infidelidad por parte de ambos cónyuges, ya que el esposo de la señora Irma busca salida a sus deseos sexuales en otras mujeres, después de saber esto la señora le fue infiel por despecho. Ella accede a las peticiones de su esposo con respecto al sexo, aunque le parezcan extrañas, con tal de no tener problemas.</p> <p>Por otro lado, a pesar de que la señora Irma careció de la imagen paterna al darse el divorcio en sus padres, ella afronta con valentía el problema, y además ha sabido sobrellevar la muerte de su hijo mayor, así como las Necesidades Educativas Especiales de sus tres hijos que presentan hipoacusia; de los cuales uno murió, ella ha tenido el valor; junto con su esposo; de apoyarlos en lo que les ha sido posible, superando esa crisis de la manera adecuada, aún en contra de las adversidades de la vida, ya que nunca contó con el apoyo de su madre cuando se lo pidió.</p> <p>Algo que la lastima es el recuerdo de ver a su madre siendo vejada por su padre y que no se defendiera, ni tampoco los defendió a ellos cuando su padre les pegaba, por lo que ahora ella no piensa soportar que su marido le haga lo mismo, pues</p>

	<p>no quiere que sus hijos la desprecien por este motivo, como ella desprecia a su madre. La señora Irma encuentra desahogo a sus problemas yendo a bailar a salones de baile, pues dice distraerse con esto y sentirse mejor al hacerlo.</p> <p>Pude percibir que en los demás miembros de su familia de origen hay un alto déficit en habilidades de afrontamiento, ya que al no saber cómo enfrentar las situaciones cotidianas que se presentan, se entregan al vicio de las drogas y del alcoholismo, básicamente las personas jóvenes.</p> <p>Análisis</p> <p>Pude percibir que en la familia de la señora Irma hay un alto índice de alcoholismo y drogadicción en sus hermanos y sobrinos, esto se debe a que nunca ha habido unión familiar y sí ha persistido la idea machista y dominante hacia las mujeres en la familia de origen, pero además, no ha habido tolerancia a la frustración por parte de los integrantes, por lo que nunca han sabido como afrontar las diversas situaciones que se les presentan, pues nadie les enseñó esto, ya que la madre nunca supo cómo afrontar el problema de violencia intrafamiliar, y sus hijos aprendieron una forma equivocada de afrontar los problemas.</p> <p>Pese a todo, la señora Irma ha sabido sacar adelante a sus hijos, y vencer ese sentimiento de frustración que le dejó el recuerdo de una madre vejada y de una familia desunida, motivo por el cual, ahora ella muestra entereza para mantener unida a su familia, pues no quiere que sus hijos sufran lo mismo que ella sufrió ni que la desprecien como ella lo ha hecho con su madre. Ella, contrario a los demás miembros de la familia, ha podido superar los múltiples problemas, encontrando un desahogo momentáneo en la realización de actividades agradables para ella, como lo es el baile y las actividades manuales, lo cual produce un cambio en su estado emocional, para poder afrontar de manera adecuada los problemas y sacar adelante a su familia.</p> <p>Pero lo más importante aquí, es que ella siente la necesidad de expresar verbalmente sus sentimientos y sus emociones, por lo que busca la ayuda profesional y necesaria que le ayude a superar los conflictos que le generan los problemas que ha enfrentado desde la adolescencia hasta ahora, y así ha logrado confrontar y resignificar al mismo tiempo todas estas cosas, lo que propicia que en ella se realice una reparación de las estructuras psíquicas dañadas.</p>
--	---

SITUACIÓN INFORMAL

Empecé a trabajar de esta manera cuando las madres se retiraban a realizar otras labores y solo se quedaban dos o tres en el centro, esta estrategia también fue buena ya que obtuve información valiosa. Esto solo lo hice en dos ocasiones.

TABLA 3. Situación Informal

No. DE SESIÓN	No. DE PERSONAS	PROBLEMÁTICA
1	3 Cristina, Alicia y Rubí.	<p>Cuando no llegaban las personas citadas a la sesión individual me subía a la cocina a platicar con las señoras que se encontraban ahí, esta vez estuvieron presentes las señoras Cristina, Alicia y Rubí.</p> <p>Cuando llegué la señora Alicia, mamá de Andrés, que es una señora muy aprensiva y autoritaria, comentaba acerca de lo mucho que habían subido los comestibles, dijo que lo que su esposo ganaba actualmente eran 600 pesos, y no le alcanzaba más que para lo indispensable y que ella siempre estaba ansiosa de comprar ropa bonita para ella y sus hijos y nunca le alcanza, por lo que se siente mal y desea trabajar para ayudar a su esposo en los gastos del hogar, solo que él no quiere que descuide a los niños, lo cual le genera angustia y malestar y siempre está de malhumor y gritándoles a los niños, por este motivo ellos se han alejado, pues no le tienen confianza, ya que cuando les pide que hagan algo lo hace gritando como si estuviera enojada, por lo mismo siempre está muy estresada y realiza todo con mucha prisa y así quisiera que lo hicieran sus hijos, siempre les está tomando el tiempo y, como es lógico, ellos no pueden trabajar a su ritmo y discuten mucho, por esta razón cuando ella les pide que le tengan confianza no obtiene respuesta de ellos pues se reservan de hablar con ella y confiarle sus cosas, pues con su actitud los atemoriza y los aleja de ella.</p> <p>Le dije que aunque sus hijos hacen todo muy lentamente debe tomar en cuenta que lo están haciendo y eso ya es ganancia, por que nunca lo van a hacer al ritmo que ella pues son muy pequeños aún, y que sin embargo, si por esto que hacen los gratificara de alguna manera, ya sea dándoles un premio, una caricia o una palabra de agradecimiento cada vez lo</p>

		<p>harían mejor, y además esto podría dar como resultado un mayor acercamiento entre ellos.</p> <p>Le hice entender que ellos debían saber que son importantes en la realización de las labores del hogar, para que se interesaran en ayudar, la señora se limpió las lágrimas y suspiró aliviada, sintiéndose liberada de eso que traía dentro y que no sabía cómo sacarlo, dijo que tenía que cambiar su forma de tratarlos aunque sabía que sería difícil.</p> <p>Análisis Fue muy satisfactorio para mí participar de esta plática informal en la cual una madre que tenía un conflicto fuerte. Pudo al fin desahogarse de eso que la tenía en tal estado de ansiedad, ya que la frustración que le produce la actitud de desobediencia y desapego de sus hijos para con ella la hacen sentir impotente y la enferman. Ella ignoraba que tenía que cambiar esa actitud agresiva con que se dirige a ellos, producto de sus deseos reprimidos y las carencias que tuvo en el pasado y ahora en el presente, ya que pasan por grandes problemas económicos, al sacar todo eso que sentía mediante el poder curativo del discurso, pudo mostrar un cambio en esas actitudes que presentaba y proyectar un cambio positivo en su interacción con su familia.</p>
2	2 Señoras Rubí y Diana.	<p>Otro día llegué y sólo estaban la señora Rubí y la señora Diana, y cuando la señora Rubí me vio llegar me preguntó ansiosa qué debía hacer, ya que se sentía confundida, pues tenía que internar a su hijo José Ignacio, que es mayor que Moy, y que está enfermo de la columna, él se porta muy mal y por más que le habla no entiende, por lo que tomó la decisión de internarlo, pero teme que no esté haciendo lo correcto, por eso me pidió le aconseje qué hacer, le pregunté como trata al niño y me dijo que lo regaña por todo y le exige se porte bien, pues por dedicarle tiempo a él descuida a Moy, y ella desea tener todo el tiempo del mundo para atenderlo, para que el niño se recupere rápido, y por esa razón desea internar José Ignacio, para así dedicarse solo al cuidado de Moy, ya que su hija mayor no le da problemas pues es completamente sana y muy inteligente, y se siente muy orgullosa de ella. Le pregunté si su hijo alguna vez había notado esta preferencia hacia sus hermanos y dijo que sí había hecho comentarios.</p>

		<p>Le hice saber que tal vez ésta era la causa de que su hijo se portara mal, al ver la preferencia que tiene hacia Moy y su hija mayor, y dijo que él ya estaba grande y no la necesitaba tanto como Moy.</p> <p>Le hice meditar acerca del trato que da al niño y le pedí que reflexionara acerca del hecho de internarlo, pues a mi parecer no era la mejor opción, ya que sólo necesitaba demostrarle más cariño y paciencia al niño, pero que la decisión la debía tomar ella, la señora prometió pensarlo mejor.</p> <p>Análisis</p> <p>Esta vez la señora Rubí se sinceró y se desahogó, sacando eso que la tiene en tal estado de tensión siempre, pues no sabe que hacer con sus dos hijos que presentan un desarrollo particular y se siente culpable de no estar actuando correctamente con José Ignacio, el mayor de los dos, por tener ese sentimiento de rechazo hacia él, sin embargo, con el pequeño se da un vínculo demasiado estrecho y no sano pues desea permanecer todo el tiempo a su lado, cuidándolo, afectando con esto su desarrollo y crecimiento personal.</p> <p>El sentimiento de culpa que tiene la señora Rubí por la enfermedad de sus hijos, la hace vivir en un estado de tensión permanente, y al no encontrar la forma de enfrentar tal problemática, resuelve hacer a un lado al hijo mayor el cual presenta una lesión en la columna para atender al menor que presenta epilepsia y para ella “sólo es un niño especial, no diferente” pero que siente que la necesita en mayor grado.</p> <p>El deseo de esta madre de tener hijos totalmente sanos se ve truncado ante el acontecimiento de tener dos hijos con lesión orgánica, y ahora brinda todas sus atenciones al hijo menor, porque es al que quiere más y se observa más sano.</p> <p>Esto se encuentra vinculado además con el hecho de haber carecido de la imagen paterna en la infancia, lo que inevitablemente la marcó con una cicatriz emocional de falta, que resurge en este momento en que tiene que enfrentar el hecho mismo de la lesión</p>
--	--	--

		<p>orgánica, ahora trata de cubrir esa falta con una actitud ambivalente, que por un lado muestra un interés desmedido por atender a su hijo pequeño, pero por otro muestra un descuido y falta de compromiso efectivo con la estimulación de su desarrollo, ya que siempre pone pretextos cuando se solicita su participación en las actividades que se realizan con el niño, en el Centro. Por otro lado desprotege a su otro hijo, el cual queda indefenso ante la expectativa de verse recluido en un internado.</p>
--	--	--

TERCER MOMENTO: Trabajo Complementario

- ↪ Taller de Tarjetería Española
- ↪ Entrevistas Individuales
- ↪ Exposición acerca del desarrollo

En este tercer momento di inicio al taller de tarjetería española, el cual impartiría los días Lunes y Miércoles de 8:00 a 10:00 de la mañana, implementé esta estrategia como una alternativa para ayudar a las madres a liberar esa ansiedad que las oprime, por medio de esta actividad manual, ya que a veces les es difícil buscar el apoyo adecuado y, considero que de esta manera ellas podrán expresar con más facilidad sus sentimientos y emociones, por lo que necesito ser paciente y tenaz para poder propiciar en las madres una actitud participativa y así poder ayudarles a que se distraigan y se relajen de esa sensación de angustia frecuente que a la mayoría afecta, tanto emocional como Psicológica y físicamente.

Además, empecé a realizar entrevistas dirigidas a algunas madres que no solicitaron asesoría de ningún tipo, los Jueves de 8:00 a 10:00 de la mañana, esto con el fin de complementar la información obtenida en las asesorías, para así conocer los motivos por los que algunos padres de niños con características particulares, rehúsan recibir la atención especializada tanto para sus hijos como para ellos, que les ayude a superar la crisis existencial en la que se encuentran.

La respuesta de parte de las madres fue aceptable en un principio, ya que las 8 ó 9 personas que se quedaban a esperar a sus hijos entraban a la clase, aunque más adelante solo entraban de 4 a 6 personas, excusando que tenían otras cosas que hacer, lo cual me desilusionó pero no totalmente, pues al ver la respuesta de esas madres que sí se interesaban en entrar a la clase y en trabajar realmente, me volví a reanimar y di todo de mí, pues supe que había personas que apreciaban el apoyo que yo les estaba ofreciendo. Di además una exposición acerca del desarrollo del niño para que las madres cuenten con la información necesaria.

TALLER DE TARJETERÍA ESPAÑOLA

El Jueves 31 de Octubre al fin pude iniciar el taller de tarjetería española, el cual implementé para facilitar la expresión de los problemas, para que las madres que asisten al Centro y esperan a sus hijos hasta el final de las clases tengan un momento de relajación, que les ayude a despejar las tensiones que les provocan las múltiples actividades que deben realizar durante el día, ya que casi siempre andan con prisas, pues dicen tener una gran cantidad de problemas que atender, aparte de ver por su familia y desempeñar las labores del hogar; por lo que creo que este taller puede ser una alternativa para que ellas se despejen un poco de esa ansiedad y desesperación que les genera el ser madres de niños especiales.

En los cuadros siguientes describo las actividades realizadas.

TABLA 4. Taller de Tarjetería Española

No. de clases	No. de personas	Resultados	Aportaciones a nivel psicológico
1	9: Señoras Martha, Petronila, Silvia, Mari, Beti, Angélica y Margarita.	Algunas madres (Señora Martha, Petronila, Silvia, Mari y Elena) desde el principio demostraron ser muy desesperadas y lo hicieron mal, pero a las que sí les interesaba (la señora Beti, Isabel, Angélica y Margarita) les quedaron muy bonitas sus tarjetas. Las madres antes de terminar planearon lo que harían en la siguiente clase.	La adquisición de habilidades organización y planeación para trabajar.
2	6: Señoras Martha, Beti, Reyna y Margarita.	Sólo trabajaron seis personas pero lo hicieron bien, todas se coordinan para usar el material. Los comentarios que se hacen en la clase acerca de las vivencias con sus hijos con características particulares las tranquilizan.	Esta actividad a muchas les sirvió como una terapia de relajación, ya que varias de ellas antes de tomar las clases se sentían muy tensas y ansiosas, cuando empezaron a tomar las clases se observó un cambio en su estado de ánimo, se sentían y observaban más tranquilas a pesar de que

- mamás se ven más serenas. solo habían tenido unas clases.
- 3 6: Señoras Reyna, Martha, Margarita, Beti, Isabel, Angélica y Silvia. Las mamás trabajaron muy contentas, entre chistes y comentarios acerca de su familia realizaron tarjetas, mariposas y manteles individuales de mesa. Desarrollo de la creatividad y habilidades artísticas.
- 4 6: Señoras Reyna, Margarita, Beti, Isabel, Angélica y Martha. Trabajaron como siempre con entusiasmo y entrega, entre comentarios de la vida cotidiana, cada quien hace lo que más le gusta. Algunas prefieren hacer tarjetas, otras hacen cosas diferentes, algunas madres se caracterizan porque se esmeran para que luzcan sus trabajos, como la señora Martha que se desesperaba en un principio y al final fue de las madres que mejor lo hicieron. Al final las madres se veían relajadas y tranquilas, ya que expresaron que a veces querían desahogarse y no sabían cómo ni con quién hacerlo. Platicando en esta clase se han podido dar cuenta de algunos errores que han estado cometiendo con sus hijos y ahora entienden cómo remediarlos. Ellas observan cambios positivos en el entorno familiar.
- 5 6: Señoras Reyna, Martha, Margarita, Beti, Isabel, Angélica. La señora Martha poco a poco ha ido teniendo más paciencia al elaborar sus trabajos y ahora lucen muy bien, sobre todo los manteles que, ya tiene varias clases, está haciendo para sus hijos. El desarrollo de la creatividad
- Ahora se esmera en darles un mejor acabado, y se ve relajada y serena; las otras madres la felicitaron por esto.
- 6 7: Señoras Reyna, Martha, Margarita, Beti, Isabel, Angélica y Mari. Dos personas sólo estuvieron sentadas platicando, las demás sí trabajaron, cada quien en lo que más le agrada. Realizaron tarjetas de las más sencillas y solo dos hicieron tarjetas laboriosas. Comentan acerca de los problemas que tienen en sus hogares como es Las madres dijeron sentirse relajadas desde que toman el taller, ya que en ese intercambio de opiniones han encontrado solución a algunos problemas..

Todas se llevaron los trabajos a su casa para terminarlos. Las señoras se organizan para ocupar las herramientas para que todas trabajen a gusto.

10 y 11 3: Señoras Mari, El Miércoles 4 y el Jueves 5 de En las madres se observó un desarrollo en habilidades sociales de comunicación y cooperación, en el asesor se dio un incremento en la autoestima.

Petronila y mamás en el Centro por lo que no di clase de tarjetería, pero sirvió para escuchar los comentarios de las mamás acerca de que les gustaba cómo había estado trabajando yo en el Centro.

Silvia.

La mamá de Eva me pidió ir los viernes a platicar con ella, ya que quiere seguir con las asesorías, pues dijo que se ha sentido muy bien desde que platica conmigo sus problemas.

La señora Petronila me felicitó y dijo que era una de las pocas psicólogas que se esmeró en su trabajo con los niños y con ellas, ya que las anteriores hacían el trabajo como una obligación, pues se veía que les pesaba hacerlo y a mí me notaron el interés en el trabajo.

Esto me hizo sentir muy bien ya que no pensé llegar a tener esa cercanía con ellas, pues en un principio casi no me hablaban y hasta me ignoraban, pero creo que el empeño que he puesto en mi trabajo me ha ganado su simpatía.

TABLA 5. Entrevista Individual

Nº	DE PROBLEMÁTICA	ANÁLISIS
ENTREVISTA		
1. Diana Ríos, 40 años	<p>Cuido mucho a Eva pues tiene una lesión cerebral mínima que le provoca convulsiones, por eso siempre estoy con ella, me da miedo que le pase algo malo y Dios me castigue por eso.</p> <p>Tengo miedo y preocupación por su salud y desarrollo mental, y cuido su educación, existe un lazo muy estrecho entre la niña y yo y no quisiera nunca separarme de ella, se que por su enfermedad esto nunca sucederá y eso me tranquiliza, siento satisfacción al ver sus avances, pues es muy inteligente, cuando recuerdo mi infancia revivo el desagradable momento en que mis padres se divorciaron y mi familia se desintegró y no quisiera que Eva pasara nunca por esto. La niña me provoca ternura porque la veo indefensa, creo que nunca fue una niña deseada ya que su padre, que es mi hermano, me la entregó a unos días de nacida para dedicarse a tomar, desde entonces me propuse sacarla adelante a costa de todo. Sé que muestra características diferentes a otros niños, y yo le ayudo proporcionándole la atención médica requerida, me causa impotencia convulsionar y no poder ayudarla, siento incertidumbre y preocupación por no saber lo que le deparará el futuro a Eva, creo en Dios y pienso que él va a hacer posible que algún día Eva llegue a ser una niña sana sin depender del medicamento ni de nadie.</p> <p>Sus avances y sus logros son una satisfacción para mí, otra satisfacción sería verla convertida en una señorita</p>	<p>La señora Diana al no poder ayudar a su hermano a solucionar su problema de alcoholismo siente la necesidad de ayudar a la gente que está cerca de ella, es por eso que se hace cargo de la atención de otros niños que no son sus hijos, como lo hizo con sus sobrinas Eva y Viviana, ya que así encuentra un alivio por esa falta.</p> <p>La señora Diana no desea que Eva sufra lo mismo que ella sufrió al verse privada de la imagen paterna, por lo que al demandar apoyo para la niña a su vez lo desea para sí misma, por eso, el vínculo con la niña se estrecha cada vez más, siendo no sano para su desarrollo pues no la deja crecer como ser humano;</p> <p>El pensar en que Dios le haga el milagro de que algún día la niña se alivie y llegue a ser como cualquier otro niño, la mantiene esperanzada, lo que significa que no ha aceptado que las características que presenta Eva son producto de una lesión neurológica irreversible. Por otro lado, utiliza a Dios como parapeto para evadir la responsabilidad que tiene en la estimulación del desarrollo de la niña, pues así ella poco se esfuerza por apoyar en las actividades que la niña realiza.</p>

- y celebrando sus quince años.
- 2.Alicia, 37 años** Yo siempre quiero estar con Andrés, Esa añoranza de la señora Alicia cuidándolo y protegiéndolo, pues por su familia de origen la hace considero que no se sabe valer por sí ser demasiado estricta con sus solo, por lo que se ha formado un lazo hijos, pensando que así logrará muy fuerte entre mi hijo y yo; con mis tener una familia similar. otros hijos soy muy estricta, pero los quiero mucho y se los hago saber, La señora carece de la habilidad abrazándolos y besándolos, siempre he para saber afrontar de la manera sido así, por eso tengo muchos adecuada los problemas y la problemas con ellos. forma de acercarse a sus hijos, ella debió adquirir durante la infancia esta forma incorrecta de afrontar las situaciones. Esos fantasmas del pasado en donde ella tenía una familia modelo resurgen en el presente y no le permiten tener una mejor relación con sus hijos.
- Lo que me gusta de Andrés es que es muy cariñoso y expresivo conmigo. Esa sobreprotección de la señora Alicia hacia Andrés puede ser perjudicial, ya que se ha formado un vínculo estrecho no sano, pudiendo obstaculizar su desarrollo pues no le permite crecer como un ser humano independiente, ya que el niño vive sólo para ella y por ella
- Un recuerdo grato que tengo de mi infancia es ver que mi mamá atendía gustosa a mi padre y él procuraba proporcionarnos lo indispensable, nosotros siempre lo esperábamos con ansias pues era poco el tiempo que estaba en casa por su trabajo, esto fue tan importante en mi vida que ahora yo hago lo mismo con mis hijos.
- Antes de nacer Andrés deseábamos tener un niño sano y hermoso, ahora sólo deseamos que Andrés se recupere pronto, pues nunca pensamos que nacería con ese problema, que hasta la fecha no sabemos a ciencia cierta que lo produjo, pues se queda como desmayado por un tiempo y esto nos enferma; desde entonces nos preocupamos por su atención, su desarrollo mental y educación, atendándolo en las instancias adecuadas. La creencia en Dios la mantiene serena y esperando que se produzca un milagro que sane al niño, pero, a su vez al depositar tal responsabilidad en ese ser supremo, hace poco para apoyar el desarrollo de su hijo y solo se lamenta esperando un milagro.
- Estoy conciente que por sus características especiales es diferente a otros niños, sus hermanos también están concientes de esto; me siento impotente al no poder ayudarle y a veces me siento responsable de su enfermedad pues yo le di la vida; el niño me produce una sensación de

cariño y amor, le proporciono lo indispensable, lo atiendo y lo consiento mucho; espero que un día él se valga por sí mismo y no dependa más, de otras personas ni del medicamento, creo que Dios va a hacer posible esto.

**3. Rubí León,
38 años**

Sobreprotejo a Moy ya que lo cuido demasiado, lo considero indefenso y temo que se lastime si lo dejo actuar solo; como ya se lastimó una vez y por lo cual se lesionó el cerebro, yo me siento responsable ya que él jugaba a aventarse en la cama con su papá y yo pude advertirles del peligro de caerse y no lo hice. Con mis otros dos hijos tengo una relación cercana pero no los cuido tanto, pues el segundo tiene una lesión en la columna pero no me necesita como Moy y lo pienso internar por que me causa muchos problemas, y la niña es muy sana e inteligente.

La experiencia más agradable de la infancia es haber tenido a la mejor de las madres y una abuelita que me enseñaron lo que ese sentirse amada, con las peores carencias económicas pero siempre muy rica en amor. La experiencia más desagradable es haber crecido sin papá, esto me provoca tristeza, mucha tristeza. Moy fue un niño deseado y planeado, antes de nacer él, deseábamos que fuera completamente sano, sus diferencias me preocupan pues tiene un retraso de maduración, por lo que avanza lento, pero sé que él sólo es un niño especial y un día sanará con mis cuidados y la ayuda de Dios, me preocupa su educación y su desarrollo, el niño provoca en mí una sensación de amor, de ternura, mi relación con él es estrecha, me produce incertidumbre y preocupación no saber lo que le deparará el destino, deseo que algún

Ese miedo de la señora Rubí a ser la responsable de la enfermedad del niño, hace que ella forme ese vínculo cada vez más estrecho con él, siendo no sano para su desarrollo, pues el niño sólo desea estar con ella, perdiendo así su individualidad, ya que nunca podrá hacer nada por sí solo si ella no le da la oportunidad de hacerlo, esta cercanía excesiva con su hijo es debido a la carencia de la imagen paterna en la infancia, lo cual provocó una conmoción en la señora Rubí, que ahora resurge con ese hijo especial, que siente que la necesita como ella necesitó del amor de su madre y abuela para reemplazar la pérdida paterna en la infancia. Ese deseo de que un día se recupere Moy mantiene a la señora Rubí esperanzada, deseando que su creencia en Dios realice el milagro; a la vez levanta un muro de negación hacia la lesión orgánica, y ante esa creencia, hace poco por apoyar las actividades que propicien el desarrollo del niño, dejando todo en manos de ese ser supremo omnipotente, ya que por un lado lo sobreprotege y por otro desatiende las actividades que le piden realice con el niño y que propician su desarrollo; ella desatiende al otro hijo que también presenta un problema por

día Moy se desarrolle como un niño sano y se valga por sí mismo sin depender de un medicamento y creo que Dios hará el milagro.

creerlo innecesario y por que así puede dedicarse sólo a cuidar Moy. Considero que muestra esa excesiva preocupación por el niño pequeño por que lo siente indefenso y no quiere que sufra, pero ignora que con eso sólo lo está afectando en su desarrollo.

- 4. Cervantes** **Eva** Existe una buena relación con mi hija Eli, la quiero mucho y, siempre trato de estar cerca de ella. Con mis otros hijos no tengo muy buenas relaciones ya que discutimos mucho y me cuesta trabajo ponerme de acuerdo con ellos. El problema mayor es la desunión que existe entre todos, lo cual me aterra.
- Me causa desasosiego el pensar que mis hijos mayores se avergüencen de Eli y la rechacen algún día por sus diferencias y se lleguen a desintegrar como familia, como pasó con la mía, no quisiera que experimentaran la soledad y el desamparo que yo he sentido desde que tengo 18 años, que fue cuando me quedé sola y empecé a sufrir carencias y el desprecio de la gente.
- Me preocupa su educación y su desarrollo, pero a veces no la puedo atender como quisiera, pues realizo algunos trabajos para sacarlos adelante, ya que no tengo pareja. La experiencia más agradable que he tenido de niña ha sido cuando vivía con mis padres y mis hermanos, yo era la sexta, lo más desagradable fue cuando faltaron mis padres por que mi familia se desintegró.
- Antes de casarme me imaginaba una relación estable con mi marido y mis
- La falta de figura paterna y materna en la adolescencia y como consecuencia de esto, la desintegración familiar, causó un impacto de tal magnitud en la vida de la señora Eva, que aún no ha podido superarlo, por esta razón teme que suceda lo mismo con sus hijos, y por eso desea mantenerlos unidos. Además sobreprotege a Eli, por que quiere evitar que por su condición sufra lo que ella sufrió, al tener que enfrentar carencias y humillaciones. Esta situación no le permite entender que con esa sobreprotección que da a la niña la puede perjudicar ya que le impide desarrollarse y crecer como ser humano, lo cual le hice saber.
- Esa carencia de la figura paterna y materna causó un impacto emocional de gran magnitud en la señora Eva, lo que inevitablemente dejó una cicatriz emocional, de falta, que trata de cubrir con una actitud ambivalente, que por un lado muestra un interés desmedido por atender a su hija, pero por otro muestra un descuido y falta de compromiso efectivo con la estimulación para el desarrollo de

hijos, deseamos tener hijos normales y su hija. El deseo de tener una sanos, la niña fue planeada y deseada. familia unida no le permite reflexionar en esto. Nuestras expectativas eran apoyarla en la medida de nuestras posibilidades, en lo que quisiera hacer.

Me di cuenta que mi hija era diferente porque salivaba mucho, usaba solo tres dedos de ambas manos, caminaba como si tuviera las piernas de gelatina, considero que ella ha avanzado mucho después de que no podía dar un paso sola, a causa de la lesión orgánica y deseo que llegue a valerse por sí misma, eso sería una satisfacción para mí, como lo es el hecho de verla viva.

5. Ana Márquez,
31 años

Proporciono cuidados excesivos a mis dos hijos pequeños pues son hiperactivos y nadie los entiende, ellos presentan lesión orgánica. Les ayudo en sus tareas y en todo lo que hacen, tengo miedo y preocupación por su educación y desarrollo mental, tengo el temor que hayan heredado a su tío muerto que era hiperactivo. Mi esposo que es muy agresivo y machista no acepta las diferencias en el niño, prefiere negarlas y decir que el niño es muy inquieto. Yo los quiero y los protejo.

La señora Ana sobreprotege a sus dos hijos para aliviar esas culpas que se adjudica, piensa que solo ella entiende que son hiperactivos, pues no se concentran en una actividad pues son muy inquietos, por esa razón nadie de su familia los quiere y ella en cambio les da su apoyo desmedido, acepta la enfermedad de sus hijos pero a veces se avergüenza de sus acciones por que aún no logra superar esa crisis.

Nosotros deseamos tener hijos, pensamos que serían unos niños sanos, cuando me di cuenta que eran diferentes los empecé a llevar a donde me recomendaban para su atención. Creo que también yo soy hiperactiva pues no paro en todo el día, todo con tal de atenderlos y de alejarme del ambiente hostil de la casa.

Las fantasías que tiene de que algunas de las características de su hermano (rebelde, difícil) podrían ser transmitidas a sus hijos así como la pérdida de ese hermano, podrían estar vinculadas otras pérdidas y percibo que ese es el temor de la madre, de que a sus hijos les suceda lo mismo que le sucedió a su hermano.

Quisiera que algún día mis hijos fueran normales, por que a veces he llegado a avergonzarme por sus acciones, pero sé que tal vez eso no suceda, pues estoy conciente de la lesión que presentan, y de lo cual me

Ella toma como una salida, la atención desmedida de la enfermedad de sus hijos, para así huir de su hogar donde se siente asfixiar, pues con la agresividad

siento responsable, sé que siempre de su esposo recuerda la
 estarán atados a un medicamento y eso agresividad vivida en su familia
 me causa incertidumbre. de origen, con un padre y un

La satisfacción más grande es verlos cual le provocó un fuerte
 vivos y más o menos sanos, otra es problema emocional.
 verlos reír alegres aunque sea
 haciendo travesuras.

El hecho de sacar todo eso que
 venía sintiendo y lo cual nunca
 había podido hablar con nadie,
 fue un alivio para la señora Sara,
 el sólo hecho de llorar y
 desahogarse en cada sesión la
 hacía sentirse más aliviada y
 liberada de esas culpas que se
 adjudicaba por lo que sucede a
 sus hijos y por la muerte de su
 hermano, yo lo que hacía en las
 tres sesiones que se presentó era
 escucharla interesada e incitarla a
 seguirse desahogando y en
 ocasiones la hacía reflexionar
 acerca de sus actos, y ella estaba
 ansiosa por hablar.

Creo que faltó disposición de su
 parte para escuchar las posibles
 causas del desasosiego que la
 tenía en tal estado, pues dejó de
 ir al centro repentinamente, pude
 percibir que ella aún no estaba
 preparada para querer saber la
 causa de su sufrimiento, solo
 deseaba aliviarse de ese dolor que
 la atormentaba.

ANÁLISIS GENERAL

He podido percatarme de que para algunos padres la religión es un refugio en donde obtienen resignación para aceptar el problema que presentan sus hijos, esto les ayuda a afrontar esa realidad; la oración y el contacto con Dios, es la forma para reforzar esa situación por demás estresante. Esta creencia tiene la fuerza para cambiar la dirección de los acontecimientos negativos en positivos, lo cual los lleva a construir ilusiones que los ayuden a vivir con dignidad y optimismo ante las diferencias que presentan sus hijos; sin embargo, los padres también depositan en Dios la cura de sus hijos, esperando que los sane y los vuelva normales y entonces se esfuerzan poco por estimular el desarrollo de sus hijos.

El hecho de que cada familia vea un significado particular en las diferencias que presentan sus hijos en su desarrollo, se debe a que existen una serie de factores de gran peso, como es: la religión, la cultura, las tradiciones, las experiencias personales de la familia, las características psicológicas de los padres, las expectativas durante el embarazo, la calidad de las relaciones en la estructura familiar lo cual va a ser de gran trascendencia para confrontar las Necesidades Especiales de sus hijos. En estos casos pude advertir que en algunas familias a partir del nacimiento de un hijo especial, surgió la desintegración, ya que el padre o la madre, al no poder superar esa crisis, decide hacerse a un lado. Al respecto, Vallejo expresa lo siguiente de forma certera:

“Aunque resulta imposible predecir el proceso exacto que viven los padres, se identifican algunas situaciones, que influyen de manera determinante en la forma en que asumen dicho acontecimiento, sin olvidar que la reacción varía de una familia a otra, de un padre a otro, de una madre a otra” (Vallejo, 2001).

Es evidente que entre las expectativas de estos padres estaba la de procrear un hijo sano, casi perfecto, en toda la extensión de la palabra; al enfrentarse con ese hijo especial sufre un impacto, llegando a rechazar inconscientemente tanto a ese hijo, como esa limitación. Ya que está muy distante de lo soñado, por lo que el impacto es grande. Esto lo exponen Abellera, Czernikowski, Kleiman y Matus (1989) cuando expresan que “los padres no sólo

esperan tener un hijo sano y normal, sino también sienten la necesidad de crear algo bueno, ya que al crear otro ser nos recreamos a nosotros al mismo tiempo”

Yo pude constatar esto en algunas familias de los niños del CDEC.

Al mismo tiempo Candel (1998) expresa: “Un hijo se articula en la dialéctica del deseo inconsciente de los padres. Los humanos fantaseamos sobre la realidad de nuestros hijos antes de empezar a concebirlos. Un hijo encaja en la dialéctica del deseo de cada padre, por lo cual podemos decir que esperan un hijo en particular”. Al no encontrarse con ese hijo deseado se produce en los padres un shock que los deja sin habla, como muertos en vida.

Observé que las familias que se encuentran unidas por el amor, ante este suceso inesperado, unen sus fuerzas y expectativas para afrontar tal acontecimiento; pero cuando no hay unión, surge la desintegración familiar. Como sucedió en algunos casos con las familias de esta comunidad, en las que existe desunión vinculada a las múltiples dificultades que enfrentan, como son: las de índole económico, de distanciamiento, de falta de comunicación, falta de habilidades de afrontamiento, dificultades en compartir la cotidianidad, en relaciones sexuales, etc., y en donde dichos conflictos se agudizan a partir del nacimiento del hijo especial. Considero que si las familias enfrentaran esta crisis como un reto para sacar adelante a ese niño especial, podría verse enriquecida su vida.

La actitud de descuido y poco compromiso mostrada por los padres en el proceso educativo de sus hijos, considero que tiene que ver con el hecho de que ellas prefieren ignorar la realidad acerca de la problemática que tienen ante sus ojos. Una actitud más de negación es, la no aceptación para recibir la atención psicológica que les ayude a superar esa crisis y así poder entender que esa respuesta negativa de su parte hacia la lesión orgánica afecta tanto física como psicológicamente a sus hijos.

De aceptarla ellas aprenderían, además, como deben tratar a ese hijo Especial y cuáles son los apoyos que deben proporcionarles para facilitarles las labores y con esto “su integración social y educativa”. Sin embargo prefieren seguir ignorando esto que es lo que les facilitaría

a sus hijos las herramientas necesarias para que se puedan valer por sí mismos algún día, lo que aliviaría a su vez, las tensiones que presentan las madres por esa duda eterna de quién cuidará a su hijo el día que ellas falten. Aunque yo intenté hacer conciencia en ellas acerca de este punto por demás importante, sugiriéndoles modificar la forma como tratan a los niños, mostrando otras actitudes más positivas, aceptando que el mal es irreversible y proporcionándoles a sus hijos los apoyos específicos que les ayuden a adquirir los conocimientos necesarios para sobrevivir con ó sin ellos, aún así noté que prefieren seguir engañándose a sí mismas, pensando que algún día sus hijos van a llegar a ser como cualquier otro niño. Esto da cuenta de que están en la etapa de la no aceptación y por más especialistas que les indican que la lesión es irreversible siguen buscando la cura.

Esta actitud genera en los padres frustración, pues están conscientes que en realidad esto no va a suceder, y al no poder afrontar de manera adecuada esa crisis, se hace presente el estrés y la ansiedad, y al irse acumulando esos pequeños acontecimientos se genera un desgaste emocional, que a la larga les produce fatiga y cansancio, como ya les sucede a muchas madres. Ese paso impredecible del tiempo las hace vivir en la incertidumbre de no saber lo que va a pasar. Esto lo describe muy acertadamente Doberman, de la siguiente manera “esta es una situación altamente angustiante, y en un intento por controlarla, se desencadenan mecanismos de defensa, (como el pensamiento mágico omnipotente y la negación entre otros), los cuales prevalecen inicialmente y a menudo durante un largo periodo de tiempo. (Doberman, 1998).

Esto se da por que al sentirse culpables, los padres intentan auto - castigarse por la falta cometida con sus hijos, y lo que optan por hacer es mostrar ese trato negligente o de abandono hacia la atención de sus hijos. Esa actitud de huída que les impide enfrentar una realidad que se torna castrante, negándole así a sus hijos los apoyos específicos que los ayuden a valerse por sí mismos, a hacerlos independientes, propiciando con esto, un vínculo dual no sano y cada vez más estrecho, con ese hijo con características especiales, estableciendo una relación de dependencia más allá de lo necesario, lo que tiende a anular al niño como sujeto, haciéndolo perder su singularidad y provocando con esto un mayor deterioro en su desarrollo al obstaculizar su crecimiento, atrapando a ese hijo en una relación

fantasmática, Maud Mannoni plantea que: ‘El niño está destinado a satisfacer los deseos de la madre, teniendo su existir significación para ella y no para él. Aún intentando responder a sus demandas, no será satisfactorio para ella, ya que hay en la madre un deseo oculto no formulado por lo tanto, toda pretensión de autonomía desde el niño, será para la madre la desaparición del soporte fantasmático del que tiene necesidad’ (en Candel, 1998).

Por eso, las madres prefieren ignorar que solo necesitan proporcionarle al niño los apoyos adecuados para que pueda realizar ciertas actividades cotidianas, con lo cual se corta el ciclo de impotencia- dependencia, con lo que ellas se verían liberadas de esa tensión que les produce el tener que dejar al niño solo o con los hermanos.

Durante mi trabajo pude observar que los padres llegan a negar en algún momento que sus hijos presentan una alteración, y la mayor de las veces, aunque tienen las evidencias de una lesión irreversible, prefieren pensar que sus hijos un día van a ser niños sanos, con las mismas capacidades que otros porque para ellos no son niños diferentes ‘solo son niños especiales’, porque si reconocieran esto, estarían reconociendo sus propias limitaciones, y esto es lo que más temor les da, ‘ver la imagen de sí mismos reflejada en ese hijo limitado’, pues salen a relucir las carencias que los padres tuvieron en la infancia, las insatisfacciones, los deseos reprimidos, las cicatrices emocionales que los marcaron, etc.; por esta razón, los padres se engañan creyendo ver avances y logros en sus hijos muchas veces cuando no existen, o bien sobre-exigiendo al niño más de lo que puede hacer, negando así las diferencias.

Con respecto a esto, Candel menciona lo siguiente: ‘‘Algunas de estas reacciones pueden estereotiparse y volverse rígidas, trayendo graves consecuencias, en cuanto impiden una adaptación activa a la realidad, obstaculizando de esta manera la elaboración del duelo’’ (Candel, 1998).

Pude advertir que los padres que no logran adaptarse a esa realidad que representa el hijo con Necesidades Educativas Especiales, propician serias consecuencias, como: la sobreprotección desmedida, excesivo apego, sobre-exigencias al menor, pobre o nula

participación en el proceso educativo y de rehabilitación del niño, entre otras cosas, como lo menciona Vallejo (2001). Lo cual pude constatar con los padres, que muestran sentimientos contradictorios.

Observé en varios casos, que estos padres provienen de familias disfuncionales, que carecieron o se vieron privados en la infancia o adolescencia de la figura paterna o materna, o de ambas, lo cual podría ser la causa de ese extraño comportamiento, o bien estuvieron expuestos a una gran agresión por parte de esas figuras familiares tan importantes en sus vidas, lo que inevitablemente los marcó con una cicatriz emocional, de falta, que ahora tratan de cubrir con una actitud ambivalente, por un lado muestran un interés desmedido por atender a su hijo, pero por otra, muestran un descuido y falta de compromiso efectivo con la estimulación del desarrollo de sus hijos.

Me pude percatar además de las diversas problemáticas que existen en las familias de origen, como son: desintegración familiar, violencia intrafamiliar, maltrato, delincuencia, drogadicción y de como esto se vincula con la familia actual, en donde inconscientemente se reproducen los patrones anteriores, momento en el que depositan la angustia de que sus hijos no vivan como ellos, aunque ya están dentro del círculo patológico y cómo esta misma angustia los lleva a cometer errores en la educación y desarrollo de sus hijos, al ignorar la forma correcta de cambiar estos patrones de conducta tan arraigados; pude advertir que aunque los padres se lamentan de sentirse mal por no saber la forma adecuada de actuar con sus hijos, no buscan ni aceptan ayuda profesional para superar tal situación de conflicto, y prefieren seguir ignorándolo, aunque la angustia siga en aumento y se vea reflejada en los síntomas de cansancio y estrés que los padres presentan, como son: fuertes dolores de cabeza, dolores estomacales, dolores musculares, ansiedad, depresión, etc.

Pude detectar que las madres se sienten mal por mostrar en ocasiones vergüenza hacia ese hijo especial, hacia sus limitaciones o hacia su comportamiento, pero enseguida desechan ese sentimiento y se entregan con más énfasis al cuidado del niño, como queriendo borrar esa reacción momentánea con esto, Doberman, justifica tal sentimiento así:

“Con frecuencia los padres se sienten mal por la diversidad, intensidad y contradictoriedad de los sentimientos que tienen respecto a ese hijo especial y a la situación que viven, una ayuda eficaz puede ser el saber que estos sentimientos son normales, que otros padres los han tenido y que no es vergonzoso o malo tener estas reacciones, ni se es una mala persona por tenerlos” (Doberman, 1998).

Considero que al hacerles saber esto es reconfortable para ellos como padres, por lo que es de esencial importancia que tanto los niños como los padres tengan una atención conjunta, pero es necesario también que ellos estén dispuestos a escuchar y a hablar, pero para eso, hay que hacer un trabajo profundo y continuo y los padres con los que estuve trabajando, aun no están dispuestos a hacerlo.

Una vez iniciado ese proceso, que es largo por cierto, se tendrá que afrontar y resignificar muchas cosas. Para poder lograrlo, es necesario que por un lado la madre y por otro el niño, encuentren el camino para el desarrollo de su yo independiente de los fantasmas del pasado y del presente, ya que al llegar a las raíces del conflicto se llega a las bases y se intenta una reparación de la estructuración de la psique y de la personalidad.

ANÁLISIS ENTRE LA FORMACIÓN RECIBIDA Y LAS ACTIVIDADES REALIZADAS COMO PSICÓLOGO EN EL ÁREA DE EDUCACIÓN ESPECIAL

Considero que los múltiples contenidos que integran los planes y programas de la carrera de Psicología han sido seleccionados de manera minuciosa, con el fin de proporcionar al psicólogo la adquisición de conocimientos y habilidades que le sean necesarios, para que los conozca y los comprenda, y con esto, se de un cambio en su personalidad, cambiando así, su visión del mundo y de los eventos psicológicos.

Sin embargo, en muchos casos no se logra conducir a un aprendizaje significativo de los mismos por diversos motivos, como son la falta de tiempo y recursos, ya que por ejemplo, casi nunca se terminan los programas, los laboratorios no cuentan con el material necesario y a veces ni con los maestros capacitados, los escenarios de práctica no son los más adecuados, en la mayoría de las escuelas casi no existen recursos para la investigación, etc., por lo tanto, al no haber un aprendizaje significativo van a surgir problemas al tener que aplicar los conocimientos adquiridos, como me sucedió durante la práctica, en la que a veces me sentí incapaz de solucionar algunos problemas que se presentaron, por no saber como aplicar las técnicas en determinada situación no saber o cuál técnica aplicar, dado que no las comprendo todavía en su totalidad, y por lo tanto tuve que recurrir a la teoría.

Creo que el hecho de que en esta facultad, donde llevé a cabo mi formación profesional, se integre el servicio social dentro de los últimos cuatro semestres de la licenciatura en psicología, es de suma importancia, ya que al término de la carrera, cuando el psicólogo se tiene que enfrentar a las diversas problemáticas durante la práctica profesional, ya ha tenido un entrenamiento y cuenta con la experiencia y capacidad requeridas para dar solución a dichas problemáticas, pero creo que aún con esto, existen limitaciones en el ejercicio profesional del psicólogo, por lo que surge la necesidad imperante de continuar preparándose a través de cursos de actualización, talleres, investigaciones, seminarios, asistiendo a congresos, etc., que le faciliten el enfrentar situaciones, demandas y desafíos específicos.

Considero que la experiencia que estoy adquiriendo durante el ejercicio de la profesión es tan ó más enriquecedora que los estudios realizados en la licenciatura.

Pienso que debería de haber una mayor concordancia entre las prácticas de laboratorio que se llevan a cabo y los contenidos teóricos de las materias, que a veces pareciera que no tienen relación alguna, ya que los maestros enseñan cosas muy diferentes al no seguir los programas.

Algo importante que aprendí en la práctica y que eso no me lo enseñaron en la teoría, es que se debe ser paciente y perseverante para no desesperarse creyendo que un caso no tiene solución y terminar abandonándolo.

PROPUESTA DE CONTENIDOS PARA COMPLETAR LA FORMACIÓN
PROFESIONAL RECIBIDA Y PARA MEJORAR LOS RESULTADOS PRODUCTO DE
LAS ACTIVIDADES REALIZADAS

Durante la práctica desempeñé las funciones profesionales de detección, evaluación, planeación, e intervención, en el campo de la salud y de la educación, poniendo en práctica los conocimientos adquiridos en los laboratorios y en los contenidos teóricos revisados en las diversas materias, como son: realizar observaciones directas, registros, recolección e interpretación de datos, análisis cualitativo y cuantitativo de los datos, técnicas de modificación de conducta, diseño de estrategias de intervención, redacción, etc., los cuales fueron valiosos para la realización del trabajo desempeñado y del escrito final.

Esto no se me dificultó, ya que ahí mismo realicé mi Servicio Social, por lo que conocía la forma de trabajar con los niños, solo al momento de realizar la planeación y ejecución de la estrategia de intervención con las madres si se me complicó hacerlo y hasta cierto punto me sentí un poco desorientada, por lo que tuve que acudir a la literatura, pero en ese momento percibí la necesidad de una mayor información; ahora entiendo que la pude haber obtenido por medio de cursos, talleres, diplomados, así como con la participación en seminarios, congresos, foros, etc., lo cual hubiera propiciado la superación de ese déficit, ayudándome en la planeación y ejecución de la intervención adecuada, sin embargo, por algún motivo no lo hice, pero nunca es tarde y ahora que empiezo un nuevo ciclo de mi vida al iniciar mi trabajo ya como psicólogo, lo pienso hacer, considerando el poder proyectar un buen desempeño profesional.

Pienso que estas acciones servirían para completar la formación profesional recibida y para mejorar los resultados obtenidos en la práctica.

CONCLUSIONES

Aunque sólo pude trabajar de forma individual con cinco personas y de forma grupal con ocho como máximo, pude advertir que existen problemas en común en las diferentes familias de esa comunidad, como es el de tipo económico, motivo por el cual se generan discusiones en los matrimonios, siendo los niños los más afectados. Teniendo que salir las madres a trabajar para ayudar en la economía, lo que las obliga a dejar solos a los hijos o a cargo de otras personas.

Un problema más es el del uso de drogas y el alcohol por parte de los padres y demás familiares de los niños, vinculados con maltrato en la infancia y con la carencia de habilidades para afrontar las situaciones estresantes que les genera el ser padres de niños especiales.

Encontré también que se da el problema de la infidelidad, en la mayoría de los casos en los hombres, aunque en menor grado también se da en las mujeres, y por ende se genera violencia conyugal; por la falta de comunicación y de un buen entendimiento en la pareja; al no saber expresar los sentimientos y deseos sexuales la mujer vive eternamente insatisfecha y casi siempre el único que obtiene placer es el hombre, pero ninguno da la pauta para que esto mejore, a veces por orgullo y otras veces por ignorancia, ya que no saben como hacerlo, y por ende se da la infidelidad.

Pero el problema más notorio y de mayor relevancia, es el que los padres se resisten a reconocer que su(s) hijo(s) presentan características particulares en su desarrollo, producto de una lesión orgánica, ya que es una situación abrumadora y estresante que los enferma y les produce una gran angustia, depresión, y culpa. Al no poder afrontar la crisis de la muerte del niño ideal, sano o normal, en una gran cantidad de casos, el padre abandona a la madre a su suerte, dejándole el enorme peso de ese hijo especial, y la responsabilidad de sacarlo adelante.

Así, las madres viven albergando la esperanza de que algún día por un mandato divino, su hijo pueda llegar a sanar como cualquier otro niño y mientras tanto sigue estrechando ese vínculo no sano con el hijo especial, algunas veces hasta sacrificando la atención que deberían dedicarle a los otros hijos, pensando que no las necesitan, atrapando al hijo con necesidades especiales en una relación fantasmática.

Un aspecto por demás importante, es el económico que es generalizado en las familias de los niños que acuden al CDEC, ya que cuentan con escasos recursos monetarios que apenas alcanzan para vestirse con ropa usada y para mal comer; motivo por el cual los niños muestran grandes signos de desnutrición, muestran una educación deficiente, y viven en algunos casos en situaciones deprimentes, lo cual pude constatar personalmente, ya que en muchas familias se da el hacinamiento, a veces no les alcanza para comprar calzado nuevo y lo compran de segunda, los adolescentes desean vestirse con ropa nueva, lo cual no es posible por lo que desde muy chicos trabajan para ayudar en la economía, los niños dentro de la clase piden a los asesores de comer pues tienen hambre, y muchas cosas más.

Mediante las actividades que estuve realizando, pude darme cuenta de que las madres de niños que presentan un desarrollo particular, necesitan llevar a cabo actividades que les permitan desarrollar su creatividad e imaginación, que favorezcan el desarrollo de habilidades de comunicación al interaccionar con las demás madres, y que a su vez, les faciliten la expresión de los sentimientos y deseos reprimidos, compartiendo mutuamente las experiencias vividas y solidarizándose con otros padres que se encuentran en situaciones similares; encontrando a veces, respuesta a muchas dudas que tienen; estas actividades, además, les proporcionan la tranquilidad y sosiego necesarios para seguir apoyando a sus hijos.

Las madres que solicitaron apoyo y que participaron en las diversas actividades, expresaron sentirse mejor que cuando no tenían la oportunidad de sacar esos sentimientos y emociones encontradas, ya que el hacer una reconstrucción de su vida mediante las historias de vida, las entrevistas y las pláticas durante la actividad manual, les permitió a cada una identificar y resignificar esas carencias y deseos frustrados tenidos en el pasado, siendo esta la causa por

la que un hijo con Necesidades Especiales enfrenta a los padres con sus propias limitaciones y frustraciones, las madres dijeron encontrarse mejor preparadas para enfrentar el reto de sacar adelante a sus hijos.

Por los resultados expuestos, puedo concluir que el objetivo de mi trabajo, que era acercarme a conocer el por qué de la falta de compromiso de los padres, en la estimulación para el desarrollo de sus hijos, lo pude lograr en varios casos, creo que en algunos de ellos era que **a los padres no les interesaba saber por qué sufren y solo deseaban aliviarse y otro que mostraban mayores resistencias para hablar.**

Una de las aportaciones que me deja este trabajo es que aprendí que el psicólogo no solo va a dedicarse a atender a una población específica, sino que va a atender tanto a niños como a adolescentes y adultos con diversas etiologías, niveles sociales, culturas y edades, y que cada uno muestra un desarrollo diferente y por lo tanto así debe ser el tratamiento que se le de, para lo cual, el psicólogo se debe seguir preparando para responder a la demanda de atención de la mejor manera posible.

Además, algo importante que aprendí es que se debe ser paciente y perseverante para no desesperarse creyendo que un caso no tiene solución y abandonarlo.

BIBLIOGRAFÍA

- Corredera, S. (1973). **Defectos de la dicción infantil**. Buenos Aires, Kapeluz, Pp. 125-127.
- Defior, S. (1985). *Las Dificultades del Aprendizaje. Un enfoque Cognitivo*. Granada, Aljibe, Pp. 66-68.
- Di Gesu, Martha y otras (1994). "**Abordaje familiar con discapacitados**". Trabajo presentado en el primer congreso provincial de psicología. Mar de la Plata.
- Familia** (parte 1). (2001). En red, disponible en: RevistaWeb. Malito:heredero@netverk.com.ar, <http://habitantes.el sitio.com/revis6/familia.html>
- Gaspari, R. (1986). "Función paterna, familia y cultura". Revista de psicología y psicoterapia de grupo. N° 1. Bs. As.
- Insua, M. **La psicoterapia en los primeros años de vida: El Niño y sus padres, hoy**. En red, disponible en: malito:insua@way.com.ar
- Lou y López (1999). Bases Psicopedagógicas de la Educación Especial. Madrid, Pirámide, Pp. 178, 179, 181-183.
- Merea, Picollo, Zimerman. (1987). Ponencia de la APA, la Trama Familiar y su Revelado. (Primer Congreso de Psicoanálisis de Familia y Pareja, tomo I). En Red, disponible en: Malito:webmaster@psinet.com.ar.
- Santacreu, J. (1984). **El condicionamiento ante determinadas palabras en la tartamudez**. Revista de psicología mexicana, vol. 39, 1116-1118
- SEP. DEE. Cuadernos de Integración Educativa No. 2 Artículo 41 **comentado de la Ley General de Educación**. México, 1994.
- SEP, SNTE, Documento Base. Conferencia Nacional "**Atención educativa a menores con Necesidades Educativas Especiales**". Equidad para la diversidad. México, 1997, 13-16.

REFERENCIAS

1. Guajardo, E. (1998). **Reorientación de la educación especial en México**. México, D. F. En red, disponible en: <http://proyecto-CAS.iespana.es/>
2. Álvarez, J. (1996-2001). **Integración**. En red, disponible en: www.manolo.net
3. Guajardo, E. (1996). **Hacia una educación básica en México para la diversidad, a finales del siglo XX y principios del XXI**. The University of Arizona, US/México Symposium on Disabilities (conferencia). Tucson, Arizona. México.
4. Marchesi, A.; Coll, C.; Palacios, J. (1990). **Desarrollo psicológico y educación**. Madrid: Alianza, III, P. 337-349.
5. Bautista, R. (1993). **Necesidades Educativas Especiales**. Málaga: Algibe, Segunda Edición.
6. Schmelkes, S. (1992). **Hacia una mejor calidad en nuestras escuelas**. Colección Biblioteca para la Actualización del Maestro. SEP. México, 31-40.
7. SEP, SNTE, “**Atención educativa a menores con necesidades educativas especiales**”. Documento: Equidad para la Diversidad. México, 1997, 13-16.
8. Vallejo, J. **Duelo de los padres ante el nacimiento de un niño con discapacidad**. Docente Corporación Universitaria Rémington, Junio, 2001. En red, disponible en: medicina.udea.edu.co/iatreia/Vol14/20No2/20-/20Jun/2001/niños/20discapitados.doc.
9. Luque, D y Romero, J. (2002): **Trastornos del desarrollo y adaptación curricular**. Málaga, Aljibe.
10. Candel, I. **Bases de la integración: familiar, escolar y social**. En: revista Síndrome de Down. dirección provincial del ministerio de educación y cultura en Murcia (España). Nro. 15: 131-134, 1988.
11. Abellera, H.; Czernikowski, E.; Kleiman, S.; Matus, S.; **La organización dualista en la clínica familiar**, Revista A.A.P.P.G. Nro. 3/4, 1989.
12. Doberman, F. (1998). **Enfrentando el reto: Estrategias para manejar el impacto del niño discapacitado sobre sus padres**. EE.UU. Traducción: Ángela Couret. En Red, disponible en: <http://www.pasoapaso.com.ve/categorias.htm>
13. Sánchez, Cantón y Sevilla, (1997). **Compendio de Educación Especial**. México. Manual Moderno. Pp.67-79.
14. Pichon y Borel (1979). **La tartamudez, naturaleza y tratamiento**. Barcelona. Masson, Pp. 94-99.

15. Dinville, C. (1982). **La tartamudez, sintomatología y tratamiento**. Barcelona. Masson, Pp.65-66.
16. Ila, I. (2001). **Neurología y neurólogos: Algunas reflexiones particulares**. En red, disponible en: www.ucr.ac.cr/noticias/fisioterapia.htm
17. Bautista, R. (1993). **Necesidades Educativas Especiales**. Málaga: Algibe, Segunda Edición.

ANEXOS

ANEXO # 1

Exposición del trabajo realizado con Carlos

1ª Sesión

En esta primera sesión enseñé a la señora Erika a realizar la terapia de lenguaje, que consta de Masaje facial, masaje de la cavidad oro-facial, Movilidad articular, Ejercicios de soplo; le expliqué que cuando lo hiciera debía repetir con el niño los fonemas, en las que el niño presentó problemas, así como sílabas y frases cortas y sencillas, emitidas lenta y rítmicamente; después Carlos recortó figuras geométricas de papel y las pegó e iluminó en su cuaderno, identificando los colores, rojo, azul, verde, rosa y naranja. Trabajó la motricidad fina, recortando líneas de varios grosores ilustradas en papel; después le pedí que representara la figura humana, lo cual le cuesta trabajo hacerlo, terminando esto lo bajé al salón de preescolar a convivir con los niños pero rehusó hacerlo y mejor nos volvimos a subir al salón a recoger su mochila y nos retiramos.

2ª Sesión

Este día Carlos estuvo clasificando colores, tamaños, texturas, y formas, con diversos objetos que le presenté, también estuvimos repitiendo frases cortas y sencillas, lenta y rítmicamente para facilitar las emisiones verbales. Le pedí que me repitiera un cuento que yo le narraba antes, para ver su capacidad para reproducir una historia, el niño es muy hábil y todo esto lo realizó muy bien y con entusiasmo, aunque a veces se salta algunos episodios. Repasó también figuras delineadas con puntos para trabajar la motricidad fina y recortó figuras con tijeras.

Además la señora realizó la terapia de lenguaje, lo cual ella hizo con agrado y se comprometió a hacerla en casa cada vez que el niño no asista al Centro, esto lo cumplió al pie de la letra, pues cada vez que habían vacaciones al regreso de estas el niño me informaba que su mamá había realizado la terapia de lenguaje con él.

3ª Sesión

En esta sesión se trabajó con la discriminación izquierda – derecha, el niño debía identificar la ubicación de diversos objetos dentro del salón, así como los que se encontraban arriba, abajo, adelante y atrás; armó una pirámide con unos pocos cubos que habían en el salón y un rompecabezas; realizó las letras “r”, “s”, “t”, “m” y “l” con confeti, el niño trabajó bien solo que él ponía las reglas, pues cuando se cansó dijo que ya se tenía que ir y que yo le ayudara a poner el confeti y él ponía el resistol para acabar rápido, esto me indicó que el niño sabe dominar las situaciones y tiene seguridad en sí mismo.

Realizó las sílabas “sa”, “se”, “si”, “so”, “su”, con plastilina, y las repitió varias veces; dibujó una casa y la iluminó. Para terminar cantamos una canción infantil.

4ª Sesión

El niño pintó con pintura de dedo los diversos medios de comunicación como el teléfono, el micrófono, el radio, la televisión, etc. Después clasificó animales que vuelan y los iluminó e identificó; repasó la lista de sílabas y enunciados, lo cual hace cada vez mejor; el niño relató lo que hizo el día anterior desde que se levantó.

Realizó una bandera con papel crepé, y rellenó con trabajo de boleado el dibujo de una escuela.

También en esta sesión aproveché para seguir enseñándole a la madre a realizar la terapia de lenguaje, puso mucho interés desde el principio y nunca dejó de asistir al CDEC con su hijo y su esposo, siempre con el material necesario para la terapia.

La mamá de Carlos se encontraba muy interesada en que yo lo siga tratando pues reporta que ha notado muchos avances en él, y por eso desea que el niño siga teniendo atención individualizada. La señora dice estar feliz al ver lo contento que el niño va al Centro donde yo lo atiendo ya que hasta madruga para salir rápido a sus clases.

5ª Sesión

El 2 de Junio Carlos realizó un trabajo de correspondencia, le di una copia del libro de ejercicios, que tenía de un lado figuras de animales y del otro lado plantas y flores con las cuales debía relacionarlas, le di instrucciones de cómo tenía que hacerlo y empezó a trabajar contento, este ejercicio lo realizó muy bien y no le costó trabajo. Realizó otro ejercicio pero ahora de unir puntos, siguiendo un camino, esto no lo realizó muy bien ya que le cuesta trabajo seguir las líneas punteadas lo cual demuestra que anda mal en la motricidad fina, por lo que estuvimos trabajando mucho en esto.

Después la señora Erika realizó el masaje oro-facial a su hijo y yo le iba indicando como hacerlo, le dije que lo debe hacer en su casa cuando el niño no asista al Centro ya que es de suma importancia, así como también debe pedirle al estarlo haciendo que le platique acontecimientos pasados, que le pregunte para que sirven algunos instrumentos, como el teléfono, el micrófono, una grabadora, etc., la madre mostró interés en esto y se comprometió a hacerlo. También le pedí que al hacer el masaje le haga repetir la serie de palabras, sílabas y enunciados que mencioné antes. Le pedí además que al repasar los fonemas, frases, lecturas, grupos silábicos, el niño se vea en un espejo, con lo cual se logrará que los espasmos se hagan en forma consciente para que pueda llegar a controlarlos voluntariamente poco a poco, hasta llegar a la automatización de la articulación normal de los mismos. Después armó un rompecabezas y repasamos los días de la semana.

6ª Sesión

El Martes 9 de Julio trabajé con Carlitos realizando primero la terapia de lenguaje en la cual estimulé al niño para que me relatara de forma estructurada lo que había hecho el Sábado y el Domingo y él comentó que había ido a Chapultepec con sus papás y que vio muchos animales como jirafas, cebras, aves, elefantes, changos, etc.; narró todo esto con entusiasmo pero con dificultad ya que parece que se cansa pues se nota que hace esfuerzo al hablar, provocando esto el tartamudeo, después en los ejercicios de soplo estuvimos soplando globos, una corneta, repasamos también las vocales y las repetía varias veces conmigo y solo, realizó las letras "r" y "s" con confeti, el niño trabajó bien solo que él ponía las reglas pues cuando se cansó dijo que ya se tenía que ir y que yo le ayudara a poner el confeti y él

ponía el resistol para acabar rápido, lo cual muestra que el niño sabe tomar decisiones por sí solo. Este tipo de actividad como es la conversación dirigida, proporciona al infante muchas oportunidades para expresarse y exige tanto simples repeticiones de palabras como respuesta creativas o expresivas. Para terminar realizó un cuadrado y un triángulo en su cuaderno y los rellenó con confeti también. Se repasó la discriminación izquierda derecha.

El niño siempre trabajó muy bien pero cuando se cansaba ya no había poder humano que lo hiciera seguir trabajando, él recordaba todo lo visto con anterioridad, lo cual denota el cuidado e interés que sus padres le ponen pues repasaba en su casa lo que veía en clase, así como también resalta la capacidad de retención del niño.

7ª Sesión

El 16 de Julio Carlos trabajó con la letra “m” la cual iluminó con color amarillo y repetimos palabras con esta letra, lo cual no fue difícil para el niño ya que emite bien el sonido, después repitió enunciados, lo cual debía hacer lenta y rítmicamente y esto si le cuesta trabajo ya que solo dice algunas palabras y se salta otras como por ejemplo. “Mamá me compra dulces en el mercado de dulces” y dice; “mamá compra dulces en mercado”, y también “Mimí ama mucho a su mamá” en general, al repetirlo omite las conjunciones, en la terapia de lenguaje le mostré al niño como debía aspirar profundamente el aire varias veces, esto para que le ayude a mejorar la calidad de la voz y a prolongar la respiración durante la emisión de las frases, también realizamos los ejercicios de soplo que ayudan a la articulación de los sonidos explosivos como “p”, “f”, “s”, “t”, “ch”, esto también puede ayudar a aliviar las tensiones emocionales.

También realizó un rectángulo, un cuadrado y un triángulo y los rellenó con diamantina después los identificó así como los colores que utilizó, esto lo hizo bien pues ya casi se aprende los colores básicos, por eso se debe repasar diariamente la discriminación de colores y de figuras para que queden bien definidos.

8ª Sesión

El 22 de Octubre Carlitos, regresó al centro a seguir tomando sus clases pues desde el término del semestre pasado no lo habían llevado, su mamá me pidió que lo siguiera atendiendo individualmente pues dice que desde que dejó de venir ha tenido un retroceso pues cada vez tartamudea más, le dije que si la directora lo autorizaba yo estaba dispuesta a hacerlo entonces nos dispusimos a repasar todo lo que habíamos visto el semestre pasado, me pude dar cuenta que se había atrasado también en lo referente al aprendizaje escolar no solo en el lenguaje, a pesar de que sus padres le ponen la debida atención, pues así me consta; finalmente, el niño repasó todas las palabras, sílabas y frases de la lista para reanudar la atención del lenguaje, Carlos trabajó con mucho entusiasmo y cuando se cansó ya casi para terminar, dijo que ya habíamos acabado, y se dispuso a salir. Al final de la clase le pedí a sus padres que me ayudaran para que el niño se pusiera al corriente y ellos se comprometieron a hacerlo.

9ª Sesión

El 29 de Octubre Carlitos repasó las sílabas que se le dificultan como; “ra”, “re”, “ri”, “ro”, “ru”, “sa”, “se”, “si”, “so”, “su”, “ta”, “te”, “ti”, “to”, “tu”, etc, lo hacía que las repitiera varias veces hasta que mejora la pronunciación, primero debe aprender los sonidos y después pronunciar la sílaba, realizó también trabajo de boleado, esto lo hizo muy bien ya que es muy cuidadoso y a pesar de que en el lugar que trabajamos hay muchas interrupciones y ruido él se concentra en trabajar, y mientras lo hace yo le pido que me relate lo que realizó los días que no fue al centro y lo hace sin dejar de trabajar, también le pregunto que es lo que ha aprendido en la escuela y dice que algunas letras y a dibujar, debo agregar que ahora también le voy a dar clases los lunes ya que ese día las mamás tienen junta con la directora y no tengo con quien trabajar, esto se lo comenté a su mamá y se comprometió a llevarlo gustosa. Realizamos la terapia de lenguaje y el niño colabora con esto pues le gusta y al realizar las actividades lo hacemos en forma de juego, también le proporciono un espejo para que se vea y se pueda quitar todo el chocolate de los labios y cuando no se lo doy él me lo pide, esto además le sirve para realizar una mayor cantidad de movimientos con la lengua al tratar de quitarse el chocolate, al hacerlo realiza una serie de gestos lo cual puede ayudar en la articulación de los fonemas, sílabas y palabras que se le

dificultan, ya que esto requiere de una destreza de los órganos bucales que intervienen en la producción del habla.

También lo hago repetir frases, lecturas, versos, canciones, frente al espejo, alargando ligeramente las vocales y esbozando con los labios la articulación de las sílabas difíciles, sin hacerle que repita cuando comete errores. Esta manera extremadamente lenta y extendida de iniciar y prolongar todos los sonidos podrá propiciar la continuidad de sonido y flujo de aire sin ningún quebranto en su voceo y sin repeticiones.

10ª Sesión

El 4 de Noviembre no asistió Carlitos al Centro, su mamá me llamó por teléfono para avisarme que no iba a poder llevar al niño al Centro el Lunes ya que le tocaba trabajar y no había nadie quien lo llevara, que nos veríamos hasta el Martes, le di las gracias por avisarme y nos despedimos. He notado que cuando los papás del niño no lo pueden llevar a su clase se sienten mal, ya que lamentan no poder hacerlo pues ambos trabajan y se les dificulta traerlo, pero esto Carlos no lo entiende y les pide que lo lleven con su maestra Celia.

11ª Sesión

El Martes 5 de Noviembre Carlitos no fue al centro y su mamá me avisó para que no fuera, ya que sabe que solo voy ese día a atender a su hijo.

El Martes 12 de Noviembre realicé la terapia de lenguaje al niño, pero no la hicimos completa ya que no llevaba todo el material, por esta razón le mandé un recado a su mamá para que la próxima clase me mandara completo el material recordándole la importancia de realizar la terapia de lenguaje completa diariamente, después rellenó con confeti las sílabas "ra", "re", "ri", "ro", "ru", y las repasó varias veces, también le leí algunas lecturas varias veces y lo hice repetirlas, me pude dar cuenta de que no le cuesta trabajo repetir las sílabas solas pero los enunciados completos los corta, omitiendo los artículos, pronombres y algunos fonemas, y al hablar como que el aire no le alcanza para pronunciar el enunciado completo y empieza a tartamudear, por lo que he puesto más empeño.

Al realizar la terapia de lenguaje, en los ejercicios de soplo, que pueden ayudar a la articulación de los sonidos explosivos como ‘p’, ‘f’, ‘s’, ‘ch’, ‘t’, etc., estos ejercicios respiratorios ayudarán también a la relajación, con lo que se pueden aliviar las tensiones emocionales y las inhibiciones, siendo esto de gran utilidad en el problema de tartamudez. Además realizamos las sílabas ‘ma’, ‘me’, ‘mi’, ‘mo’, ‘mu’, rellenándolas con plastilina, todo esto lo hizo bien el niño y cuando acabó dijo que ya se quería ir pues se notaba cansado y nos retiramos enseguida.

12ª Sesión

El 26 de Noviembre en la terapia de lenguaje repasamos los fonemas ‘s’, ‘t’, ‘r’, al principio y en medio de palabra, primero trato de que emita el sonido diciéndole en donde ponga la lengua para poder hacerlo, el fonema ‘r’ al principio de palabra ya casi lo pronuncia bien pero en medio y al final de palabra todavía le falla, la sustituye o la omite, al igual que la ‘t’, también le cuento una historia y le pido me diga quienes son los actores de esa historia, que hacen, que dicen, todo esto es para que el niño relate de manera estructurada sus recuerdos lo cual le facilitará la oportunidad para expresarse correctamente, lo que exige tanto simples repeticiones de palabras como respuestas creativas, recomendé a la señora que esto lo haga en su casa también para así poder ver un mayor avance en el niño, ella se comprometió a hacerlo pues le interesa que su hijo mejore.

También rellenó con diamantina un dibujo navideño y lo hizo bien, solo le molesta llenarse los dedos de resistol y quiere irse a lavar enseguida pero le digo que hasta que terminemos lo vamos a hacer y sigue trabajando.

13ª Sesión

El Lunes 2 de Diciembre Carlos rellenó un dibujo de un Santaclos con diamantina de colores rojo, blanco y negro, esto al principio le gustó hacerlo pero después se aburrió y le ayudé para terminarlo pronto y hacer otra cosa, he notado que cuando lo reto para ver quien gana él se motiva y trabaja más contento esto mismo sucede cuando realizamos la terapia de lenguaje ya que al estar soplando se cansa y no quiere seguir haciéndolo, yo lo reto para ver quien lo hace con más fuerza y entonces lo realiza con más bríos y entusiasmo y él me dice

cuando me toca a mí, también cuando su mamá le realiza en su casa la terapia él le dice que lo hagan los dos a ver quien lo hace mejor, como lo hace conmigo en el Centro.

También hicimos las sílabas ‘la’, ‘le’, ‘li’, ‘lo’, ‘lu’, y las rellenó con sopa, al momento que las repetía, esto lo hizo bien pero antes de terminar ya me estaba diciendo si ya era hora de irse a su casa, le dije que recogiera sus cosas y después nos iríamos, así lo hizo y terminamos la clase.

14ª Sesión

El Martes 3 de Diciembre Carlitos rellenó una piñata y una estrella con diamantina de colores ‘rojo’, ‘azul’, ‘amarillo’, ‘rosa’, todavía se le olvidan algunos colores por lo que seguimos repasándolos, realizamos las sílabas ‘pla’, ‘pra’, ‘cla’, estas le cuesta trabajo pronunciarlas por lo que se van a estar repasando continuamente, le hice repetir un cuento que yo le platiqué primero y al hacerlo se saltaba los episodios, por lo que lo tuvo que hacer una segunda vez después de mí haciéndolo mejor, solo que omite los artículos a veces o los pronombres, también le enseñé un libro en donde habían diversos dibujos de animales o cosas y él me fue diciendo que eran y fueron pocos en los que se equivocó, en algunos le preguntaba para que servían o qué hacían y me contestaba bien, después de esto di por terminada la clase y nos fuimos.

Las últimas semanas del semestre, a fines de Enero, estuve trabajando de forma muy irregular ya que hubo poca asistencia tanto de asesores como de madres y alumnos, por lo que solo trabajé con Carlos un Martes más y no regresó a clases y cuando le hablé a su madre después de un tiempo al ver que él no regresaba al Centro ni aún después de iniciar el próximo semestre, ella me dijo muy apenada que el niño ya no iba a poder asistir a clases ya que le habían informado en el DIF que ya había un espacio para atender a su hijo, ya que antes de traerlo al Centro ella solicitó atención en el DIF solo que le dijeron que cuando hubiera un espacio libre le llamarían para informarle, y ella y su esposo decidieron que lo llevaría al DIF ya que por cuestiones de distancia era lo mejor y así ya no iba a faltar tanto el niño, por lo que la señora me dio las gracias por atender a su hijo, y dijo estar satisfecha con la atención individualizada que le brindé al niño y por el avance que tuvo.

ANEXO # 2

Lista de palabras a trabajar

Rojo, Plato, pluma, prado, prisa, traje, trino, clavo, cloro, crayón, cruz, flecha, flaco, fresa, frío, blusa, bloque, brazo, brocha, dragón, drenar, globo, glucosa, grapa, greca, copla, soplete, capricho, sorpresa, potro, catre, tecla, soplo, potro, catre, tecla, soclo, teflón, baffle, refresco, cable, tabla, libro, cobre, cocodrilo, piedra, regla, siglo, tigre, ogro, bolsa, salsa, tambo, cambio, campo, limpio, gancho, lancha, lengua, pingüino, lento, diente, jardín, cuerda, barco, cerda, carne, pierna, martes, puerta, pasto, fiesta, hombro, sombra, compra, imprimir, sangre, etc.

Lista de enunciados

La casa es azul, la niña se cayó, el bebé toma leche, los vasos son de vidrio, Rosa ríe, Raúl rompió el tren, Rafael juega con el perro, la rama se cayó, la parrilla está caliente, María es mi hermana, Arturo es mi papá, la plaza está lejos, el plátano es amarillo, la llama es roja, vivo en Tlatelolco, la piedra es dura, el cocodrilo muerde, el jardín tiene rosas, el ogro da miedo, Lupe sopla el cerillo, oprime la tecla, siempre sufro, apilaré los bloques, el dragón echa lumbre, etc.

Lista de sílabas

Ra, re, ri, ro, ru, pa, pe, pi, po, pu, ma, me, mi, mo, mu, sa, se, si, so, su, fa, fe, fi, fo, fu, ta, te, ti, to, tu, da, de, di, do, du, pla, ple, pli, plo, plu, cla, cle, cli, clo, clu, dra, dre, dri, dro, dru, cra, cre, cri, cro, cru, etc., estas más que nada se deben repasar al hacer la terapia de lenguaje.

ANEXO # 3

Entrevista realizada a la madre de Carlos.

1. DATOS PERSONALES
2. ¿CUÁL ES LA HISTORIA RELACIONAL DE LOS PADRES?
3. ¿CUÁL FUE LA PRIMERA IMPRESIÓN DE LOS PADRES CON EL RECIÉN NACIDO?
4. ¿CÓMO FUERON LOS VÍNCULOS TEMPRANOS DEL NIÑO CON SUS PROPIOS PADRES Y DEMÁS FAMILIARES?
5. ¿CÓMO ERA LA RELACIÓN DEL BEBÉ CON EL PADRE?
6. ¿CÓMO SON LAS INTERACCIONES DE LA FAMILIA CON EL NIÑO?
7. ¿COMO REACCIONA EL NIÑO EN OTROS CONTEXTOS DIFERENTES A SU HOGAR?
8. ¿CUÁLES SON LAS REACCIONES DEL NIÑO ANTE GENTE EXTRAÑA?
9. ¿QUÉ SIGNOS DE ANSIEDAD MUESTRA EL NIÑO AL INTERACCIONAR CON OTROS NIÑOS?
10. ¿CÓMO SE COMPORTA EL NIÑO EN EL SALÓN DE CLASES DE PREESCOLAR?
11. ¿A QUÉ EDAD EMPEZÓ A TARTAMUDEAR?
12. ¿CÓMO REACCIONARON LOS PADRES ANTE EL TARTAMUDEO?
13. ¿CÓMO LO APOYARON LOS PADRES?
14. ¿A QUE INSTITUCIONES ACUDIERON PARA SU TRATAMIENTO?
15. ¿QUÉ OPINAN LOS PADRES ACERCA DE LA PROBLEMÁTICA QUE PRESENTA EL HIJO?

ANEXO # 4

Guía de entrevista individual

1.- ¿Cuántos hijos tiene y cuáles son sus edades? ¿Qué sentimientos le producen? ¿Cómo es su relación con ellos? ¿Cuáles son sus preocupaciones más grandes en relación a ellos? ¿Cuáles han sido las satisfacciones más grandes que le han dado?

2.- ¿Cuál es la experiencia más agradable y la más desagradable que tuvo cuando era niña? ¿Qué sentimientos le produjo esto y qué importancia considera que tuvieron en su vida?

3.- ¿Como desearon usted y su pareja que fueran sus vidas de adultos? ¿Cómo querían que fuera su pareja y cómo se percibían viviendo en pareja?

4.- ¿Desearon tener hijos? ¿Cómo pensaron que serían? ¿Qué expectativas tenían para ellos?

5.- ¿Cómo se dieron cuenta de que él hijo (a) que acude al CDEC era diferente a los demás niños? ¿En qué radica esa diferencia? ¿Cuáles son los sentimientos que le produce esto, ¿Cómo es su relación con él? ¿Cuáles son sus preocupaciones más grandes respecto a él? ¿Cuáles han sido las satisfacciones que le ha dado?

6.- ¿Cómo y en donde ha estimulado el desarrollo de su hijo? ¿Por qué lo ha hecho? ¿Que espera de él?