



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES

***TALLER DE ESTRATEGIAS DE CRIANZA PARA
PADRES DE NIÑOS CON RETARDOS DEL LENGUAJE***

TESINA

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA

DANIELA MORÁN CORTÉS

DIRECTORA DE TESINA

LAURA A. HERNÁNDEZ TREJO

COMITÉ:

REVISORA

MTRA. BLANCA GIRÓN HIDALGO

SINODALES:

MTRA. ALMA MIREYA LÓPEZ ARCE CORIA

MTRA. GUADALUPE BEATRIZ SANTAELLA HIDALGO

DRA. MARIANA GUTIÉRREZ LARA

CIUDAD UNIVERSITARIA, CIUDAD DE MÉXICO, 2018





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos

La trayectoria de un estudiante depende de la institución que le acepta y apoya durante todo su proceso de aprendizaje y crecimiento, tanto profesional como personal. Por ello, agradezco infinitamente a la UNAM, pues me acogió y creyó en mis capacidades, brindándome oportunidades invaluableles que me encaminaron, desde que comencé como adolescente de bachillerato, hasta la puerta de un futuro que empieza hoy, como profesionista. Gracias por nunca dejar de creer.

Este camino de adquisición del conocimiento es liderado por aquellos que sienten el ímpetu de enseñar e inspirar a todos los que llegamos ávidos de aprender. Gracias a todos los maestros que contribuyeron a mi formación profesional, motivándome a cuestionar todo lo que sé, a analizar los hechos desde distintas perspectivas y a investigar antes de actuar, siempre buscando retribuir a la sociedad lo que nos brindó a través de la UNAM.

Agradezco especialmente a mi directora de tesina, la maestra Laura Hernandez, quien mostró amplia disposición y paciencia durante el desarrollo de mi proyecto, así como un gran apoyo moral en este gran paso hacia la vida adulta. Hago mención también de mi revisora, la maestra Blanca Girón, pues me encaminó hacia lo que devendría mi trabajo final en un momento de incertidumbre, ofreciéndome valiosos consejos y palabras de aliento.

De igual forma, siento profunda gratitud hacia mis sinodales, la maestra Guadalupe Santaella, la maestra Alma Mireya López y la doctora Mariana Gutiérrez, por haber aceptado revisar objetivamente mi tesina y contribuir con

ideas en aquellos aspectos que no habían sido considerados previamente, con una actitud por demás profesional.

A lo largo de mi trayectoria encontré también personas de quienes aprendí en aquel espacio aterrador pero codiciado llamado práctica profesional. Gracias Andrea de Mata, Berenice Gálvez, Marisela Garduño y Martín Pérez por hacer de mi práctica una primera experiencia enriqueedora y memorable; por compartirme su conocimiento y amistad, confiando en mí y permitiéndome dar mis primeros pasos como psicóloga bajo su tutela.

Mi recorrido académico forma parte de otro más largo que se remonta a los primeros pasos que di por el mundo, pasos que me llevaron a ser quien soy y que fueron posibles gracias al pilar de mi vida, mi madre. El vínculo que América y yo hemos creado excede cualquier expresión que se atreva a describirlo. Ella simplemente ha estado siempre. La dedicación, la entrega y el amor con el que me ha impulsado a vivir, desde mi primer aliento hasta el día de hoy, han sido regalos preciosos que atesoro ahora que me aventuro a volar. Gracias mamá.

Gracias también a toda mi familia por el apoyo que me han brindado desde el momento en que comencé a caminar por el mundo.

Agradecimientos	1
Resumen	6
Introducción	7
Capítulo 1. Retardos de lenguaje	9
Lenguaje.....	10
Definición	10
Desarrollo del Lenguaje.....	10
Retardos del desarrollo del lenguaje.....	12
Tipos de retardo del lenguaje.....	14
Retardo del lenguaje afásico.....	14
Retardo del lenguaje anártrico.....	15
Retardo de lenguaje alálico.....	15
Retardo del lenguaje gnósico-práxico.....	16
Trastorno específico del lenguaje.....	16
Alteraciones de la palabra.....	16
Antecedentes históricos.....	17
Epidemiología.....	19
Etiología.....	20
Genética.....	20
Fisiopatología.....	21
Factores psicoafectivos.....	22
Diagnóstico.....	24
Evaluación psicológica.....	25
Evaluación del lenguaje.....	25
Inteligencia.....	28
Intervención.....	29
Adherencia Terapéutica.....	32
Capítulo 2. Familia y Crianza	34
Familia.....	35
Definición	35
Parentalidad.....	35
Funciones parentales en la crianza de los hijos.....	36
Competencias parentales.....	36
Proceso de socialización.....	38
Estilos parentales y estrategias de crianza.....	38
Autoritario.....	39
Permisivo Indulgente.....	40
Permisivo negligente.....	40
Autoritativo o democrático.....	41
Ambiente familiar cuando hay niños con problemas de lenguaje.....	42
Capítulo 3. Propuesta de intervención	45
Justificación.....	46
Objetivos generales	47
Objetivos específicos	47
Participantes	48

Materiales	48
Instrumentos de Evaluación.....	49
Escenario	52
Aula	52
Estructura del taller	52
Cartas descriptivas.....	55
Sesión 1. Definiendo los retardos del lenguaje (RL)	55
Sesión 2. El rol de la familia en el tratamiento de los RL.....	56
Sesión 3. Estilos de crianza y estimulación de la comunicación	57
Sesión 4. Cubrir necesidades de estimulación y socializadoras	58
Sesión 5. Revisión general	59
Conclusiones	60
Referencias.....	62
Anexos	68
Anexo 1. Inventario de Prácticas de Crianza (IPC). (Morales & Martínez, 2013)	68
Anexo 2. Hoja de calificación del Inventario de Prácticas de Crianza (tomado de Morales & Martínez, 2013)	73
Anexo 3. Cuestionario de Interacción Trabajo-Familia (SWING) (Moreno, Sanz, Rodríguez & Geurts, 2009).....	74
Anexo 4. Dominios cognitivos y subpruebas de las Escalas Weschler de Inteligencia WPPSI-III y WISC-IV (Weschler 2004; Weschler 2007).	75
Anexo 5. Valores totales que representan el CIT en las Escalas Weschler de Inteligencia (Weschler, 2007)	76

Lista de tablas y figuras

	Título	Pág.
Figura 1	Principales hitos en el desarrollo del lenguaje y signos de alerta según la edad. Tomado de Moreno-Flagge (2013)	13
Tabla 1	Clasificación de las intervenciones sobre las alteraciones del lenguaje en niños según el papel de los padres (Ato, Galián & Cabello, 2009; Whitehurst & Fischel, 1994)	31
Tabla 2	Funciones parentales centradas en el desarrollo de los padres y en el desarrollo de los hijos (Sallés y Ger, 2011)	37
Tabla 3	Los cuatro factores clave a del estilo parental democrático (Jiménez, 2010; Sallés y Ger, 2011)	42
Tabla 4	Reactivos asignados a las sub-escalas del IPC (Morales & Martínez, 2013)	50

Resumen

Los retardos del lenguaje son comunes en la población infantil y su origen no es único. Existen centros de atención en los que dicha población es atendida a través de terapias de lenguaje, sin embargo, muchos niños no logran un desarrollo óptimo debido a la falta de información sobre las estrategias de manejo conductual que deben seguirse en casa para que dichas terapias sean provechosas.

La presente tesina ofrece un panorama amplio de los retardos del lenguaje en niños de edad escolar, detallando las características tanto del lenguaje como de los retardos que se pueden presentar en la población infantil, su diagnóstico y los tratamientos que existen. También ahonda en el término *familia* y las implicaciones del cumplimiento o incumplimiento de las funciones parentales y el impacto que genera en niños con retardos del lenguaje.

Se hace la propuesta de un taller dirigido a padres de familia con hijos diagnosticados con algún retardo del lenguaje, con el fin de informarles sobre este tipo de padecimientos y el impacto que puede tener la crianza para un desarrollo óptimo en el lenguaje del niño. La propuesta involucra actividades en las que los padres reflexionan e identifican, en su método de crianza, áreas de oportunidad en las que pueden mejorar para potenciar las habilidades sociales, cognitivas y personales de sus hijos.

PALABRAS CLAVE: retardos del lenguaje, funciones parentales, talleres para padres.

Introducción

Los Retardos del lenguaje son definidos como la integración anormal del lenguaje verbal en los niños tanto en sus aspectos cronológicos como lingüísticos-estructurales, provocados por factores genéticos, ambientales, pre, peri y postnatales que pueden interferir y generar alteraciones en su desarrollo (Juárez & Bonilla, 2014). Dichos retardos afectan tanto el desempeño escolar como el social y el personal, al impedirle al niño socializar de una forma adecuada.

Dado que el primer ambiente en el que el niño está inmerso es la familia, ésta cumple una función importante en la aparición y en el ritmo del desarrollo del lenguaje verbal del niño. Un niño emocionalmente seguro y lingüísticamente estimulado, se desarrollará normal y óptimamente, superando las dificultades de las distintas etapas de su desarrollo en el tiempo esperado; por el contrario, cuando la familia es conflictiva e indiferente, esto obstaculizará y retardará su evolución (Herrera, Orozco, Sandoval, Fonseca, Chavarrea, & Rodríguez, 2012).

A nivel mundial, las alteraciones de lenguaje se presentan en el 7.5 % de los niños y en México, se estima que el 2-3% de los niños presenta algún trastorno del lenguaje sin alteración neurológica, con una proporción de tres a cuatro niños por una niña (Secretaría de Salud, 2015c). Los niños que reciben un tratamiento en el que tanto el terapeuta del lenguaje como los padres trabajan en conjunto para estimular el lenguaje tienden a mejorar considerablemente y a incorporarse al ambiente social y escolar adecuadamente (Ato, Galián & Cabello, 2009).

Es importante que los padres reciban una capacitación por parte del terapeuta del lenguaje y del psicólogo para que aprendan las estrategias que los

lleven a una adecuada estimulación del lenguaje de sus hijos a través de las estrategias de crianza que promuevan una adecuada comunicación, autoestima, capacidad de autorregulación, habilidades sociales y educativas.

La propuesta de *Taller de estrategias de crianza para padres de niños con retardos del lenguaje*, pretende que los padres entiendan la características de los retardos del lenguaje más comunes e identifiquen sus expectativas respecto al diagnóstico de su hijo; que reflexionen sobre el tipo de familia al que pertenecen y los estilos de crianza y las funciones parentales básicas. Finalmente, se dará a conocer a los padres los principios básicos del manejo y modificación conductual, comunicación, disciplina y valores, para que éstos mejoren y fortalezcan sus prácticas parentales para impulsar el desarrollo cognitivo y social en sus hijos.

Capítulo 1. Retardos del lenguaje

Lenguaje

Definición

El lenguaje es definido como un proceso de carácter biológico, dotado de leyes internas y genéticamente determinado por factores internos como la integridad biológica y neurológica y factores externos como el medio ambiente y código lingüístico (Sánchez, 2002); el lenguaje abstrae los elementos de la realidad a un grado tan alto que los separa de ésta misma (Azcoaga, Bello, Citrinovitz, Derman & Frutos, 1992), pues consiste en una comunicación determinada por un proceso decodificativo-codificativo de los estímulos audio-visuales (Alonso, 1997). Dicha comunicación permite la interacción entre los seres humanos.

Esta compleja función ha sido estudiada por muchos años, y se ha dividido, para su estudio, en niveles (Rains, 2006; Secretaría de Salud, 2015b): fonológico (unidades de sonido con significado más pequeñas de una lengua, responsables de la elocución), morfosintáctico (estructura, forma y orden de las palabras) semántico (comprensión del lenguaje) y pragmático (relación entre significado lingüístico y conocimiento) (Geromini, 2000; Rains, 2006).

Desarrollo del Lenguaje

El lenguaje, las gnosias (capacidad de reconocimiento perceptivo) y praxias (capacidad de generar movimientos) son denominadas **funciones cerebrales superiores**, y son producto de un proceso de aprendizaje fisiológico, dependiente del medio social para su desarrollo, lo que las hace biológicas por su naturaleza, pero sociales por su génesis. Por lo tanto, si no hay lenguaje alrededor del niño,

éste no lo aprenderá (Geromini,1996). El lenguaje se organiza en múltiples niveles y su adquisición y desarrollo es el resultado de un proceso lento de interacción biopsicosocial (Azcoaga, 1995). El vocabulario de un individuo se crea y consolida mediante una constante repetición, a través de factores culturales, sociales y de capacidad de aprendizaje, éste último entendido como el procesamiento y organización de la información en el cerebro (Azcoaga, 2008).

Es por esto, que de acuerdo con la edad del individuo, el lenguaje pasará por ciertas etapas, que fueron descritas de la siguiente manera por Roselli, Matute & Adrila (2010): de los 3 a los 12 meses de edad, se presenta la etapa de balbuceo, misma que se caracteriza por la aparición de sonidos que el niño repite y practica. Hacia el año de edad, aparece la etapa verbal, en la que surge la primera palabra con intención comunicativa y el niño logra repetir palabras sencillas. Entre los **doce y catorce meses** de edad, el niño comienza a nombrar objetos, y es hasta los **dieciocho meses** de edad que el niño comienza a utilizar frases de 2 palabras. Cerca de los **doce años**, el niño logra manejar estructuras sintácticas complejas de adquisición tardía.

La maduración de las funciones cerebrales superiores puede verse frustrada cuando el entorno no permite su desarrollo durante las *etapas críticas* óptimas para el aprendizaje (Azcoaga, 1995) y para desarrollar la capacidad de lenguaje oral y escrito, denominado *proceso normo evolutivo* (Alonso, 1997). Por lo que, si un niño se ve sujeto a un aislamiento parcial o total prolongado, fracasará en aprender el lenguaje, incluso después de ser expuesto al mismo (Rains, 2006). Ello acentúa la necesidad de considerar a los primeros años de la

infancia como el momento idóneo para detectar aquellos niños/as con dificultades de comunicación, dada la importancia del lenguaje como medio de socialización y de aprendizaje (Schaefer & Briesmeister, 1989).

Así, Roselli, Matute & Adrilla (2010) proponen que, para descartar problemas lingüísticos serios, a los cuatro años de edad, el niño debe tener un lenguaje que se entienda por personas que le sean ajenas, con ciertos defectos en la fluidez y articulación. Una vez que se completa el sistema fonológico, cerca de los 6 años, todos los fonemas de la lengua y diversas combinaciones silábicas deben estar presentes en la expresión verbal del niño. Cuando existen problemas de lenguaje a esta edad, debe evaluarse tanto la comprensión como la producción del lenguaje del niño.

Retardos del desarrollo del lenguaje

Dentro del *proceso normo evolutivo*, podemos distinguir una serie de signos indicadores de normalidad, retraso o incluso incapacidad en la adquisición o consolidación de lenguaje. De acuerdo con Cáceres Velázquez (como se citó en Secretaría de Salud, 2015b), llamamos retardo de lenguaje a la integración anormal del lenguaje verbal en los niños tanto en sus aspectos cronológicos como lingüísticos-estructurales. Así, las etapas normales por las que atraviesa la expresión verbal se ven postergadas o interferidas, por lo que se adquieren más tarde de lo aceptable por la norma regional; también pueden estar implícitas las deformaciones estructurales, tanto en el aspecto fonológico como sintáctico, pragmático y semántico gramatical (figura 1).

	Lenguaje receptivo	Lenguaje expresivo	Signos de alerta
0-1 mes	Se calma con la voz de la madre	Llora	Llanto extraño (trastorno genético)
2-4 meses	Muestra claro interés en las caras	Sonrisa social, ríe a carcajadas	Ausencia de la sonrisa social
6 meses	Responde al nombre	Balbucea, vocaliza	No vocaliza ni balbucea
9 meses	Entiende rutinas verbales ('adiós')	Señala, dice 'ma-má'	No dice 'ma-má' ni 'pa-pá'
12 meses	Sigue un comando verbal	Dice tres palabras con significado ('mamá', 'papá', 'agua')	Pierde habilidades ya desarrolladas
15 meses	Señala partes de su cuerpo	Aprende más palabras	No señala ni utiliza tres palabras
18-24 meses	Reconoce partes de su cuerpo. Cumple órdenes verbales simples	Usa frases de dos palabras. Conoce su nombre	No sigue instrucciones simples, no dice 'mamá' ni otros nombres. No reconoce partes de su cuerpo, no dice al menos 25 palabras
24-36 meses	Cumple órdenes verbales complejas	Formula frases de tres palabras. Pregunta '¿qué?'	No usa frases de dos palabras. No sigue instrucciones de dos pasos
36-48 meses	Comprende las acciones	Pregunta '¿por qué?'	Usa palabras incorrectas o sustituye una palabra por otra
48-60 meses	Comprende todo lo que se dice	Habla con oraciones completas. Dice cuentos	No habla correctamente
6 años	Cumple órdenes de todo tipo de complejidad	Lenguaje completo	No habla correctamente

Figura 1. Principales hitos en el desarrollo del lenguaje y signos de alerta según la edad. Tomado de Moreno-Flagge (2013)

Los retardos de lenguaje provocan problemas de comunicación individual y suele asociarse con retrasos en el desarrollo del aprendizaje escolar (Moreno-Flagge, 2013). En efecto, es probable que toda dificultad presentada por

un estudiante en su expresión y comprensión lingüística genere consecuencias negativas en su desarrollo personal, escolar, social y familiar debido a una dificultad para acceder al dominio de estructuras lingüísticas para comunicar deseos, necesidades, afectos, planes, etcétera. Por ello, tan pronto como se observen signos de alerta manifestados en expresión y comprensión oral y escrita, es indispensable evaluar y diagnosticar al niño para que inicie un tratamiento que le permita a ponerse al corriente con el grado de escolaridad al que por edad pertenece.

La definición y clasificación de estas patologías de la comunicación varían en función de diferentes autores. De acuerdo con Azcoaga & cols. (1992), los aspectos lingüísticos que se ven afectados son los fonológicos, sintácticos y semánticos, tanto a nivel de comprensión y decodificación como de expresión o producción-codificación. Actualmente, hablamos de trastornos del lenguaje producidos por patogenia audiógena, anártrica, afásica, psicógena, y alteraciones de la palabra como las dislalias, disartrias y trastornos prosódicos.

Tipos de retardo del lenguaje

Retardo del lenguaje afásico.

Estos niños presentan fallas en la organización, procesamiento, comprensión y emisión del lenguaje, la codificación fonológica y sintáctica (Geromini, 1996) sin haber fallas articulatorias. Los familiares refieren que los niños pueden seguir instrucciones sencillas, pero se les complica realizar instrucciones más complejas o asimilar nueva información, debido a la imposibilidad de comprender lo que se le pide. Así mismo, su capacidad de

comunicación se ve obstaculizada por la falta de estructuras gramaticales que le permitan expresarse con claridad (Secretaría de Salud, 2015b). En el área escolar, los profesores describen a estos niños como inquietos, distraídos, con poco interés sostenido hacia las actividades académicas, en algunos casos agresivos, con baja tolerancia hacia la frustración, etc.

Retardo del lenguaje anártrico.

También se le conoce como *retardo del lenguaje expresivo*. La organización, procesamiento, comprensión y emisión del lenguaje del niño están preservadas, sin embargo, existen fallas articulatorias (elocución del lenguaje) debidas a alguna condición en el aparato fonoarticulador o a un uso inadecuado de los puntos de articulación. Esto puede deberse a un déficit en la actividad combinatoria del analizador cinestésico–motor verbal (Geromini, 1996).

Retardo de lenguaje alálico.

Tal como lo menciona la Secretaría de Salud (2015a) “Los niños que cursan con debilidad mental leve o moderada desarrollan un lenguaje limitado como consecuencia de un trastorno global de las funciones psicológicas superiores; en los casos de pacientes psiquiátricos, consecuencia de una distorsión de la personalidad” (p. 13). En ambos casos, se ve comprometido el desarrollo de los procesos cognitivos, la organización funcional del cerebro y por ende el lenguaje. Es importante mencionar que el grado de afectación y déficit lingüístico será proporcional a la capacidad intelectual (grado y características), alteraciones neurológicas, física y motoras.

Retardo del lenguaje gnósico-práxico.

Las habilidades de comunicación verbal del paciente se encuentran preservadas, sin embargo existen fallas en las habilidades viso-espaciales, en la coordinación visomotriz gruesa y/o fina, indispensables para la incorporación del código lectoescrito, (Zenoff, 1987).

Trastorno específico del lenguaje.

También se le conoce como **disfasia**. Consiste en la alteración en el desarrollo del lenguaje mientras que los demás parámetros del desarrollo son normales. El lenguaje, además de ser adquirido tardíamente, no es correcto en cuanto a su fonética, a su estructura o a su contenido. Además, existe un déficit de comprensión (Bishop & Snowling, 2004). Los niños se enfrentan a frecuentes fracasos en el intento por realizar actos de lenguaje relacionados con el aprendizaje de nuevos conceptos, la expresión de sentimientos, deseos, opiniones o juicios (Hincapié, Giraldo, Castro, Lopera, Pineda & Lopera, 2007).

Alteraciones de la palabra.

La *tartamudez* o **disfemia** es un trastorno que implica una falta de fluidez en la emisión de palabras (Artigas, Rigau & García-Nonell, 2008). Por lo general aparece alrededor de los 3 años de edad. Es un trastorno en la actuación lingüística del niño, pero su competencia verbal queda preservada. Esta alteración aumenta de manera considerable en la edad escolar, fundamentalmente al inicio (Moreno, 2004).

La **dislalia** es un error en la articulación específica para determinados sonidos de consonantes como la /r/ o /l/, y casi siempre es transitoria (Secretaría de Salud,

2015a). Los **trastornos prosódicos** se refieren a la entonación y el ritmo del habla. Son frecuentes en los trastornos del espectro autista, síndrome de Williams y síndrome alcohólico fetal (Artigas, Rigau, & García-Nonell, 2008),

Un estudio longitudinal llevado a cabo por Johnson, Beitchman & Brownlie (2010), comparó sujetos que cursaron algún trastorno del lenguaje en la infancia con sujetos cuyo desarrollo del lenguaje fue normal, desde los 5 hasta los 25 años de edad. A los 25 años de edad, los sujetos con historia de trastornos del lenguaje obtuvieron resultados más bajos en los dominios cognitivos, de comunicación, académicos y ocupacionales que sus pares sin trastornos del lenguaje. Sin embargo, en percepciones subjetivas sobre calidad de vida, los resultados fueron similares, mismos que fueron asociándose a vínculos familiares y de amistad fuertes.

Antecedentes históricos

Después de que Paul Broca estudiara lesiones cerebrales frontales izquierdas y descubriera que éstas alteran la articulación del lenguaje, surgió un creciente interés por descubrir la organización cerebral del lenguaje (Ardila, & Roselli, 1994). Así, en 1874, Wernicke propuso una clasificación de los trastornos del lenguaje, mismos que denominó *afasias*, y dividió en tres grupos: motora, sensorial y de conducción; esta clasificación fue complementada por Lichtheim, dando lugar al primer modelo de clasificación de las afasias, conocido como el esquema Lichtheim-Wernicke (Roselli, Matute, Ardila, 2010).

A mediados del siglo XIX, aparecieron los primeros trabajos sobre trastornos del lenguaje infantil, pero no fue sino a finales del siglo XIX que quedó establecida la diferencia entre problemas de lenguaje debidos a trastornos intelectuales y aquellos ocurridos de manera independiente, así como la diferencia entre afasia infantil y del adulto (Roselli, Matute, Ardila, 2010). En 1872 Broadbent publicó un artículo en el que mencionó el término “afasia congénita”, mientras que Morgan, en 1896, documentó el primer caso de “dificultades para la lectura”. Finalmente, en 1964, Benton propuso el término “afasia del desarrollo”, que se generalizó como “disfasia específica del desarrollo” para referirse a los problemas de lenguaje de los niños (Azcoaga, 2008).

En 1974, Luria sugiere que es más necesario describir los niveles de organización del lenguaje que buscar su localización (Ortiz, 1995). Bishop y Rosembloom (1987) estudiaron los trastornos del lenguaje y en una clasificación de doble entrada, consideraron tanto el criterio lingüístico como el etiológico; mientras que Narbona y Chevrie-Muller, dividieron dichos trastornos en: 1. Déficit de los *instrumentos de base*, 2. *Trastornos neurolingüísticos* (gnoso-práxicos y lingüísticos), comprendiendo también los trastornos del lenguaje escrito, 3. *Tartamudeo*, 4. *Trastornos del lenguaje que forman parte de cuadros patológicos o derivan de carencias de entorno* (Narbona & Chevrie-Muller, 2001).

Azcoaga se refiere a los trastornos del lenguaje como un *retardo*, y lo define como “un trastorno de la actividad del analizador cinestésico-motor verbal que afecta exclusivamente la elocución del lenguaje” (Azcoaga & cols., 1992, p. 80), lo que implica un retraso en la adquisición de funciones superiores en relación al

desarrollo normal, pero con una favorable perspectiva de recuperación del lenguaje en cuanto a los aspectos fonológico, semántico y sintáctico (Secretaría de Salud, 2015a)

Epidemiología

En niños escolares que no presentan signos de trastornos neurológicos ni genéticos, la prevalencia de trastornos del lenguaje es del 2-3%, con una prevalencia de trastornos del habla del 3-6%; en edad preescolar, la prevalencia es mucho más alta, del 15% (Moreno-Flagge, 2013). La proporción por sexo se estima de 3 a 4 niños por 1 niña (Secretaría de Salud, 2015c). En México, en el grupo de 0 a 14 años de edad, el 15.9% tiene discapacidad para poner atención o aprender; y 14 de cada 100 mexicanos de 15 años y más, no saben leer ni escribir (Secretaría de Salud, 2015c).

En el caso de la disfemia, también hay un predominio de esta alteración en el sexo masculino sobre el femenino, en una proporción de 3-4 niños por cada niña. datos epidemiológicos demuestran que afecta al 1% de la población, sin considerar la edad y al 3-5% de niños en edad escolar hasta los 15 años (Moreno, 2004). El retardo del lenguaje anártrico es el más común; se estima que un 4 a 7% de la población pediátrica puede estar afectado con esta patología en la edad preescolar, y en la escolar aproximadamente del 3 al 10% de los niños; también es más frecuente en los niños que en las niñas en una proporción de 3:1 (Secretaría de Salud, 2015c)

Etiología

Genética.

Bishop & Snowling (2004) han descrito la importancia de los factores genéticos en los trastornos del aprendizaje de la lectoescritura. Los trastornos severos parecen tener un componente genético heredable, mientras que los trastornos superficiales son atribuibles al ambiente (como un inadecuado método de enseñanza o estimulación). Los déficits en la decodificación, reconocimiento y producción fonológicos (consciencia fonológica), así como fallas en la producción oral y en la memoria a corto plazo, comparten componentes genéticos, como se observa en pruebas de memoria fonológica a corto plazo en estudios de familias y *pruebas de repetición de palabras sin sentido* (Bishop, 2006; Snowling, Gallagher, & Frith, 2003; Pennington & Lefly, 2001). Esta última tarea ha mostrado una relación mecánica con la expresión del gen FOXP2 en niños con trastornos del lenguaje (Vernes, Phil, Newbury, Abrahams, Winchester, Nicod, et. al., 2008). Otros déficits como la ortografía parecen ser independientes y no heredables.

Dado que los retardos del lenguaje se asocian más con anomalías en el desarrollo neurológico temprano que con lesiones adquiridas en la vida temprana, Bishop & Snowling (2004) mencionan que es posible que las influencias genéticas afecten los procesos de migración neuronal temprana, impidiendo la generación de nuevos patrones de conexión en el cerebro. Se sospecha que las regiones frontales y temporales del cerebro pueden estar involucradas en el procesamiento del lenguaje, aunque recientemente, se han investigado también regiones cerebelosas y subcorticales.

Por su parte, la Secretaría de Salud (2015d), identifica algunos factores que pueden condicionar la presencia de retardo del lenguaje expresivo:

- Antecedentes prenatales que puedan ocasionar alteraciones en el desarrollo del sistema nervioso central, retardo en la maduración cerebral
- Antecedentes peri y postnatales como bajo peso, hipoxia, ictericia.
- Infecciones del sistema nervioso central.
- Predisposición genética (FOXP2).
- Epilepsia
- Traumatismos craneoencefálicos.
- Alteraciones teratogénicas, tóxicas y metabólicas.

Fisiopatología.

Cuando los procesos fisiopatológicos que originan los retardos del lenguaje se conocen, se pueden abordar las prescripciones del plan de intervención, de acuerdo con el nivel de aprendizaje del lenguaje y del desarrollo del pensamiento del niño en el momento. En los pacientes infantiles, se habla de una alteración en el **proceso** de organización de las unidades del lenguaje (aprendizaje fisiológico), por lo que un “**retardo**” hace referencia a la *lentificación* en el proceso de aprendizaje fisiológico del lenguaje. Al identificar los procesos fisiopatológicos distorsionados, es posible generar la “integración” del lenguaje (Azcoaga, 1978).

En el caso del retardo del lenguaje anártrico, las alteraciones se expresan en un solo analizador: el analizador cinestésico motor verbal, en el cual existe una disminución de la inhibición patológica, lo que condiciona un análisis y síntesis

deficiente, lo que provoca un agramatismo predominantemente sintáctico; algunos otros estudios sugieren que los mecanismos de procesamiento auditivo central, en particular los implicados en el procesamiento del cambio dinámico espectral y/o temporal, son las bases de los déficits fonológicos observados en niños con retardo de lenguaje expresivo (Secretaría de Salud, 2015d)

Azcoaga (1978), identifica estos procesos patológicos en síntomas inhibitorios y excitatorios. Los síntomas inhibitorios incluyen déficit en la comprensión, anomia, latencias, agramatismo, lentificación y pérdida de puntos de articulación en el síndrome anártrico; los síntomas excitatorios incluyen perseveraciones, parafasias, y neologismos.

Factores psicoafectivos.

Si bien el componente genético y fisiopatológico tienen un gran peso en el desarrollo de trastornos del lenguaje, los factores psicoafectivos pueden actuar como detonantes de dichos componentes (Aguado, 1988). Dichos factores que perturban la personalidad del niño y al mismo tiempo impactan en el lenguaje infantil son: la dificultad para interactuar con otros niños, un ambiente familiar autoritario o poco estimulante, celos fraternales, dificultades y conflictividad escolares, falta de afecto paterno, sobreprotección, ausencia de padres, actitudes ansiosas parentales, etc., provocando en el niño inhibición, conductas de evitación, aislamiento, agresividad, ansiedad, inseguridad, etc., lo que lo lleva a la aparición de una patología del habla (Moreno, 2004). Por otra parte, los niños con algún retardo del lenguaje pueden reaccionar al entorno familiar, social y escolar de maneras diferentes; por un lado, puede que el niño se sienta aislado o puede

que sea él mismo el que se aíse de los demás como consecuencia de su desvalorización.

“Los cuidadores no solo determinan en gran parte la forma en que el niño adquiere el lenguaje, sino que tienen un peso relevante en la posible evolución de las dificultades asociadas al mismo” (Ato, Galián, & Cabello, 2009, p. 21), lo cual da a entender que de acuerdo a la estimulación que los padres ofrezcan al niño, éste desarrollará un grado de competencia y habilidades lingüísticas en el futuro. Si esta estimulación es inadecuada o deficiente, es muy probable que aparezca un trastorno del lenguaje. En el caso de niños seriamente descuidados, ya sea por poca o nula compatibilidad y aceptación por parte de la madre, el riesgo de y la severidad de presentar retardo del lenguaje incrementa significativamente (Sylvestre & Mérette, 2010).

La estimulación inicia desde la responsividad de los cuidadores a las vocalizaciones del niño, la reciprocidad en la interacción verbal padre-hijo, la frecuencia de dicha interacción y el acceso a materiales estimulantes que promuevan el desarrollo del lenguaje (Peterson, 2004; Silvén, Niemi & Voeten, 2002). Aguado (1988), señala que la actitud sobreprotectora de los padres emite mensajes a sus hijos que tienden a infantilizarlos, provocando un comportamiento inadecuado para su edad, menos curiosidad intelectual y un retraso en la autonomía psicosocial, lo que repercutirá en el área del lenguaje, retrasando su adquisición y desarrollo.

De esta manera, se puede afirmar que es necesario conocer la influencia

del entorno familiar en la instauración de un patrón de personalidad específico antes del inicio de la patología, cuando se inician las dificultades y cuando el cuadro ya se ha implantado, lo que proporcionará un mayor conocimiento sobre las implicaciones psicoafectivas en los trastornos del lenguaje (Moreno, 2004).

Diagnóstico

Por la naturaleza compleja de su etiología, el diagnóstico de retardo del lenguaje requiere de un trabajo en conjunto de varios especialistas de la salud, desde médicos audiólogos, neurólogos u otoneurólogos hasta neuropsicólogos, psicólogos y terapeutas del lenguaje.

De acuerdo con Rapin (1996), el primer paso a seguir en el diagnóstico de retardo del lenguaje, es hacer una audiometría, que mide los niveles de audición del niño, para descartar un retardo de patogenia audiógena. También puede considerarse un estudio electrofisiológico tal como el electroencefalograma (EEG) para monitorear actividad epileptógena. Ambos estudios pueden ser requeridos por el neurólogo o el otoneurólogo.

Una vez descartado un problema auditivo, el diagnóstico diferencial se hace a través de la historia y observación clínicas, así como de cuestionarios sensibles a déficits del lenguaje, mismos que pueden ser administrados por psicólogos, neuropsicólogos, o terapeutas del lenguaje (idealmente, por neuropsicólogos). Dado que este diagnóstico diferencial se hace de manera conductual, por lo general no se especifica la etiología, misma que puede diferir ampliamente entre niños. Conocer las causas biológicas del retardo no se considera vital, pues el tratamiento y la atención es, en la mayoría de los casos, conductual. Si fuese

necesario definir la etiología y/o complementar el diagnóstico clínico, entonces se deberá determinar la existencia de componentes genéticos, síndromes adquiridos, o disfunciones cerebrales, para los cuales se requieren estudios de neuroimagen, químicos o genéticos, según sea el caso.

Evaluación psicológica.

Es función de la evaluación psicológica integrar la información útil para comprender, predecir y solucionar los diversos tipos de problemas psicológicos que las personas presentan (Heredia, Santaella & Somarriba, 2012), en este caso retardos del lenguaje. Para obtener un panorama integral sobre la cotidianidad del paciente, en la entrevista clínica se debe indagar sobre los antecedentes clínicos personales y familiares, aspectos del desarrollo psicomotor, hábitos tanto alimenticios como de sueño del paciente, conducta social, el motivo de consulta y su impacto en el desempeño académico, social y familiar diario del niño. Los informes escolares también resultan valiosos porque recogen a lo largo del tiempo las cualidades lingüísticas del niño según la valoración de los maestros, quienes fungen como espectadores del lenguaje del niño en su entorno escolar (Artigas, Rigau & García-Nonell, 2008).

Evaluación del lenguaje.

Una vez obtenidos los antecedentes, es importante conocer los niveles de desarrollo del lenguaje esperados en un niño de acuerdo con su edad, mismos que son divididos en cinco, según su funcionamiento (Whitehurst & Fischel, 1994; Rosselli, Matute y Ardila, 2010):

1. Fonológico. Evalúa la producción y comprensión de los **sonidos** del lenguaje: **los fonemas**, así como a la **prosodia** del lenguaje, que es el contenido emocional del lenguaje. Como se mencionó anteriormente, los retardos más severos se producen por fallas en la consciencia fonológica, y tienden a ser hereditarios.
2. Morfológico. Los morfemas, o unidades mínimas con significado están compuestas por uno o varios fonemas; sus dificultades de adquisición se observan en las variaciones de las formas de las palabras (verbos, artículos, sustantivos, etcétera).
3. Sintáctico. Se refiere a la organización de las palabras dentro de una oración; las dificultades más notorias son las reducciones en las palabras utilizadas para dar un mensaje.
4. Semántico. Es el significado de las palabras u oraciones. Puede haber niños que tengan un desarrollo del vocabulario adecuado, pero dificultad en la comprensión de instrucciones,
5. Pragmático. Se refiere al uso del lenguaje en un contexto social; los niños muestran poca flexibilidad en su lenguaje, tomando el significado de las palabras muy literal, o usando las mismas frases repetidamente.

Geromini (1996) y Azcoaga (1978) concuerdan en que el diagnóstico del lenguaje se efectúa con un protocolo que consta de:

1. Exploración de la codificación y decodificación semántica en dos niveles:

- a. Nivel sensoperceptivo. Partiendo de estímulos **sensoperceptivos** que requieran respuestas verbales, se investiga el aspecto semántico (nivel lingüístico), de análisis y síntesis (nivel neurofisiológico) y del pensamiento (psicológico)
- b. Nivel verbal puro, partiendo de estímulos **verbales** para obtener respuestas verbales, se investiga la significación, generalización, abstracción raciocinio, discriminación, capacidad anticipatoria y coherencia lógica.

2. Codificación fonológica y sintáctica de los aspectos gramaticales y fonológicos.

Para evaluar el desarrollo del lenguaje, se requieren pruebas que midan las funciones, pero también que sean sensibles a la población en la que el niño se encuentra. Algunas pruebas neuropsicológicas adaptadas a la población hispanohablante son:

- **Prueba de fluidez verbal fonológica y semántica (Ardila & Rosselli, 1994).** Evalúa la producción espontánea de palabras en un tiempo determinado, dentro de una categoría particular: **fonológica**, en la que el niño dice el mayor número de palabras que comiencen con cierta letra determinada; **semántica**, en la que el niño menciona todas las palabras posibles pertenecientes a una categoría, como animales o frutas.
- **Prueba de Denominación de Boston, versión en español (Ardila y Rosselli, 1994).** Esta prueba consta de 60 láminas y mide **vocabulario**

expresivo a través de la capacidad para denominar objetos. Se pueden dar claves semánticas, como describir el uso del objeto, o fonológicas, como la primera sílaba de la palabra. En el primer caso, indican fallas perceptuales, en el segundo, trastornos lingüísticos.

- **Prueba de las fichas, versión en español para niños (Ardila, Rosselli & Puente, 1994)** Evalúa la comprensión del lenguaje a través de instrucciones, otorgando puntos por cada elemento de la instrucción realizada correctamente. Tiene un puntaje máximo de 36; los promedios para la edad de 5-6 años son de 32 a 36, y a partir de los 10 años, el promedio es de 35 a 36. Esta prueba es considerada como de *techo bajo* (muy fácil para sujetos normales), pero muy sensible a defectos en la comprensión del lenguaje (Ardila & Ostrosky, 2012).

Inteligencia.

Cuando el paciente tiene problemas de lenguaje en consecuencia tendrá dificultad para la adquisición de la lectoescritura, debido a una inadecuada comprensión por falta de integración de conceptos abstractos. Por lo tanto, además de evaluar el desarrollo del lenguaje, se considera la evaluación de la inteligencia en el diagnóstico de los retardos del lenguaje (Artigas, Rigau & García-Nonell, 2008), por la asociación de éstos con un desarrollo intelectual disminuido. El Coeficiente Intelectual (CI), determina el nivel de desarrollo cognitivo en el que se encuentra el niño de acuerdo a su edad, describiendo las habilidades, destrezas, capacidades y deficiencias del paciente en función de su bagaje intelectual (Villamizar & Donoso, 2013), lo que ayuda a discernir si el niño presenta

o no un retraso en funciones como la lectura, la escritura, matemática, etcétera. En la redacción del diagnóstico diferencial, se describe el desempeño en tareas específicas ligadas al motivo de consulta, destacando puntos fuertes y débiles de los sujetos para el aprendizaje escolar (Benito, Moro & Alonso, 2007).

Las pruebas psicométricas más comunes para medir capacidades globales en niños son las Escalas Weschler de Inteligencia, para determinar capacidad intelectual general de los niños en situación escolar (Benito, Moro & Alonso, 2007). Existen dos Escalas Weschler de Inteligencia para población infantil, la primera, para niños de 2 años 6 meses a 7 años 3 meses (WPPSI) y la segunda, para niños de 6 a 16 años (WISC). Ambas baterías están estandarizadas en población mexicana y miden la capacidad cognitiva general mediante la obtención del Cociente Intelectual Total (CIT), a través de subpruebas que representan el funcionamiento cognitivo en cuatro dominios cognitivos (Anexo 4). La sumatoria de las puntuaciones de dichos dominios cognitivos arrojan la puntuación compuesta que representa el CIT, así como una puntuación compuesta que representa la CIT o CI (Anexo 5).

Intervención

El tratamiento por excelencia de los retardos del lenguaje es educacional. Primordialmente, son los padres y familiares del niño los que deben estimular el lenguaje para que éste se desarrolle adecuadamente. Whitehurst & Fischel (1994), refieren que es hasta los 4 años de edad que se recomienda empezar una terapia de lenguaje, pues antes de esta edad, los niños mejoran de manera espontánea (a

menos que haya alguna otra incapacidad como autismo o que el retraso sea severo).

Es importante considerar a la familia como un factor en la fase de intervención. Este papel puede variar según el planteamiento de la intervención, pudiendo ser meros informantes o apoyos externos al terapeuta del lenguaje, o ser agentes activos altamente implicados en todas las fases del proceso. Schertz & Odom (2007), encontraron que el niño responde mejor en intervenciones que se incluyen el contexto familiar, al alejarse de planteamientos altamente estructurados con personas desconocidas.

Ato, Galián, & Cabello (2009) refieren que el rendimiento lingüístico de los niños con trastornos del lenguaje, mejora considerablemente tras la intervención familiar en las áreas fonológica, semántica, morfosintáctica y pragmática, por lo que, en concordancia con los criterios de Whitehurst & Fischel (1994), establecieron una *clasificación de las intervenciones sobre las alteraciones del lenguaje en niños según el papel de los padres*: intervenciones en que el terapeuta asume el mayor protagonismo, intervenciones en las que la familia es un agente colaborador, e intervenciones en las que la familia es agente fundamental de intervención (tabla 1).

Tabla 1

Clasificación de las intervenciones sobre las alteraciones del lenguaje en niños según el papel de los padres (Ato, Galián & Cabello, 2009; Whitehurst & Fischel, 1994)

Intervención	Factor	Descripción
Aproximación centrada en el terapeuta	El terapeuta	Es el máximo responsable de la implementación del plan de intervención: evalúa y diagnostica al niño, planifica e implementa los objetivos, plantea las estrategias a seguir, y actúa directamente con el niño. La terapia se realiza en el ámbito de la clínica privada, o en el contexto escolar, de forma individualizada, o en pequeños grupos.
	Los padres	Son únicamente testigos del proceso de intervención, y constatan los progresos observados tras la intervención en el contexto familiar. No se implican en ninguna de las fases del proceso de intervención: objetivos, estrategias y plan de actuación.
	Críticas	Ausencia de naturalidad; su generalización a otros contextos suele ser difícil para el niño
La familia como ayuda en la intervención	El terapeuta	Es el encargado de la intervención sobre el niño. Da instrucciones y pautas a seguir a los padres sobre su propia conducta lingüística, y sobre cómo comportarse o responder al niño en casos determinados.
	Los padres	Apoyan algunas fases de la intervención, realizando actividades concretas y asistiendo a la terapia con el niño. Su papel, junto con la familia, es garantizar el mantenimiento de los progresos adquiridos en el contexto de la terapia, y su generalización al contexto familiar
	Los padres	Su conducta cobra relevancia en el proceso de mejora y tratamiento del trastorno del lenguaje del niño. El proceso de intervención de los trastornos del lenguaje necesariamente considera a la familia como miembro activo del equipo interdisciplinar.
Aproximación interaccionista en los trastornos del lenguaje: intervención centrada en la familia.	Entrenamiento basado en pautas socioafectivas	Buscan cambiar el “ambiente social” del niño y enfocan las conductas de los padres tanto al cambio en pautas lingüísticas, como al cambio en pautas socio-afectivas (sensibilidad del cuidador ante las señales del niño, grado de interactividad mostrado en la interacción, o ambiente emocional del hogar). Considera que una base socio-emocional sólida es necesaria y beneficiosa para una adecuada asimilación de los aprendizajes.
	Entrenamiento basado en el ambiente físico	Se plantea el entrenamiento a los padres en la provisión de ambientes físicos adecuados, donde los juguetes y las actividades son altamente motivantes para el niño, consiguiendo así más y mejores oportunidades para el aprendizaje

La implicación familiar en el proceso de intervención aumenta el rendimiento lingüístico del niño, favorece el uso de contextos naturales donde la

generalización por parte del niño es más fácil y perdurable, mejora el ajuste emocional de los niños, incrementa la competencia y eficacia parental y promueve los vínculos afectivos familiares, suavizando así el impacto negativo de la crianza de un niño con retraso evolutivo lingüístico (Aguado, 1988; Ato, Galián & Cabello, 2009)

Cabe mencionar que, de acuerdo con Rapin (1996), el medicamento juega un rol menor en el manejo de niños con retardos del lenguaje, a menos que haya problemas conductuales específicos como déficit de atención, impulsividad, agresión descontrolada o crisis convulsivas. Varios autores recalcan la importancia de una intervención temprana para maximizar la tasa de aprendizaje del lenguaje dentro de su período óptimo en la infancia, para así, minimizar consecuencias conductuales secundarias a una inadecuada comunicación (Bishop, 2006; Geromini, 1996; Rapin, 1996)

Adherencia Terapéutica.

Así como la mala conducta puede ser resultado de una inadecuada disciplina, la pobreza del lenguaje puede ser debida al nivel de cultura del hogar, los errores educativos por parte de los padres, el consentimiento excesivo o la exigencia excesiva para que hable (Espina, Fernández & Pumar, 2001). Esto significa que la intervención clínica del paciente con retardo del lenguaje debe ser tanto individual como familiar. Es deber de los tutores del paciente que se desarrolle una adecuada **adherencia terapéutica**, entendida por DiMatteo & DiNicola (como se citaron en Alfonso y Abalo, 2004), como “una implicación activa

y voluntaria del paciente en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo, cuyo fin es producir un resultado terapéutico deseado” (p. 93).

La adherencia debe cumplirse en sus 4 componentes para lograr un tratamiento exitoso: aceptar formar parte del tratamiento, cumplir las indicaciones, prevenir comportamientos de riesgo y promover conductas saludables (Nieto & Pelayo, 2009). Para Rocha, Forns & Chamarro (2009), las estrategias adoptadas por las familias dependen más de otras variables que del padecimiento en sí mismo, siendo las familias sobreprotectoras las que menos se adhieren al tratamiento. Laplante, Zelazo y Kearsley (1991), entrenaron a padres de niños preescolares en manejo conductual de los problemas de conducta y encontraron que mientras el comportamiento inadecuado de los niños disminuía, el vocabulario y la interacción verbal incrementaba.

Capítulo 2. Familia y Crianza

Familia

Definición

El concepto de familia ha cambiado a lo largo de la historia, junto con su dinámica, estructura y composición, adaptándose a los cambios sociales, económicos y geográficos; aún así, a través de los años ha mantenido su posición como la unidad básica de nuestra sociedad (Sallés & Ger, 2011). Actualmente, la UNICEF, a través de la Convención de los Derechos de los Niños, reconoce a “la familia, como grupo fundamental de la sociedad y medio natural para el crecimiento y el bienestar de todos sus miembros, y en particular de los niños” (1989). En esta primera sociedad, los niños comienzan a relacionarse, a interactuar con el entorno y desarrollarse como seres sociales, creando las bases de su identidad, aprendiendo a apreciarse a sí mismo y desarrollando su autoconcepto y autoestima, entre otros rasgos de su personalidad (Mora & Tena, 2009).

Parentalidad

La parentalidad se define como el rol que se desarrolla conforme a las necesidades cambiantes de los niños, mismo que puede beneficiar y potenciar la efectividad de la crianza de un niño, o afectarla; cuando es llevada a cabo por dos o más adultos, quienes cuidan y se responsabilizan del niño, es denominada coparentalidad (Bigner & Gerhardt, 2014).

Para lograr una parentalidad adecuada, es necesario que los padres reflexionen respecto a su labor como tales, en un juicio crítico que les permita concientizar sus fortalezas y debilidades. Así, en un estudio, Jiménez, Concha y Zúñiga (2012), proponen el concepto de **autoeficacia parental** como las

creencias y expectativas de los individuos sobre su capacidad para desarrollarse como padres hábiles y eficientes. El estudio encontró que a mayor eficiencia percibida para gestionar la casa, el trabajo y el cuidado de los hijos, las interacciones padre/madre-hijo se vuelven más positivas, por lo que la crianza resulta más favorable. De igual manera, la redistribución de los roles en parejas de ambos padres trabajadores implica una mayor participación y compromiso de ambos en el hogar.

Funciones parentales en la crianza de los hijos.

Competencias parentales.

Sallés y Ger (2011), definen las competencias parentales como la capacidad para cuidar de los hijos generando y coordinando respuestas (afecto, cognición, comunicación, comportamiento) flexibles y adaptativas a corto y a largo plazo ante las demandas de sus necesidades evolutivas y educativas, adaptándose a los estándares aceptados por la sociedad. Los padres que cubren las necesidades físicas y afectivas desde los primeros días de vida de los hijos, crearán lazos con sus hijos, quienes a su vez se convertirán en personas seguras de sí mismas con expectativas de gratificaciones sociales futuras (Mora & Tena, 2009).

La falta de lazos puede provocar que los niños se conviertan en seres desconfiados, tímidos e inseguros. Sallés y Ger (2011), consideran que las funciones parentales, protección y educación de los hijos son básicas y propias de la naturaleza humana y pueden centrarse tanto en el desarrollo de los padres como en el desarrollo de los hijos, tal como se muestra en la Tabla 2:

Tabla 2
Funciones parentales centradas en el desarrollo de los padres y en el desarrollo de los hijos (Sallés y Ger, 2011)

Función parental	Desarrollo de los padres	Desarrollo de los hijos
De protección	Un espacio para crecer como personas adultas con un buen nivel de bienestar psicológico.	Velar por el buen desarrollo, socialización y crecimiento de los hijos
Afectiva	Un espacio de preparación para aprender a afrontar retos y a asumir responsabilidades y compromisos.	Proporcionar un entorno que garantice el desarrollo psicológico y afectivo del niño: comunicación, amor, paciencia y dedicación.
De estimulación	Un espacio de encuentro intergeneracional	Aportar a los hijos estimulación que garantice que se pueden desarrollar correctamente en su entorno físico y social. Que potencien sus capacidades tanto físicas como intelectuales, sociales.
Educativa	Una red de apoyo social para las transiciones vitales, como encontrar la primer pareja, la búsqueda de trabajo...	Tomar decisiones que garanticen el desarrollo educativo del niño tanto en el ámbito educativo, como con el modelo familiar que se establezca. Los padres deben poder orientar y dirigir el comportamiento de los niños, sus actitudes y valores de una forma coherente con el estilo familiar y que sea aceptable para el entorno.

Una de los resultados más evidentes de cumplir con las funciones parentales es **el autoestima**, o la disposición a considerarse competente frente a los desafíos básicos de la vida mediante el aprendizaje, la toma de decisiones y el afrontamiento al cambio (Branden, 1995). Dado que ésta depende de las experiencias que tienen lugar entre la persona y el medio que lo rodean, la familia se convierte en el mejor escenario para incentivarla y fomentarla; por lo que es labor de los padres posibilitar espacios para que los hijos prueben sus capacidades y fortalezas, creyendo en el niño e impulsándolo a volver a intentar aquello que no le salió bien (Purizaca, 2012).

Para desarrollar el autoestima, los padres deben establecer expectativas y modelos claros, firmes y coherentes que permitan a los niños conocer qué

comportamientos son correctos e incorrectos para integrarse a una sociedad (Purizaca, 2012).

Proceso de socialización.

Parte de las funciones parentales es enseñar a los hijos, mediante el entrenamiento y observación de aquellas habilidades, actitudes y conductas necesarias para poder adaptarse a una familia y a una sociedad mediante la enseñanza de valores, actitudes, y comportamientos saludables y responsables.

Al aprendizaje de estas habilidades se le denomina proceso de socialización y es bidireccional, pues implica a padres e hijos en la transmisión, aceptación e internalización de los mensajes emitidos. Las estrategias de socialización han sido centradas en cuatro aspectos de las conductas de los padres: el afecto en la relación, el grado de control, el grado de madurez y la comunicación entre padres e hijos (Jiménez, Concha & Zúñiga, 2012), así como la resolución de conflictos y la promoción de autonomía e independencia de los miembros de la familia (Mora & Tena, 2009). Para comprender mejor este proceso, es necesario hablar de los estilos parentales.

Estilos parentales y estrategias de crianza.

Son la forma en la que los padres actúan respecto a sus hijos, a través de la regulación de conducta, toma de decisiones, resolución de conflictos y modo de interactuar (Jiménez, 2010). Cada estilo crea un clima de convivencia en la familia (González & Landero, 2012) y determina comportamientos y vínculos que establecerán los hijos en el futuro (Jiménez, Concha & Zúñiga, 2012), influyendo tanto en problemas internalizantes (ansiedad, miedos no evolutivos) como

externalizantes (conductas de oposición, agresividad, estrategias de afrontamiento, competencias sociales) (Franco, Pérez & Pérez, 2014).

La importancia de conocer los estilos parentales de cada familia reside en que cada padre pueda identificarse dentro de uno o varios, a fin de modificar pautas de conductas parentales disfuncionales para promover en sus hijos un pensamiento crítico, independencia, valores, creencias y costumbres. En este sentido, Baumrind (como se citó en Jiménez, 2010), definió cuatro estilos parentales: autoritario, permisivo indulgente, permisivo negligente y autoritativo:

Autoritario.

Los padres valoran la obediencia como una virtud. Se valen del castigo o la fuerza para hacer cumplir su autoridad, no facilitan el diálogo y mantienen a los niños en un papel subordinado, controlando y evaluando su comportamiento en función de sus propios patrones rígidos. Este estilo repercute negativamente en el desarrollo de los hijos, al promover la dependencia, baja competencia social y baja autoestima, así como un pensamiento crítico pobre (Bigner & Gerhardt, 2014). Los niños que se desarrollan en este estilo de crianza son niños descontentos, reservados, poco tenaces, poco comunicativos y afectuosos, con tendencia a una pobre interiorización de valores (Jiménez, 2010), normas sociales y conocimiento académico, pues su sumisión es producto del miedo. Así mismo, pueden presentar problemas de depresión, baja autoestima, ansiedad y miedo a ser maltratado (Alarcón, Hernández, Molano, & De la Espirella, s.f).

Permisivo Indulgente.

Estos padres dotan al menor de autonomía, ceden ante los impulsos y las acciones del niño, evitando utilizar la autoridad, las restricciones y el castigo. No son exigentes en cuanto a la madurez y responsabilidad en las tareas y no marcan límites. Existe indiferencia ante las actitudes y conductas del niño, tanto positivas como negativas, dificultando la asunción de obligaciones por parte del niño (Raya, 2008). En ocasiones, este estilo puede confundirse con una buena relación padre-hijo. Estos niños tienen mayores niveles de problema de conducta, tendencia a las adicciones, baja motivación de logro y menor rendimiento (Cárdenas & Cortés, 2009).

Permisivo negligente.

Este estilo implica padres que no responden ni atienden a las necesidades de sus hijos, mostrando un escaso o nulo compromiso paterno. No se implican afectivamente en los asuntos de sus hijos, y la permisividad puede deberse a falta de tiempo o de interés, derivando sus responsabilidades hacia la escuela u otros familiares (Raya, 2008). En consecuencia, los niños criados en este estilo son aparentemente alegres y vitales, pero en realidad muestran altos niveles de dependencia, ansiedad, impulsividad, conductas agresivas, tendencia a mentir y una exigencia desmesurada hacia el medio (Jiménez, 2010). De igual forma, presentan un bajo rendimiento académico, baja autoestima y pobres habilidades sociales (Cárdenas & Cortés, 2009).

Autoritativo o democrático.

Los padres democráticos dirigen la actividad del niño de una manera racional, utilizando el razonamiento y la negociación, partiendo de la aceptación de los derechos y deberes propios y de los niños. Se caracteriza por la comunicación bidireccional y el énfasis entre la responsabilidad social de las acciones y el desarrollo de la autonomía e independencia en el menor. Favorece la valoración del logro porque los padres tienden a involucrarse más activamente en las tareas del hijo (Cárdenas y Cortés, 2009). Los niños se vuelven independientes y cariñosos, respetuosos con los valores, socialmente desenvueltos, con buen autocontrol y autoconfianza; tienen un alto rendimiento académico y obedecen a la autoridad interiorizando las normas.

Maccoby y Martin (1983) proponen que el modelo óptimo para favorecer un desarrollo evolutivo adecuado es el estilo *democrático* o *autoritativo*, ya que combina de manera adecuada los niveles de afecto/apoyo emocional y de control/disciplina. Jiménez (2010) menciona que para mejorar las relaciones familiares y con ello mejorar el pronóstico en un tratamiento psicológico, los padres deben crear normas explícitas, concretas e instrucciones claras, pactando con el niño consecuencias de su no cumplimiento.

Los padres deben ser el modelo de los comportamientos esperados en los hijos, y ser coherentes con lo que piden y la manera en la que actúan; por lo tanto, ambos padres deben concordar en la toma de decisiones, lo que generará un clima familiar basado en el afecto, el cuidado y la consistencia, favoreciendo el autoestima y la autorregulación del niño. Así, Jiménez (2010), en concordancia

con Sallés & Ger (2011), mencionan cuatro factores clave del estilo democrático, descritos en la Tabla 3:

Tabla 3

Los cuatro factores clave a del estilo parental democrático (Jiménez, 2010; Sallés & Ger, 2011)

Afecto	Demostrar aceptación hacia el niño, tanto en la comunicación (verbal y no verbal), como en la búsqueda de espacios compartidos, etc., cuidando no caer en excesos o conductas patológicas.
Comunicación	Los padres tienen que comunicarse con sus hijos en un ambiente de escucha mutua, respeto y empatía, manteniendo siempre una jerarquía de competencias.
Límites	Regulan el comportamiento del niño, y más adelante, permiten el control sus emociones, impulsos y deseos. Éstos deben ser adaptados a cada edad.
Tiempo	Es importante encontrar espacios para pasar tiempo de calidad con los hijos a través de actividades de ocio o recreativas para desarrollar una relación cercana.

Un ambiente familiar disfuncional (con conflictos maritales, sobreprotección, autoritarismo, escasez de afecto y percepción negativa de la crianza), genera un clima propicio para el desarrollo de ansiedad en el niño, siendo ésta una problemática que afecta al desarrollo del aprendizaje (Newcomb, Mineka, Zinbarg & Griffith, 2007). De acuerdo con Cárdenas y Cortés (2009), cuando los padres se perciben como incapaces de controlar la conducta de sus hijos, favorecen que estos últimos resuelvan sus problemas y sigan adelante por sí solos, lo que deja a los niños con muy escasos recursos para enfrentar problemas difíciles, repercutiendo en su autoestima y aprendizaje a nivel cognitivo y social.

Ambiente familiar cuando hay niños con problemas de lenguaje

Existen diversos estudios que demuestran la asociación de los trastornos del lenguaje con problemas de conducta (Whitehurst & Fishcel, 1994) en el ambiente del hogar. Caulfield, Fischel, DeBaryshe & Whitehurst (1989) observaron la interacción y la conducta de niños de dos años con retardo del lenguaje y sus padres, y notaron que los niños presentaban comportamientos como llanto, gritos,

golpes y aventar juguetes. Estos niños recurrían más a la comunicación no verbal, mientras que sus padres recurrían al castigo físico como método de disciplina.

Otro estudio hecho por Caulfield (como se cita en Whitehurst & Fishcel, 1994), estudió cómo la frustración que se da en niños con habilidades verbales restringidas para ciertas situaciones puede llevar a la expresión de conductas negativas como llanto o berrinches. Así, se estudiaron niños preescolares con y sin retardos del lenguaje, en tres tareas diferentes. En la primera situación, ambos grupos de niños realizaron una tarea no verbal, observándose bajos niveles de comportamiento inadecuado. En la segunda tarea, se les pidió leer, lo que era imposible debido a su edad, por lo que ambos grupos mostraron un mal comportamiento. En la tercera tarea, tuvieron que nombrar objetos, lo cual es fácil para niños sin retardo, pero difícil para niños con retardo; en esta ocasión, fueron los niños con retardo del lenguaje los únicos que mostraron un comportamiento inadecuado. Esto demuestra que las situaciones que son comunicativamente difíciles pueden generar comportamientos inadecuados como berrinches y llanto.

En este sentido, ya sea que los problemas de comportamiento en los niños se den por déficits en la comprensión o por la frustración al no poderse comunicar, son las interacciones bidireccionales padre-hijo las que las continúan o detienen. Por lo tanto, aquellos padres que no sólo carecen de habilidades para disciplinar a sus hijos, si no que refuerzan sus conductas inadecuadas, promueven el impacto en otras áreas fundamentales del desarrollo como la maduración del lenguaje (Whitehurst & Fishcel, 1994). Otro factor aunado a la falta de atención, es la no promoción del autoestima en el niño, y un niño con baja autoestima demuestra

frustración e impotencia en los estudios, por lo que es fácil que fracase; por el contrario, un niño con alta autoestima, mejora su rendimiento escolar considerablemente, pues manifiesta menos ansiedad ante problemas y fracasos que se le presenten (Purizaca, 2012).

Capítulo 3. Propuesta de intervención

Justificación

Diversos estudios han demostrado que tanto el entorno social como familiar son fundamentales en el desarrollo de los niños con retardos del lenguaje. De acuerdo con Hammer, Tomblin, Zhang & Weiss (2001), existe una relación entre el desarrollo del lenguaje y el comportamiento parental; el estilo conversacional del discurso se asocia al desarrollo sintáctico; la cantidad y la calidad del discurso se relaciona al desarrollo del vocabulario. Así mismo, existe evidencia de que las habilidades lingüísticas del niño influyen en el comportamiento de los padres. Los padres de los niños con retardos del lenguaje se dirigen hacia ellos en un lenguaje más básico y llegan a modificar pautas conductuales tales como la disciplina y la educación.

Kaiser & Hancock (2003) enfatizan en la evidencia de lo efectivo que es enseñar a los padres estrategias específicas para apoyar el desarrollo adecuado de los niños. Dichas estrategias pueden ser enseñadas a nivel individual o grupal y consisten, entre otras, en incrementar la responsividad y consistencia hacia la conducta de los niños, lo que impulsa su comunicación social temprana, y en aprender estrategias de intervención lingüística en la vida diaria, para lograr una intervención completa más allá del centro de terapia.

Actualmente, existen una variedad de talleres de crianza dirigidos a padres de familia, sin embargo, no muchos de éstos están diseñados para familias con niños que cursan con retardos del lenguaje. De esta manera, se propone un taller que aborde estrategias de crianza adaptadas a un ambiente con niños con retardos de lenguaje; dicha intervención en el contexto familiar pretende que éste

propicie un ambiente nutrido, para que el niño desarrolle al máximo sus habilidades lingüísticas, familiares y sociales.

Como se mencionó anteriormente, existe una prevalencia del 2-3% de los trastornos del lenguaje en México (sin signos neurológicos) (Secretaría de Salud, 2015c), siendo el retardo anártrico el más frecuente en relación a otros tipos de patología de lenguaje (35%) (Secretaría de Salud, 2015c).

Objetivos generales

Al término del taller para padres, los asistentes aplicarán los conocimientos y las habilidades adquiridas para llevar a cabo las estrategias de crianza autoritativas adaptadas a niños con retardos del lenguaje, para impulsar la disciplina, el manejo y modificación conductual, así como la comunicación padre-hijo.

Objetivos específicos

- Que los padres de familia conozcan las características de los retardos del lenguaje más comunes.
- Identificar las expectativas de la familia respecto del diagnóstico de retardos de lenguaje.
- Que los padres de familia conozcan las funciones y competencias parentales, así como la relación trabajo-familia para eficientar actividades y compromisos

- Conocer e identificar los estilos de crianza de cada padre con el fin de modificar las pautas necesarias. Se darán estrategias para un manejo conductual estilo autoritativo.
- Dar a conocer a los padres los principios básicos del manejo y modificación conductual, comunicación, disciplina y valores, enfocados en la estimulación del lenguaje del niño con RL.
- Que los padres mejoren y fortalezcan sus prácticas parentales para impulsar un desarrollo cognitivo y social en sus hijos, a través del establecimiento de rutinas, juegos de roles y promoción del diálogo.
- Identificar y fomentar la adherencia terapéutica a través de la modificación de las prácticas parentales en casa.

Participantes

El taller está dirigido a un grupo de 10 a 15 padres y/o madres de familia con los siguientes criterios de inclusión:

- Tener al menos un hijo/hija en edad escolar (entre 6 y 11 años) diagnosticado con algún retardo de lenguaje que no sea de patogenia audiógena.
- Sexo, edad, nivel socioeconómico o estado civil del padre/madre indistinto
- Escolaridad mínima de los padres: primaria

Materiales

- Equipo de cómputo con paquetería Office integrada

- Proyector y bocina
- Sillas (una por persona), mesa de trabajo y mesa para el proyector
- Cartulinas blancas
- Marcadores permanentes (negro y de colores)
- Hojas blancas
- Etiquetas blancas
- Pelota de hule pequeña
- Presentaciones de Power Point para cada tema
- Copias del Inventario de Prácticas de Crianza (IPC) (Morales & Martínez, 2013) (una por asistente)
- Copias del Cuestionario de Interacción Trabajo-Familia (SWING) (Moreno, Sanz, Rodríguez & Geurts, 2009) (una por asistente)

Instrumentos de Evaluación

1. El **Inventario de Prácticas de Crianza (IPC)** (Anexo 1) (López, en Morales & Martínez, 2013) es un cuestionario auto-aplicable de lápiz-papel, cuyo objetivo es evaluar las conductas de los padres con respecto a la disciplina y a la promoción del afecto de sus hijos.

El inventario cuenta con 40 ítems tipo Likert, con siete opciones de respuesta que van desde **nunca** hasta **siempre**. Se brindará una copia del cuestionario individualmente para ser contestado al principio y al final del taller, con el fin de valorar si hubo un cambio en las prácticas parentales de los padres. A los tres meses de haber concluido el taller, se enviará el cuestionario a través del

correo electrónico para evaluar si los padres mantuvieron el cambio o volvieron a las prácticas anteriores.

Como se mencionó anteriormente, al iniciar y al finalizar el Taller de Crianza, se pedirá a los padres que completen el IPC. Para calificarlo, se asigna un valor a cada opción de respuesta: 0 a “nunca”, 1 al “primer cuadro”, 2 al “segundo cuadro”, 3 al “tercer cuadro”, 4 al “cuarto cuadro”, 5 al “quinto cuadro” y 6 a “siempre”. Posteriormente, el puntaje se sumará y se anotará en la hoja de calificación (Anexo 2), de tal manera que a mayor puntaje en cada una de las escalas, mayor es el atributo del padre con relación a las prácticas de crianza de sus hijos (Morales & Martínez, 2013). Es instrumento está constituido por 6 sub-escalas:

Tabla 4
Reactivos asignados a las sub-escalas del IPC (Morales & Martínez, 2013)

Sub-escala	Descripción	Reactivos asignados
Castigo	Conductas no deseadas que los padres realizan para corregir el comportamiento de sus hijos (gritar, regañar, obligar, etc.).	14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 33 y 38.
Ganancias materiales	Consecuencias materiales que los padres otorgan ante el comportamiento deseado de sus hijos (comprar objetos o premiarlos con un juguete).	1, 7, 21, 26, 28 y 39.
Interacción social	Conductas que realizan los padres con la finalidad de tener interacciones positivas con sus hijos (platicar, explicar, escuchar, etc.).	2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12 y 13.
Normas	Acciones que realizan los padres con el objetivo de establecer reglas a sus hijos (establecer acuerdos o enseñar cómo se tienen que cumplir las reglas).	29, 30, 31, 32, 34 y 35.
Ganancias sociales	Conductas de aprobación de los padres ante el comportamiento adecuado de sus hijos (elogiar, felicitar, dar las gracias, etc.).	22, 23, 24, 25 y 27.
Límites	Conductas que los padres realizan para establecer límites a sus hijos (establecer autoridad o imponer un horario).	36, 37 y 40

Se espera que al final del taller, haya un incremento en las sub-escalas de *interacción social, normas, ganancias sociales y límites*, así como un descenso en

la frecuencia de *castigo*, como consecuencia de un mejor manejo conductual en casa.

2. El **Cuestionario de Interacción Trabajo-Familia (SWING)** (Anexo 3), desarrollado por S. Geurts y colaboradores, en su versión española por Moreno, Sanz, Rodríguez & Geurts (2009), validado en México por Betanzos & Paz-Rodríguez (2012) evalúa las relaciones entre el trabajo y la familia a través de 22 ítems tipo Likert con cuatro opciones de respuesta que van de **nunca** a **siempre**. Éste será aplicado en la segunda sesión del taller con el objetivo de generar una conciencia sobre la relación trabajo-familia que viven los padres y si ésta es eficiente o debe ser modificada.

Para calificarlo, se asigna un valor a cada opción de respuesta: 0 a “nunca”, 1 al “a veces”, 2 al “a menudo”, 3 al “siempre”. distribuidos en cuatro subescalas: interacción negativa trabajo-familia (ítems 1 a 8), interacción negativa familia-trabajo (ítems 9 a 12), interacción positiva trabajo-familia (ítems 13 a 17), e interacción positiva familia-trabajo (ítems 18 a 22). Se obtendrán las medias de cada ítem y posteriormente se calcularán las medias agrupadas de las subescalas, de manera que a mayor puntaje en las subescalas negativas (interacción negativa trabajo-familia, interacción negativa familia-trabajo), se referirá un mayor conflicto en la relación laboral-familiar; por el contrario, a mayor puntaje en las sub-escalas positivas (interacción positiva trabajo-familia, interacción positiva familia-trabajo), se referirá una interacción más adecuada entre el aspecto laboral y familiar.

Escenario

Se propone llevar a cabo el taller en centros comunitarios o en instituciones de salud en los que se atiendan niños con RL, al ser estos los lugares en los que se concentra una buena parte de la población de pacientes con estas características. Podría impartirse también en escuelas que tengan alumnos identificados con RL, en este caso, los padres tendrían que mostrar que el niño ha sido diagnosticado y que empezará un tratamiento.

Aula

Salón con capacidad para 20 personas, con espacio suficiente para hacer dinámicas de pie, adecuadamente iluminado y con ventilación natural y/o artificial, con pantalla o pizarrón blanco para proyección y conexiones eléctricas. El aula deberá contar con el mobiliario necesario para los participantes, tales como bancas con pupitre o sillas y mesas.

Estructura del taller

El taller estará segmentado en 5 sesiones de 2 horas cada una, las cuales serán impartidas semanalmente. El temario del taller es el siguiente.

- 1) Definiendo los retardos del lenguaje (RL)
 - i) Tipos de RL
 - ii) Diagnóstico de los RL
 - iii) Tipos de terapias para RL
 - iv) Expectativas de los padres respecto de un hijo con RL

2) El rol de la familia en el tratamiento de los RL

i) Qué es la familia.

(a) Familias con niños con RL.

ii) Interacción trabajo-familia y estimulación del lenguaje.

iii) Parentalidad: funciones y competencias parentales.

iv) Escucha activa para promover el lenguaje en los niños RL.

v) Fallas comunes en la educación de niños con RL.

3) Estilos de crianza y estimulación de la comunicación.

a) Definición e identificación de estilos de crianza.

i) El estilo autoritativo como el mejor en el trabajo de estimulación del lenguaje.

b) Comunicación: cómo estimular las habilidades comunicativas de los niños RL desde el hogar.

c) Establecimiento de acuerdos parentales.

d) Límites y normas.

4) Cubrir necesidades de estimulación y socializadoras.

a) Juegos de roles para promover generación y fluidez del lenguaje.

b) Organización personal: establecer hábitos y crear un diario de observaciones.

c) Autoestima, asertividad, empatía y apego: su importancia en el tratamiento de los RL.

d) Búsqueda de apoyo y adherencia terapéutica.

5) Revisión general

a) Jeopardy: revisión de temas

Cartas descriptivas

Sesión 1. Definiendo los retardos del lenguaje (RL)

Objetivos específicos:			
Los participantes se integrarán como grupo y conocerán los objetivos del taller.			
Los padres conocerán los tipos de PL, sus diagnósticos y terapias existentes.			
Los padres identificarán sus expectativas, opinines y preocupaciones respecto al diagnóstico de PL de sus hijos			
Actividad	Procedimiento	Material	Tiempo
Registro de asistencia y cuestionario pre-evaluatorio.	-Los participantes se registrarán en la lista de asistencia. -Conforme se anoten en la lista, se les entregará el <i>Inventario de Prácticas de Crianza (IPC)</i> para que lo contesten individualmente.	-Hojas blancas tabuladas. -Plumas negras. -Copias del <i>Inventario de Prácticas de Crianza.</i>	20 minutos.
Bienvenida: “La telaraña”	-La facilitadora tomará una madeja de estambre, dirá su nombre y un animal que empiece con la primer letra de su nombre. Posteriormente pasará la madeja a un asistente, quien dirá la propia. El asistente pasará nuevamente la madeja y uno a uno irán presentándose hasta que el grupo entero se convierta en una telaraña. Al terminar, el último en presentarse regresará la madeja al participante anterior y repetirá su información. Uno a uno regresarán la madeja hasta que la telaraña se deshaga. -Se les entregarán etiquetas autoadheribles a cada integrante, en las que escribirán sus nombres y las pegarán en su pecho.	-Madeja de estambre. -Etiquetas autoadheribles.	20 minutos.
Introducción al taller.	-La facilitadora preguntará las expectativas que tienen acerca del taller, y se irán anotando en el rotafolio. Al final, se comentarán y se guardarán para el final del curso. -Mediante la participación de los asistentes, se establecerán las reglas del taller (puntualidad, celulares, respeto, etc.). -La facilitadora expondrá los objetivos del curso, y el temario.	-Rotafolio con hojas. -Marcadores permanentes.	20 minutos.
Mitos y realidades.	-Los asistentes formarán equipos de 5 personas, y se les dará una cartulina blanca en la que harán tres listas: <i>sí, no y no sé.</i> -En la lista <i>sí</i> , anotarán lo que sí son los problemas de lenguaje, en la lista <i>no</i> anotarán lo que no son o los mitos, y en la tercera, aquellas cosas que ignoran y que quisieran saber al respecto. -Al terminar, entregarán la cartulina, lo revisarán junto con la facilitadora para checar y corregir conceptos si es necesario. -Usando la presentación de Power Point, la facilitadora explicará los tipos de PL que existen, sus diagnósticos, tratamientos y prevalencias.	-Cartulinas blancas -Marcadores permanentes. -Computadora, proyector y presentación de Power Point.	40 minutos.
¿Qué espero de mi hijo?	-En grupos de 4, los asistentes comentarán cuál fue el diagnóstico de su hijo, cuál fue el tratamiento recomendado y las expectativas que ellos tienen con sus hijos a corto, mediano y largo plazo. Luego se comentarán en grupo. -La facilitadora explicará, con la presentación de Power Point, la importancia de tener claro el PL de lenguaje de los hijos, así como de discernir entre las expectativas realistas e irreales a corto, mediano y largo plazo. -Se fomentará la expresión de opiniones, preocupaciones, grado de culpabilización de los problemas, aspiraciones, fortalezas y debilidades tanto de los niños como de los padres.	-Computadora, proyector y presentación de Power Point.	20 minutos.

Sesión 2. El rol de la familia en el tratamiento de los RL

Objetivos específicos:			
<p>Los padres de familia conocerán el concepto de familia y sus principales características; comentarán su experiencia diaria con un niño con problemas del lenguaje.</p> <p>Los padres de familia identificarán las funciones y competencias parentales, así como la relación trabajo-familia y generarán estrategias para eficientar sus actividades y compromisos.</p> <p>Los padres de familia identificarán aquellas fallas que están cometiendo en la educación de sus hijos que impiden que la disciplina y la comunicación sean eficientes.</p>			
Actividad	Procedimiento	Material	Tiempo
<p>¿Qué es la familia? Familias con niños RL.</p>	<p>-Lluvia de ideas: qué es una familia? Los padres levantarán la mano y dirán todo aquello que ellos entiendan por familia.</p> <p>-La facilitadora expondrá el concepto de familia, junto con sus características principales y lo comparará con los conceptos mencionados por los asistentes.</p> <p>-Familias con niños RL: Las familias platicarán en grupos de 4 la experiencia que han vivido en casa al tener un niño con RL.</p> <p>-La facilitadora hablará sobre la importancia del trabajo colaborativo (terapia-hogar) en la estimulación del lenguaje.</p>	<p>-Computadora, proyector y presentación de Power Point.</p>	<p>30 minutos.</p>
<p>Interacción Trabajo-Familia y estimulación del lenguaje.</p>	<p>-Los participantes contestarán el SWING para reflexionar sobre la interacción entre trabajo y familia, su eficiencia y el impacto que puede tener en el avance del trabajo en casa (en relación con la necesidad del niño de recibir estimulación del lenguaje constantemente).</p> <p>-Los padres harán una lista de estrategias para eficientar las actividades que involucran la casa, el trabajo y el trabajo con el niño RL, usando hojas de colores y marcadores permanentes.</p>	<p>-Copias del SWING. -Hojas de colores.</p>	<p>10 minutos.</p>
<p>Parentalidad: funciones y competencias.</p>	<p>-La facilitadora expondrá el concepto de parentalidad, las funciones centradas en el desarrollo de los padres/hijos, la percepción de la autoeficacia parental y la consecuencia de la ausencia de competencias parentales.</p>	<p>-Computadora, proyector y presentación de Power Point.</p>	<p>20 minutos.</p>
<p>Primera estrategia: escucha activa.</p>	<p>-Escucha activa, la cara de un payaso: Junto con los padres, la facilitadora dibujará una cara de payaso en una hoja, que representa la escucha activa (ojos: mirar a los ojos y estar al nivel del niño; nariz: respirar mientras se recibe el mensaje, no alterándose sea cual sea su naturaleza; sonrisa: disposición a escuchar sin juzgar).</p> <p>-Se brindarán y practicarán estrategias de escucha activa y atención física como: fomentar respuestas mediante gemidos de comunicación, parafraseo, ofrecer respuestas relacionadas y coherentes, resumir el discurso (Acosta, 2003).</p>	<p>-Hojas blancas. -Marcadores permanentes.</p>	<p>30 minutos.</p>
<p>Fallas comunes en la educación de niños con RL.</p>	<p>-En grupos de 5, los asistentes comentarán qué es lo que hacen para manejar la conducta de sus hijos, cómo los regañan y cuáles son las consecuencias que ejercen cuando su hijo/hija presenta una conducta inadecuada. En hojas blancas, escribirán una lista de aquello que consideren fallas o áreas en las que podrían mejorar en cuanto a la disciplina/comunicación.</p> <p>-La facilitadora comparará las listas entre sí, encontrando similitudes entre las prácticas de los padres; luego explicará algunas de las fallas más frecuentes en familias de niños que cursan con un RL. (sobreprotección, consentimiento, falta de reglas, fallas en la comunicación, etc.)</p> <p>-No pienso callarme: video sobre las imposiciones que se le ponen a los niños: ver y comentar en grupo.</p> <p>*los padres traerán un frasco de vidrio la siguiente sesión</p>	<p>-Hojas blancas. -Plumas negras. -Computadora, proyector y presentación de Power Point.</p>	<p>30 minutos.</p>

Sesión 3. Estilos de crianza y estimulación de la comunicación

Objetivos específicos:			
Los padres de familia identificarán sus estilos de crianza. Se explicará la eficiencia del estilo autoritativo en el trabajo de estimulación del lenguaje.			
Los padres de familia harán una lista con 10 límites y reglas, considerando las actividades de estimulación del lenguaje y organización personal a corto y mediano plazo.			
Los padres de familia crearán planes de intervención para modificar las conductas.			
Actividad	Procedimiento	Material	Tiempo
Estilos de crianza: Mis papás vs. Yo.	<p>-Mis papás vs. Yo: la facilitadora proyectará situaciones que padres e hijos viven comúnmente en casa. Los asistentes deberán contestar en una hoja qué habrían hecho sus padres ante dicha situación, y qué harían ellos. Al terminar, compararán sus respuestas y posteriormente se comentará en grupo. La facilitadora escribirá las diferencias entre los padres de una generación atrás y los actuales en el rotafolio.</p> <p>-La facilitadora expondrá los diferentes estilos de crianza existentes y sus características básicas.</p> <p>-Con qué estilo de crianza me identifico: los padres tomarán la hoja en la que escribieron las respuestas y reflexionarán las siguientes preguntas: ¿Bajo qué estilo(s) de crianza crecí? ¿Qué estilo(s) de crianza estoy aplicando con mi hijo? ¿Debo modificar algún aspecto en mis estilos de crianza?</p> <p>-Se explicará la eficacia y ventajas del estilo de crianza autoritativo en el trabajo de estimulación del lenguaje.</p>	<p>-Computadora, proyector y presentación de Power Point.</p> <p>-Rotafolio con hojas y marcadores permanentes.</p> <p>-Hojas blancas y plumas.</p>	20 minutos.
Segunda estrategia: comunicación.	<p>-La familia como motor de cambio: se hará una lluvia de ideas sobre cómo estimular las habilidades comunicativas de los niños RL desde el hogar.</p> <p>-Tomando las mejores ideas, la facilitadora ahondará en ideas para estimular el lenguaje, como:</p> <ul style="list-style-type: none"> -incrementar el uso de modelado, repeticiones, expansiones, extensiones, incorporaciones y reformulaciones del lenguaje -Aumentar interacciones verbales durante las rutinas. -Formular preguntas abiertas en lugar de preguntas cerradas 	<p>-Computadora, proyector y presentación de Power Point.</p>	20 minutos.
Establecimiento de acuerdos parentales.	<p>-La facilitadora expondrá la importancia de establecer acuerdos parentales y mantenerlos a lo largo de la crianza de los hijos, para fomentar hábitos, una disciplina adecuada y una comunicación asertiva, a través del apoyo, la supervisión, el afecto, la comunicación y el equilibrio.</p>	<p>-Computadora, proyector y presentación de Power Point.</p>	20 minutos.
Límites y normas.	<p>-Video: sólo respira: ver video y comentar cómo sobrellevar un episodio de enojo, sobre todo ante la frustración por la limitante de la comunicación niño-padre.</p> <p>-Los padres harán un frasco con agua, glicerina y diamantina que podrán usar como método de regulación del enojo.</p> <p>-Los asistentes comentaran las diferencias entre límites y normas; luego, se darán los conceptos de ambos, recalcando la importancia de que éstos sean cortos y claros para los niños RL. Se expondrán algunos ejemplos de niños RL y los asistentes propondrán límites, normas y consecuencias.</p>	<p>-Computadora, proyector y presentación de Power Point.</p> <p>-Frascos de vidrio.</p> <p>-Glicerina.</p> <p>-Diamantina de colores.</p>	30 minutos.
Control parental: nuevos límites y reglas.	<p>- Los padres harán una lista con 10 límites y reglas que deberán seguirse en casa, considerando las actividades de estimulación del lenguaje.</p>	<p>-Computadora, proyector y presentación de Power Point.</p> <p>-Hojas blancas y plumas.</p>	30 minutos.

Sesión 4. Cubrir necesidades de estimulación y socializadoras

Objetivos específicos:			
<p>Los padres identificarán las conductas que modifican para adaptarse a sus hijos. Se harán juegos de roles para ejemplificar la riqueza de éstos en la generación y fluidez del lenguaje. Los asistentes crearán un calendario semanal de actividades para establecer hábitos en casa, así como un diario del lenguaje de sus hijos. En equipos, los asistentes expondrán los conceptos de autoestima, asertividad, empatía y apego al resto del grupo para profundizar en los conceptos y su relevancia en la crianza de los hijos.</p>			
Actividad	Procedimiento	Material	Tiempo
¿Qué hago para estimular a mi hijo?	-¿Qué hago para estimular a mi hijo? Se preguntará a los padres aquellas conductas que tienen que modificar cuando están con sus hijos con RL, con el fin de “adaptarse a sus necesidades” (modificación del tono o ritmo de voz, discurso, juegos, disciplina, etc.). También se preguntará cómo han manejado el tema del RL con los niños (si se lo han informado, o lo ocultan, si han informado a la escuela, etc.).	-Computadora, proyector y presentación de Power Point.	15 minutos.
Tercer estrategia: juegos de roles.	-Se expondrá la importancia de estimular en casa al niño con RL, a través de juegos de roles, que aumentan el vocabulario y desarrollan la fluidez verbal -Cada grupo de 4 padres recibirá un papelito con un rol (doctor, abogado, dentista, etc.). Los padres deberán actuarlo por dos minutos, posteriormente, les será asignado uno nuevo.	-Papelitos. -Plumas negras.	15 minutos.
Cuarta estrategia: Hábitos, diario y manual.	-La facilitadora expondrá sobre la generación y mantenimiento de hábitos para un mejor control conductual, una convivencia más sana y un éxito terapéutico mayor. -Los papás, individualmente (o con su pareja), crearán su propio calendario semanal de actividades en una cartulina usando marcadores permanentes y de colores, decorando la cartulina lo mejor posible. Las tareas de estimulación de lenguaje serán de color dorado. Luego se pedirá que al llegar a casa, expongan la cartulina en un lugar visible y expliquen a sus hijos la rutina que deberán seguir. -Los padres decorarán también un cuaderno que servirá de diario para anotar todas las observaciones que hagan sobre el lenguaje de sus hijos (avances, retrocesos, etc.), y en las primeras páginas, escribirán un manual con todas las instrucciones que se les dan en terapia y otra con las estrategias de crianza que les han sido útiles.	-Computadora, proyector y presentación de Power Point. -Cartulinas blancas, marcadores de colores y permanentes. -Marcadores dorados. -Cuadernos individuales. -Plumas.	30 minutos.
Autoestima Asertividad Empatía Apego.	-Los asistentes se juntarán en equipos de 5, y se les dará un concepto (autoestima, asertividad, empatía y apego), junto con su explicación y su importancia en el tratamiento de los RL. Los padres tendrán 15 minutos para planear cómo exponer el concepto al resto del grupo, la importancia de éste y uno o varios ejemplos del mismo. Se les entregará una cartulina y marcadores para que plasmen los conceptos y sus ideas. Cada exposición durará 5 minutos. La facilitadora complementará la exposición, de ser necesario, con aclaraciones o propuestas. -Se abrirá sesión de preguntas y respuestas.	-Computadora, proyector y presentación de Power Point. -Cartulinas blancas, marcadores de colores y permanentes.	50 minutos.
Búsqueda de apoyo y adherencia terapéutica.	-La facilitadora explicará los diferentes tipos de apoyo que pueden buscar para lidiar con los hijos con RL, así como el concepto y la importancia de generar una adherencia terapéutica para alcanzar una rehabilitación más efectiva en menos tiempo	-Computadora, proyector y presentación de Power Point.	10 minutos.

Sesión 5. Revisión general

<p>Objetivos específicos: Se hará una revisión general de los temas tratados en el curso mediante el juego Jeopardy, en el que los padres responderán preguntas. Los padres podrán exponer dudas y comentarios, en caso de tenerlos. Se cerrará el curso y se agradecerá la asistencia y participación de los padres de familia.</p>			
Actividad	Procedimiento	Material	Tiempo
Jeopardy.	<p>Los asistentes se dividirán en equipos de 7-8 personas. En la pantalla habrá varias columnas con categorías, Cada categoría contará con 5 preguntas, cada una con un puntaje específico (entre más difícil la pregunta, mayor puntaje tendrá).</p> <p>Los equipos no pueden ver las preguntas, pero sí la categoría y el puntaje, por lo que escogerán sus preguntas basándose en éstas dos.</p> <p>Si el equipo responde correctamente la pregunta, obtiene los puntos, de lo contrario, el otro equipo puede contestar y obtenerlos.</p> <p>El equipo con más puntos gana.</p> <p>Las preguntas harán referencia a los temas tratados durante el curso, y serán sobre conceptos, situaciones y ejemplos.</p>	-Computadora, proyector y presentación de Power Point.	80 minutos.
Ronda de preguntas y respuestas.	Se abrirá sesión de preguntas y respuestas, los participantes podrán exponer dudas y comentarios al instructor y al resto del grupo.	-	20 minutos.
Cuestionario post-evaluatorio.	<p>-Los asistentes contestarán nuevamente el IPC que respondieron al inicio, para considerar si hubo un cambio en sus prácticas. Se pedirá que dejen sus correos electrónicos para poder hacer seguimiento con el mismo cuestionario más adelante.</p> <p>-Se cerrará el curso y se agradecerá la asistencia y participación de los padres de familia.</p>	-Copias del <i>Inventario de Prácticas de Crianza</i> -Hojas blancas. -Plumas negras.	20 minutos.

Conclusiones

Esta propuesta espera brindar a los padres información actualizada y útil sobre los retardos del lenguaje, contribuyendo al entendimiento del diagnóstico, manejo y expectativas, así como sobre familia, estilos y estrategias de crianza y modificación conductual, a través de un taller dinámico en el que los padres puedan implementar, desde el comienzo del taller, dichas tácticas y que, de ser necesario, expongan dudas y dificultades en la aplicación de las mismas. Al final del taller, se pretende que los padres desarrollen habilidades de crianza eficientes para mejorar, tanto la convivencia familiar como para aprovechar al máximo la terapia de lenguaje o aprendizaje en la que se encuentra el niño.

Una de las limitaciones del taller es que aborda de manera general los retardos del lenguaje, sin ahondar en alguno en específico, por lo que es probable que surjan dudas o dificultades particulares en el momento en el que los padres implementen las estrategias de crianza. Para ello, los padres podrán hacer modificaciones que consideren pertinentes o consultarlo directamente con la facilitadora del taller.

Otra limitación puede ser la dificultad en la implementación de las estrategias de crianza en hogares en los que convive la familia extensa, pues los familiares pueden interferir en el proceso de modificación de reglas y consecuencias, entorpeciendo el proceso de cambio. En este caso, el taller puede extenderse a los cuidadores que participan en la crianza del paciente con RL; la participación de éstos contribuiría favorablemente a la modificación conductual del menor, agilizándola y eficientándola.

Por otro lado, este taller ofrece estrategias diseñadas para niños con retardos del lenguaje **que no sean por problemas auditivos**, por lo que sería conveniente planear un taller similar para niños con deficiencias auditivas, al ser una población que se encuentra vulnerable por las complicaciones que su condición puede acarrear en materia de crianza. De igual manera, se brindan estrategias para padres, con posibilidad de integrar a cuidadores, pero convendría también organizar uno para profesores de niveles preescolar y primaria, con el objetivo de que puedan identificar oportunamente las características de los niños con RL y que, a su vez, puedan adaptar su metodología de enseñanza a las necesidades de estos infantes.

Finalmente, sería una limitante importante que los asistentes falten al taller uno o varios días por algún motivo personal o de trabajo, por lo que habría que considerar llevar a cabo el taller en algún horario vespertino o nocturno para facilitar en la medida de lo posible la asistencia completa al taller.

Referencias

- Acosta, V. M. (2003). *Las prácticas educativas ante las dificultades del lenguaje: una propuesta desde la acción*. Barcelona: Ars Medica.
- Aguado, G. (1988). Retardo del lenguaje, en J. Peña-Casanova, Manual de Logopedia, pp. 229-246, Barcelona, Masson.
- Alarcón, L., Hernández, D., Molano, K., & De la Espirella, C. *Relación entre estilos parentales, vínculo afectivo, estilos atribucionales y ansiedad social en adolescentes entre los 11 y 18 años de edad de una Institución Educativa de Bogotá*. Recuperado de: http://konradlorenz.edu.co/images/stories/articulos/ARTIC_DIANAN_HERNANDEZ.pdf
- Alfonso, L. M., & Abalo, J. A. G. (2004). La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. *Psicología y salud*, 14(1), 89-99.
- Alonso, T. O. (1997). *Neuropsicología del lenguaje*. España: Cepe.
- Ardila, A. & Rosselli, M. (1994). Development of language, memory and visuospatial abilities in 5 –to 12-year-old children using a neuropsychological battery. *Developmental Neuropsychology*, 10, 97-120.
- Ardila, A. & Rosselli, M. & Puente, A. (1994). *Neuropsychological evaluation of the Spanish speaker*. Nueva York: Plenum Press.
- Ardila, A. & Ostrosky, F (2012). *Guía para el diagnóstico neuropsicológico*. Recuperado de: http://ineuro.cucba.udg.mx/libros/bv_guia_para_el_diagnostico_neuropsicologico.pdf
- Artigas, J., Rigau, E., & García-Nonell, K. (2008). Trastornos del lenguaje. *Asociación Española de Pediatría: Protocolos de Actualización*, 24, 178-184.
- Ato, L. E., Galián, C. M. D., & Cabello, L. F. (2009). Intervención familiar en niños con trastornos del lenguaje: Una revisión. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 7(19), 1419-1448.
- Azcoaga, J. E. (1978). La Fisiopatología del lenguaje. *Fonoaudiológica*, 24(3), 100-106.
- Azcoaga, J. E. (1995). Pedagogía de las Funciones Cerebrales Superiores en la primera infancia. *Ecos Fonoaudiológicos*, 1, 4-9.
- Azcoaga, J. E. (2008). Estado de la neuropsicología infantil. *Acta Neurológica Colombiana*, 24(2), 5-16.
- Azcoaga, J. E., Bello, J.A, Citrinovitz, J., Derman, B., & Frutos, W.M. (1992). Los retardos del lenguaje en el niño. Barcelona: Paidós.

Benito, Y., Moro, J., & Alonso, J. (2007). ¿Qué es la inteligencia? Eficacia del WISC-IV para medirla. *Ideación* (29), 1-53.

Betanzos & Paz-Rodríguez (2012). Propiedades psicométricas del Cuestionario de Interacción Trabajo-Familia NijmeGen (SWING) en empleados de Cuernavaca. Morelos, México. *Ciencia & Trabajo*, (44), 180-184.

Bigner, J. J., & Gerhardt, C. (2014). *Parent-Child Relations. An Introduction to Parenting*. New Jersey: Pearson.

Bishop, D. M. V. (2006). What Causes Specific Language Impairment in Children? *Current Directions in Psychological Science*, 15(5), 217-221.

Bishop, D. M. V., & Snowling, M. J. (2004). Developmental Dyslexia and Specific Language Impairment: Same or Different? *Psychological Bulletin*, 130(6), 858-886.

Branden, N. (1995). *Los seis pilares de la autoestima*. México: Paidós.

Caulfield, M. B., Fischel, J. E., DeBaryshe, B. D., & Whitehurst, G. J., (1989). Behavioral correlates of developmental expressive language disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 17, 187-201.

Cárdenas, V., & Cortés, B. (2009). Estilos parentales y atribuciones causales de padres de familia de alumnos de una secundaria rural con problemas de reprobación escolar. Ponencia presentada en el X Congreso Nacional de Investigación Educativa, Veracruz, México. Recuperado de http://www.comie.org.mx/congreso/memoriaelectronica/v10/pdf/area_tematica_01/ponencias/1149-F.pdf

Espina, A., Fernández, E., & Pumar, B. (2001). El clima familiar en hogares con niños con trastornos del habla y del lenguaje. *Psiquis*, 22(1), 21-29.

Franco N. N., Pérez N. M. A., & Pérez M. J. D. (2014). Relación entre los estilos de crianza parental y el desarrollo de ansiedad y conductas disruptivas en niños de 3 a 6 años. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes* 1(2), 149-156.

Geromini, N. G. (1996). Diagnóstico diferencial en Neuropsicología: las alteraciones del lenguaje infantil. *Revista de la Fundación Dr. Roberto Villavicencio*, 4, 118-123.

Geromini, N. G. (2000). Las alteraciones neurolingüísticas: modelo teórico fisiológico y fisiopatológico. *Fonoaudiológica*, 46(2), 30-40.

González R. M., & Landero H. R., (2012). Diferencias en la percepción de estilos parentales entre jóvenes y adultos de las mismas familias. *Summa Psicológica UST*, 9(1), 53-64.

Hammer C. S., Tomblin J. B., Zhang X., & Weiss A. L. (2001) Relationship between parenting behaviours and specific language impairment in children. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 36(2), 185-205.

Heredia, C., Santaella, G. & Somarriba, L. (2012). *Informe psicológico*. México: UNAM (Col. Textos de Apoyo Didáctico).

Herrera, N. A., Orozco D. P., Sandoval O. M., Fonseca N. A., Chavarrea R. G., & Rodríguez I. L. (2012). Prevención del retardo del lenguaje en niños diagnosticados con anemia, unidad operativa de salud Juan de Velasco, segundo trimestre del año 2012. *Cuba Salud*

Hincapié, L., Giraldo, M., Castro, R., Lopera, F., Pineda, D., & Lopera, E. (2007). Propiedades lingüísticas de los trastornos específicos del desarrollo del lenguaje. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 39(1), 47-61.

Jiménez, F. A., Concha A. M. A., & Zúñiga A. R. (2012). Conflicto trabajo-familia, autoeficacia parental y estilos parentales percibidos en padres y madres de la ciudad de Talca, Chile. *Acta Colombiana de Psicología* 15(1), 57-65.

Jiménez, M. J. (2010). Estilos Educativos Parentales y su implicación en diferentes trastornos. Recuperado de: <http://www.juntadeandalucia.es/educacion/webportal/ishare-servlet/content/bfbb12cc-abc8-489e-8876-dd5de0551052>

Johnson, C. J., Beitchman, J. H., & Brownlie, E. B. (2010). Twenty-Yea-Follow-Up of Children With and Without Speech-Language Impairments: Family, Educational, Occupational, and Quality of Life Outcomes. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 19, 51–65.

Juárez B. J. B., & Bonilla S. M. R. (2014). Corrección neuropsicológica en las dificultades de la expresión y la comprensión del lenguaje. *Pensamiento Psicológico*, 12(2), 113-127.

Kaiser A. P., & Hancock T. B. (2003). Teaching parents new skills to support their young children's development. *Infants & Young Children*, 16(2), 9-21.

Laplante, D. P., Zelazo, P. R., & Kearsley, R. B. (1991). The effect of a short-term parent implemented treatment programme on the production of expressive language. *Society for Research in Child Development Abstracts*, 8, 336.

Maccoby, E. E., & Martin, J. (1983). Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. En *Handbook of child psychology*, 4. New York: Wiley.

Mora N. G., & Tena N. E. (2009). Influencia del estilo parental en el autoconcepto del niño. *Fòrum de recerca*, (15), 179-194.

Morales, C. S., & Martínez, R. M. J. (2013). *Prevención de las Conductas adictivas a través de la atención del Comportamiento Infantil para la crianza positiva. Manual del Terapeuta*. México: CENADIC-SSA.

Moreno J. B., Sanz V. A. I., Rodríguez M., A., & Geurts, S. (2009). Propiedades psicométricas de la versión española del Cuestionario de Interacción Trabajo-Familia (SWING). *Psicothema*, 21, 331-337.

Moreno, J. M. (2004). Características de la personalidad y alteraciones del lenguaje en Educación Infantil y Primaria. *Revista Iberoamericana de Educación*, 34(1), 1-12.

Moreno-Flagge, N. (2013). Trastornos del lenguaje. Diagnóstico y tratamiento. *Revista de Neurología*, 57 (Supl 1), 85-94.

Narbona, J., & Chevrie-Muller, C. (2001). *El lenguaje del niño: desarrollo normal, evaluación y trastornos*. Barcelona: Masson

Newcomb, K., Mineka, S., Zinbarg, R., & Griffith, J. (2007). Perceived Family Environment and Symptoms of Emotional Disorders: The Role of Perceived Control, Attributional Style and Attachment. *Cognition Therapy Research*, 31, 419-436.

Nieto, L., & Pelayo, R. (2009). Revisión del concepto de adherencia al tratamiento y los factores asociados a ésta, como objeto de la psicología de la salud. *Revista Académica e Institucional, Páginas de la UCPR*, (85), 61-75.

Ortiz, A. T. (1995). *Neuropsicología del Lenguaje*. Madrid: CEPE.

Pennington, B. F., & Lefly, D. L. (2001). Early reading development in children at family risk for dyslexia. *Child Development*, 72, 816–833.

Peterson, P. (2004). Naturalistic language teaching procedures for children at risk for language delays. *The Behavior Analyst Today*, 5(4), 404-424.

Purizaca, A. M. (2012). Estilos educativos parentales y autoestima en alumnos de quinto ciclo de primaria de una institución educativa del Callao. Recuperado de: <http://repositorio.usil.edu.pe/handle/123456789/1259>.

Rains, D. (2006). *Principios de neuropsicología humana*. México: McGraw Hill.

Rapin, I. (1996). Practitioner Review: Developmental Language Disorders: A Clinical Update. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37(6), 643-655.

Raya, A. F. T. (2008). Estudio sobre los estilos educativos parentales y su relación con los trastornos de conducta en la infancia (Tesis doctoral). Universidad de Córdoba, Córdoba.

Rocha, K. B., Forns S. D., & Chamarro L. A. (2009). Relación entre adherencia al tratamiento, clima familiar y estilos educativos. *Revista Interamericana de Psicología* 43(2), 340-349.

Rosselli, M., Matute, E., & Ardila, A. (2010). *Neuropsicología del desarrollo infantil*. México: Editorial El Manual Moderno.

Sallés, C., & Ger, S. (2011). Las competencias parentales en la familia contemporánea: descripción, promoción y evaluación. *Educación Social* (49), 25-47.

Sylvestre, A., & Mérette, C. (2010). Language delay in severely neglected children: A cumulative or specific effect of risk factors? *Child Abuse & Neglect* 34(6), 414-428.

Sánchez L. P. M. (2002). Desarrollo del lenguaje. *Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación*, 14(2-4), 65-66.

Schertz, H. & Odom, S. L. (2007). Promoting joint attention in toddlers with autism: A parent- mediated developmental model. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37, 1562-1575.

Schaefer, C. E., & Briesmeister, J. M. (1989). *Handbook of parent training: Parents as co-therapists for children's behavior problems*. Oxford: John Wiley & Sons.

Secretaría de Salud (2015a). Manual de guía clínica de diagnóstico y tratamiento de los aspectos psicológicos de los trastornos de lenguaje. Recuperado de: <http://iso9001.inr.gob.mx/Descargas/iso/doc/MG-DM-10.pdf>

Secretaría de Salud. (2015b). Manual de guía clínica de terapia para los retardos de lenguaje. Recuperado de: <http://iso9001.inr.gob.mx/Descargas/iso/doc/MG-SAF-56.pdf>

Secretaría de Salud. (2015c). Manual de guía clínica de retardo lectográfico. Recuperado de: <http://iso9001.inr.gob.mx/Descargas/iso/doc/MG-SAF-55.pdf>

Secretaría de Salud. (2015d). Manual de guía clínica del retardo de lenguaje anartrico. Recuperado de <http://iso9001.inr.gob.mx/Descargas/iso/doc/MG-SAF-36.pdf>

Silven, M., Niemi, P., & Voeten, M. (2002). ¿Do maternal interaction and early language predict phonological awareness in 3-to-4 year olds? *Cognitive development*, 17(1), 1133-1155.

Snowling, M. J., Gallagher, A., & Frith, U. (2003). Family risk of dyslexia is continuous: Individual differences in the precursors of reading skill. *Child Development*, 74, 358–373.

UNICEF (1989). Convención sobre los Derechos del Niño. Recuperado de: <http://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf>

Villamizar, G., & Donoso, R. (2013). Definiciones y teorías sobre inteligencia. Revisión histórica. *Psicogente*, 16(30), 407-423.

Vernes, S. C., Newbury, D. F., Abrahams, B. S., Winchester, L., Nicod, J. Groszer, M.,... Fisher, S.E. (2008). A Functional Genetic Link between Distinct

Developmental Language Disorders. *The New England Journal of Medicine* (359), 2337-2345.

Weschler, D. (2004). *Escala Weschler para los Niveles Preescolar y Primario WPPSI-III en Español*. México: Editorial El Manual Moderno.

Weschler, D. (2007). *WISC-IV Escala Weschler de inteligencia para niños-IV: Manual Técnico*. México: Editorial EL Manual Moderno.

Whitehurst, G. J., & Fischel, J. E. (1994). Practitioner Review: Early Developmental Language Delay: What, If Anything, Should the Clinician Do About It?. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35(4), 613-648.

Zenoff, A. J., (1987). Análisis fisiopatológico de los trastornos gnósico-práxicos del aprendizaje escolar. En actas del *Primer Congreso Latinoamericano de Neuropsicología*. Buenos Aires.

DE ANTEMANO ¡GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!

Para llevarme bien con mi hijo (a), yo...

1. Le compro algo	<input type="checkbox"/>	Siempre	Nunca
2. Lo (a) escucho	<input type="checkbox"/>	Siempre	Nunca
3. Platico con él/ella	<input type="checkbox"/>	Siempre	Nunca
4. Lo (a) ayudo	<input type="checkbox"/>	Siempre	Nunca
5. Lo (a) comprendo	<input type="checkbox"/>	Siempre	Nunca
6. Me intereso en sus actividades	<input type="checkbox"/>	Siempre	Nunca
7. Le doy un premio	<input type="checkbox"/>	Siempre	Nunca
8. Paseo con él/ella	<input type="checkbox"/>	Siempre	Nunca
9. Le doy amor	<input type="checkbox"/>	Siempre	Nunca
10. Le doy atención	<input type="checkbox"/>	Siempre	Nunca
11. Estoy cerca de él/ella	<input type="checkbox"/>	Siempre	Nunca

12. Le doy tiempo	<input type="checkbox"/>	Siempre	Nunca
-------------------	---	---------	-------

Cuando mi hijo (a) no hace lo que le digo, yo...

13. Le explico	<input type="checkbox"/>	Siempre	Nunca
14. Lo (a) regaño	<input type="checkbox"/>	Siempre	Nunca
15. Le repito lo que tiene que hacer	<input type="checkbox"/>	Siempre	Nunca
16. Le hablo más fuerte	<input type="checkbox"/>	Siempre	Nunca
17. Le grito	<input type="checkbox"/>	Siempre	Nunca
18. Le llamo la atención	<input type="checkbox"/>	Siempre	Nunca
19. Me desespero	<input type="checkbox"/>	Siempre	Nunca
20. Lo (a) obligo hacer lo que le pedí	<input type="checkbox"/>	Siempre	Nunca

Cuando mi hijo (a) me obedece, yo...

21. Lo (a) premio	<input type="checkbox"/>	Siempre	Nunca
22. Le doy las gracias	<input type="checkbox"/>	Siempre	Nunca

23. Lo (a) felicito	<input type="checkbox"/>	Siempre	Nunca
24. Me da gusto	<input type="checkbox"/>	Siempre	Nunca
25. Lo (a) halago	<input type="checkbox"/>	Siempre	Nunca
26. Le compro algo	<input type="checkbox"/>	Siempre	Nunca
27. Le aplaudo	<input type="checkbox"/>	Siempre	Nunca
28. Lo (a) consiento	<input type="checkbox"/>	Siempre	Nunca

Para establecerle reglas a mi hijo (a), yo...

29. Le explico lo que tiene que hacer	<input type="checkbox"/>	Siempre	Nunca
30. Le digo lo que pasará si desobedece las reglas	<input type="checkbox"/>	Siempre	Nunca
31. Le pongo el ejemplo	<input type="checkbox"/>	Siempre	Nunca
32. Le digo que las reglas se tienen que cumplir	<input type="checkbox"/>	Siempre	Nunca
33. Lo (a) regaño	<input type="checkbox"/>	Siempre	Nunca
34. Llego a acuerdos con él /ella	<input type="checkbox"/>	Siempre	Nunca

Anexo 2. Hoja de calificación del Inventario de Prácticas de Crianza (tomado de Morales & Martínez, 2013)

Castigo		Ganancias Materiales		Interacción Social		Normas		Ganancias Sociales		Límites	
Item	Punt.	Item	Punt.	Item	Punt.	Item	Punt.	Item	Punt.	Item	Punt.
14		1		2		29		22		36	
15		7		3		30		23		37	
16		21		4		31		24		40	
17		26		5		32		25			
18		28		6		34		27			
19		39		8		35					
20				9							
33				10							
38				11							
				12							
				13							
Total =		Total =		Total =		Total =		Total =		Total =	
P.M.= 54		P.M.= 36		P.M.= 66		P.M.= 36		P.M.= 30		P.M.= 18	
Total/P.M x 10		Total/P.M x 10		Total/P.M x 10		Total/P.M x 10		Total/P.M x 10		Total/P.M x 10	
0=		0=		0=		0=		0=		0=	

Anexo 3. Cuestionario de Interacción Trabajo-Familia (SWING) (Moreno, Sanz, Rodríguez & Geurts, 2009)

Tabla 1
Cuestionario de Interacción Trabajo-Familia (SWING)

A continuación encontrará una serie de situaciones acerca de cómo se relacionan los ámbitos laboral y personal. Por favor, indique con qué frecuencia ha experimentado cada una de las siguientes situaciones durante los últimos seis meses. Marque con una cruz la casilla que mejor describa su opinión según la siguiente escala de respuesta:

0	1	2	3
Nunca	A veces	A menudo	Siempre

Interacción negativa trabajo-familia

1. Estás irritable en casa porque tu trabajo es muy agotador
2. Te resulta complicado atender a tus obligaciones domésticas porque estás constantemente pensando en tu trabajo
3. Tienes que cancelar planes con tu pareja/familia/amigos debido a compromisos laborales
4. Tu horario de trabajo hace que resulte complicado para ti atender a tus obligaciones domésticas
5. No tienes energía suficiente para realizar actividades de ocio con tu pareja/familia/amigos debido a tu trabajo
6. Tienes que trabajar tanto que no tienes tiempo para tus hobbies
7. Tus obligaciones laborales hacen que te resulte complicado relajarte en casa
8. Tu trabajo te quita tiempo que te hubiera gustado pasar con tu pareja/familia/amigos

Interacción negativa familia-trabajo

9. La situación en casa te hace estar tan irritable que descargas tu frustración en tus compañeros de trabajo
10. Te resulta difícil concentrarte en tu trabajo porque estás preocupado por asuntos domésticos
11. Los problemas con tu pareja/familia/amigos afectan a tu rendimiento laboral
12. Los problemas que tienes con tu pareja/familia/amigos hacen que no tengas ganas de trabajar

Interacción positiva trabajo-familia

13. Después de un día o una semana de trabajo agradable, te sientes de mejor humor para realizar actividades con tu pareja/familia/amigos
14. Desempeñas mejor tus obligaciones domésticas gracias a habilidades que has aprendido en tu trabajo
15. Cumples debidamente con tus responsabilidades en casa porque en tu trabajo has adquirido la capacidad de comprometerte con las cosas
16. El tener que organizar tu tiempo en el trabajo ha hecho que aprendas a organizar mejor tu tiempo en casa
17. Eres capaz de interactuar mejor con tu pareja/familia/amigos gracias a las habilidades que has aprendido en el trabajo

Interacción positiva familia-trabajo

18. Después de pasar un fin de semana divertido con tu pareja/familia/amigos, tu trabajo te resulta más agradable
19. Te tomas las responsabilidades laborales muy seriamente porque en casa debes hacer lo mismo
20. Cumples debidamente con tus responsabilidades laborales porque en casa has adquirido la capacidad de comprometerte con las cosas
21. El tener que organizar tu tiempo en casa ha hecho que aprendas a organizar mejor tu tiempo en el trabajo
22. Tienes más autoconfianza en el trabajo porque tu vida en casa está bien organizada

Anexo 4. Dominios cognitivos y subpruebas de las Escalas Weschler de Inteligencia WPPSI-III y WISC-IV (Weschler 2004; Weschler 2007).

Escala	Dominio Cognitivo	Descripción	Subprueba
WPPSI-III	Escala Verbal	Mide el conocimiento adquirido, el razonamiento y la comprensión verbal y de la atención a estímulos verbales.	Información
			Vocabulario
			Adivinanzas
			(Comprensión)
			(Semejanzas)
			(Dibujos)
	Escala Manipulativa	Mide el razonamiento fluido, procesamiento espacial, la atención al detalle y la integración visomotora,	(Nombres)
			Cubos
			Matrices
			Conceptos
Escala de Velocidad de procesamiento	Mide la capacidad del niño para explorar, ordenar y discriminar rápida y correctamente información visual simple. También refleja la capacidad de memoria a corto plazo, la atención y la coordinación visomotora.	(Figuras incompletas)	
		(Rompecabezas)	
		Búsqueda de símbolos	
Escala General de Lenguaje	Refleja el nivel de desarrollo lingüístico del niño tanto en el aspecto comprensivo como expresivo.	Claves	
		Dibujos	
WISVC-IV	Comprensión Verbal (CV)	Evalúa la formación de conceptos, capacidad de razonamiento verbal y el conocimiento adquirido del entorno individual del niño/a	Nombres
			Semejanzas
			Vocabulario
			Comprensión
	Razonamiento perceptivo (RP)	Mide el razonamiento fluido (manifestado en tareas que requieren manejar conceptos abstractos, reglas, generalizaciones, relaciones lógicas), el procesamiento espacial y la integración visomotora.	Información
			Adivinanzas
			Cubos
			Conceptos con dibujos
	Memoria de trabajo (MT)	Evalúa la capacidad para retener temporalmente en la memoria cierta información, trabajar u operar con ella y generar un resultado. Implica la atención sostenida, concentración, control mental y razonamiento	Matrices
			Figuras Incompletas
	Velocidad de Procesamiento (VP)	Mide la capacidad para explorar, ordenar o discriminar información visual simple de forma rápida y eficaz. Mide además memoria visual a corto plazo, atención y coordinación visomotora.	Dígitos
			Sucesión Letras y Números
			Aritmética
Cociente Intelectual Total (CIT)	Este índice aporta el resultado final de todas las pruebas y supone una medida global del Cociente intelectual de la persona evaluada.	Claves	
		Búsqueda de Símbolos	
		Animales	

Anexo 5. Valores totales que representan el CIT en las Escalas Weschler de Inteligencia (Weschler, 2007)

Puntuación Compuesta	Clasificación
130 y superior	Muy Superior
120 a 129	Superior
110 a 119	Medio-Alto
90 a 109	Medio
80 a 89	Medio-Bajo
70 a 79	Inferior
69 e inferior	Muy Bajo