



UNIVERSIDAD
"DON VASCO A. C."

UNIVERSIDAD DON VASCO, A. C.

INCORPORACIÓN No. 8727-29 A LA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

“Proceso que viven los padres de familia de los niños con problemas de lenguaje, atendidos en CAPEP Uruapan.”

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

Licenciada en Trabajo Social

PRESENTA

CITLALLI ESMERALDA ESTRELLA AMEZCUA

ASESOR: L.T.S. SANDRA ISABEL CORZA PLANCARTE



URUAPAN, MICHOACÁN, 25 de Enero de 2019



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

Doy gracias a Dios primeramente por darme la vida y por permitirme concluir con esta importante etapa de mi vida personal y profesional. Por poner los instrumentos en mi camino para llegar a este logro.

Agradezco a mi madre Sandra Amezcua por creer en mí, gracias por la vida, por este hermoso regalo que me dejas que es mi educación profesional, gracias por todo tu apoyo, todo tu amor por brindarme todo lo necesario para lograr esta meta, la conclusión de mi carrera profesional.

Doy gracias a mis hermanos Jonathan y Lizeth por ser parte de mi vida gracias porque sé que siempre estarán para mí, gracias por su apoyo, y por impulsarme a ser mejor ejemplo de hermana mayor para ustedes gracias.

Agradezco a mi Abuela Jueventina por brindarme su apoyo, por darme ánimos en los momentos de desvelos, por sus palabras de aliento en los lapsos difíciles de mi formación académica.

Doy gracias a toda mi familia por todo su apoyo, por sus palabras de aliento, gracias por ser parte de mi vida, y por permitirme compartir este logro tan importante para mí.

Agradezco a mi Asesora de Tesis L.T.S. Sandra Isabel Corza Plancarte por su acompañamiento en esta travesía importante para mi vida profesional, por tenerme paciencia, gracias por sacar mi mejor versión y por guiarme en este proceso.

Doy gracias a CAPEP por permitirme realizar esta investigación y por brindarme la oportunidad de conocer esta maravillosa institución en especial a la L.T.S. Elizabeth Suarez Barrientos por todo el apoyo brindado y por el aprendizaje obtenido.

Doy gracias a mis amigos que siempre me apoyaron, con sus palabras de ánimo a lo largo de mi formación personal y profesional, gracias por todo.

ÍNDICE

Introducción

Capítulo I La Familia

| | |
|---|----|
| 1.1 Definición de familia..... | 10 |
| 1.2 Tipos de familia..... | 11 |
| 1.2 Funciones de la familia..... | 14 |
| 1.4 Ciclo vital de la familia..... | 16 |
| 1.5 Problemáticas más frecuentes de la familia..... | 42 |
| 1.6 Redes familiares..... | 46 |
| 1.7. Dinámica familiar..... | 52 |

Capítulo II Desarrollo del Niño

| | |
|--|----|
| 2.1 Definición..... | 56 |
| 2.2 Características generales del desarrollo del niño..... | 58 |
| 2.3 Desarrollo del niño de 0 a 3 años de edad..... | 60 |
| 2.4 Desarrollo del niño en edad Preescolar..... | 65 |

Capítulo III Barreras de Aprendizaje (Lenguaje)

| | |
|--|----|
| 3.1 Definición de Barreras de Aprendizaje..... | 71 |
| 3.2 Definición de Barrera de Lenguaje..... | 72 |
| 3.3 Características de la Barrera de Lenguaje..... | 72 |

| | |
|--|----|
| 3.4 Trastornos del lenguaje..... | 75 |
| 3.5 Problemas en el ámbito de lenguaje y su tratamiento..... | 80 |
| 3.6 Efectos en la familia..... | 96 |

Capítulo IV Proceso de Duelo

| | |
|--|-----|
| 4.1 Definición de duelo..... | 103 |
| 4.2 Tipos de duelo..... | 105 |
| 4.3 Etapas del duelo..... | 108 |
| 4.4 Proceso del Duelo de los padres con un hijo que presenta alguna Barrera de Aprendizaje (lenguaje)..... | 114 |

Capítulo V Centro de Atención Psicopedagógico de Educación Preescolar

| | |
|---|-----|
| 5.1 Antecedentes históricos..... | 121 |
| 5.2 Características de la institución..... | 123 |
| 5.3 Proceso de atención que brinda a los niños..... | 126 |
| 5.4 Antecedentes de Trabajo Social en la institución..... | 127 |

Capítulo VI Investigación de Campo

| | |
|--|-----|
| 6.1 Definición del universo del trabajo..... | 134 |
| 6.2 Elaboración de instrumento..... | 134 |
| 6.3 Recopilación de la información..... | 134 |
| 6.4 Presentación de los resultados..... | 135 |

6.5 Análisis de los resultados.....165

CONCLUSIONES

Propuesta de Intervención

Bibliografía

Anexos

INTRODUCCIÓN

Considerando que la familia es el primer núcleo a donde se llega y pertenece todo ser humano, dando a entender por familia como un grupo de personas que se encuentran unidas por lazos esto por vía consanguínea o adopción, ya sea en matrimonio o unión libre sin ningún documento que lo avale, cumpliendo esta la satisfacción económica, moral y psicológica.

“Es donde se desarrollan todos los sentidos, los sentimientos, y por consiguiente, se aprende de los valores, se crea una cultura, la educación que brinda la familia es de manera informal y esta es el complemento con la educación formal que es transmitida por medio de la escuela, es aquí donde refuerzan los valores, la cultura y sobretodo contribuye al desarrollo de los niños desde la edad preescolar.”¹

“Todo procedimiento de la familia comienza con la decisión de tener una vida en pareja hasta el momento de la llegada del primer hijo o hija; por lo que para la mayoría de las personas la llegada del bebé es un fenómeno inolvidable y muy importante, ya que consolida una nueva etapa para la vida en pareja, es decir, se convierten en padres y madres. Sin embargo, cuando este bebé presenta alguna enfermedad o algún tipo de discapacidad o barreras de aprendizaje los padres pueden reaccionar de maneras distintas. El nacimiento de un hijo con discapacidad altera la familia como unidad social de diversas maneras, padres y hermanos reaccionan con decepción, enojo, depresión, culpa y confusión. El hecho se percibe como algo inesperado y extraño, que rompe las expectativas sobre el hijo deseado. El reconocimiento de la discapacidad de un hijo, tiene el potencial para amenazar violentamente la visión que tienen los padres sobre el desarrollo de sus hijos dentro del ciclo vital.”²

¹http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-temprana/funcionamiento_familiar.pdf(Consultada el 09 de mayo de 2017)

²<http://www.psicologiacientifica.com/hijos-con-discapacidad-cambios-familia/>(Consultada el 09 de mayo de 2017)

En ocasiones los padres de familia en el momento que reciben el diagnóstico de que su hijo presenta problemas en el lenguaje, la mayoría de las veces se muestran en una negación ante esta situación justificando que el niño es aún muy pequeño y no lo asimilan como un problema de lenguaje, y por consiguiente no buscan una ayuda profesional.

Los padres de familia de CAPEP que tienen hijos que presentan problemas en el lenguaje atraviesan cambios a su realidad tanto familiar como social, de acuerdo a la investigación y a lo observado son padres que aún no llegan a la aceptación de la situación que tiene su hijo evadiendo cuestionamientos de los especialistas de la institución. Los padres están pasando por un proceso de asimilación de su realidad que atraviesan sus hijos de la dificultad de lenguaje.

Objetivo general

Identificar el proceso que viven los padres de familia de los niños con problemas de lenguaje, caso alumnos de 2° año atendidos en CAPEP Uruapan, con la finalidad de aportar elementos para el trabajo con padres de familia.

Objetivos específicos

Conocer las características de los padres de familia de un niño con problema de lenguaje.

Detectar la asimilación de la situación problema de los padres de familia 2° año de CAPEP.

Determinar la etapa de duelo en la que los padres de familia de CAPEP se encuentran frente al diagnóstico de lenguaje de 2° año.

Hipótesis

El proceso que viven los padres de familia de los niños con problemas de lenguaje atendidos en CAPEP, se encuentra en la etapa de negociación de su duelo.

Es por esta razón que se toman como base estas etapas, mostrando estas mismas en el duelo que viven los padres con su hijo que presenta el trastorno de lenguaje, para identificar el momento en que se encuentran, dando respuesta a la hipótesis.

La parte central de la investigación es descubrir cómo es que los padres viven este proceso teniendo como base las etapas de duelo.

En el capítulo I se plantea de manera profunda todo lo que conlleva el ámbito familiar como las funciones con las cuales funge la familia, el ciclo vital de la familia es abordado de tal manera que permite ver los roles que cumple cada miembro que conforma a esta institución que es la familia así como la tipología actual mostrando que esta ha tenido cambios en su estructura ya que la misma sociedad la ha ido transformando a través del tiempo. Sin dejar de lado las problemáticas más recurrentes que se llegan a presentar dentro del núcleo familiar.

Se genera un panorama del proceso por el cual pasan las familias que tienen un hijo con alguna barrera de aprendizaje, con enfoque en el Trastorno de lenguaje, mostrando todo el proceso de lo que se mencionó en el párrafo anterior con respecto de las expectativas del hijo deseado.

En el capítulo II se desglosan de forma amplia las etapas del desarrollo del niño brindando las pautas para descubrir si éste se está presentando de la manera adecuada, en la investigación se muestran estos rasgos desde los 0 meses hasta la edad preescolar, en los aspectos de desarrollo físico, psicomotor, lingüístico, cognitivo, social y afectivo.

En el capítulo III se desarrolla la parte de las definiciones de lo que es la barrera de aprendizaje y específicamente de la barrera de aprendizaje del lenguaje, describiendo las características que se presentan en el trastorno del lenguaje para crear un panorama de este trastorno, proporcionando los tratamientos para las diferentes disfasias y afasias que se generan a partir de esta barrera de aprendizaje y mostrando los efectos que se desprende en la familia.

El capítulo IV desarrolla el proceso de duelo explícitamente las definiciones de lo que es un proceso, de lo que es duelo y así forma una acepción de lo que es el proceso de duelo, mostrando las 5 etapas que están establecidas por las cuales se atraviesa en un duelo de pérdida, también desglosa los tipos de duelo que existen así como presenta el duelo de los padres con un hijo con problemas de alguna barrera de aprendizaje.

En ocasiones los padres de familia cuando reciben el diagnóstico de que su hijo presenta dificultades en el lenguaje, la mayoría de las veces se muestran ante una negación, justificando que el niño es muy pequeño todavía y que no es como tal un problema de lenguaje, y por consiguiente no buscan o se desisten de una ayuda profesional.

El capítulo V retoma lo referente a la institución de CAPEP como los antecedentes históricos, las características generales, así como los antecedentes de Trabajo Social dentro de la institución, y se describe el proceso de atención que reciben los niños en el preescolar.

A partir de un análisis de la investigación se genera una propuesta que beneficia a los padres de los niños atendidos dentro de la institución y sobre todo los niños que son los que reciben directamente la atención ya que los padres son los responsables de que sus hijos la reciban adecuadamente.

CAPÍTULO I

LA FAMILIA

Para fines de esta investigación es necesario retomar información respecto a la familia ya que es de vital importancia conocer primeramente su definición.

La estructura de la familia ha sufrido grandes transformaciones a lo largo del tiempo y debido a la misma demanda de la población y los cambios de estilos de vida que han surgido, la familia ha ido adquiriendo más características donde es necesario abordar las fases o etapas denominadas como ciclo vital de la familia, las cuales son fundamentales ya que se retoman principalmente de la población objeto de estudio de acuerdo a lo observado.

1.1- DEFINICIÓN DE FAMILIA

La familia ha ido cambiando a lo largo del tiempo haciendo hincapié que así misma su definición ha sufrido cambios. Se presenta la definición simple de lo que es la familia la cual permite analizar los aspectos que han ido modificando en la actualidad en la familia creando una definición propia para la investigación.

“En sentido estricto, grupo que tiene su fundamento en la pareja conyugal y su realización plena en la filiación derivada del mismo.

En su acepción amplia, conjunto de ascendentes, descendientes colaterales y afines con un tronco común.

Analógicamente, se dice que constituye una familia, un conjunto de individuos que tienen entre si relaciones de origen o semejanza.”³

Como familia se entiende un grupo de personas que se encuentran unidas por lazos esto por vía consanguínea o adopción, ya sea en matrimonio o unión libre sin ningún documento que lo avale, cumpliendo esta la satisfacción económica, moral y psicológica.

³Ander-Egg Ezequiel, Diccionario del trabajador social, edit. Lumen, Argentina, 1995, p. 114

Para efectos de la presente investigación se retoma la definición anterior, ya que la población objeto de estudio la mayoría cumple con las características que se rescatan en esta definición con parejas en matrimonio, en unión libre, y parejas que no tienen ningún documento legal que reconozca su relación, en lo que respecta a los hijos hay situaciones que se presentan donde estos son adoptados por parientes cercanos, así como hijos completamente legítimos.

1.2- TIPOLOGÍA DE LA FAMILIA

En la actualidad la vida en la sociedad en lo que respecta a la familia ha sido factor importante para que el surgimiento de nuevas características del estilo de vida, para esto se vio en la necesidad de crear una tipología más amplia, se harán mención de algunas de estos diferentes tipos de vivir en familia.

“Familia con vínculo jurídico y/o religiosa: por razones formales o por firmes convicciones religiosas la pareja solemniza su unión matrimonial.

Familia consensual o de hecho: vínculo que se establece con características casi idénticas al de la familia anterior (CONCUBINATO) pero en unión libre.

Familia nuclear: conformada por padres e hijos, en categorización diferente a los dos anteriores y puede coexistir con cualquiera de ellas.

Familia ampliada o extensa: conviven 3 generaciones y/o la presencia de otros familiares.

Familia ampliada modificada: aun cuando no hay convivencia, las relaciones entre los miembros de la familia tienden a un comportamiento clánico.

Familia monoparental: formada por el o los hijos y solo el padre o la madre como cabeza de la familia como cabeza de familia.

Ha crecido últimamente y a ello ha cambiado la conceptualización (antes se le consideraba como familia incompleta).

Familia reconstruida o ensamblada con o sin convivencia de hijos de distintas uniones: formado por una pareja que ha tenido (alguno o ambos) matrimonios anteriores. La convivencia es de días o permanente con los hijos de distintas uniones, tiene un sesgo particular y difícil a las relaciones matrimoniales.

Familia separada: padres que siguen siendo familia en la perspectiva del o de los hijos, este vínculo puede ser o no aceptado o conflictivo.

Grupos familiares de crianza: incluye situaciones particulares como: adopción, prohijamiento (protección a huérfanos o abandonados de la misma comunidad o familia), nietos a cargo de abuelos, etc.

Familiarización de amigos: es una realidad recientemente extendida por la que identificamos una relación familiar muy estrecha de los amigos entrañables.

Uniones libres carentes de estabilidad y formalidad: la familia requiere la familiarización de compartir un proyecto de vida al que le asigna permanencia, más allá de la posibilidad de que la relación fracase “mientras dure el amor.”⁴

Se presenta otra tipología para complementar las características que se encuentran en las familias de la sociedad actual.

"Familia Simultánea o polo genética:

Está constituida por una pareja en la cual uno o ambos adultos están casados por segunda vez y tienen hijos de su relación anterior.

Esta forma puede presentar tres variaciones:

- Un miembro de la pareja tiene hijos de la relación anterior.
- Los dos miembros de la pareja tienen hijos de una relación anterior.
- Además de hijos de relaciones anteriores se incluye hijos de la nueva relación.

⁴Eroles Carlos, Familia y Trabajo Social: un enfoque clínico e interdisciplinario de la intervención profesional, edit. Espacio, Argentina, 1998, p. 130.

Familia con Soporte:

Ante la pérdida de uno de los progenitores, una posible reorganización de la familia puede asignársele a uno de los hijos la función del padre ausente. Se le denomina “hijo parental “.

Familia en Pas de Deux

La situación lo anteriormente descrita, puede fortalecer, es decir que entre el (hijo soporte) y el progenitor que quedó se establece una muy estrecha relación, se torna como parásito el uno del otro, se hace pareja a veces dejando de lado el resto de la familia

Familia en Acordeón:

Es cuando la familia tiene progenitor temporario es decir presente por épocas, está propensa a constantes reorganizaciones. Esto termina perturbando el sistema, y acarrea muchas más dificultades si el progenitor se establece permanente.

Familia con miembro Fantasma:

Ante la muerte, separación o abandono de uno de los progenitores, hay familias que no logran encontrar formas alternativas de acomodación para cubrir las funciones que alguno de los dos ejercía.

Familia Descontrolada:

Como reacción a la “parálisis” genera un caos. En la familia no se detecta con facilidad las jerarquías, la discriminación que posibilite el ordenamiento de las funciones.

La estructura puede tornarse desligada a disminuir el contacto entre los miembros, y actúan de forma autónoma.

Familia con Padrastro o Madrastra:

En este caso el progenitor no está ausente sino que ha sido reemplazado y supone un proceso de integración, muchas veces muy difícil de lograr puede ser que el nuevo padre no se entregue plena mente por diversas razones y los hijastros no acepten y tiendan a buscar a su padre natural.

Familia homosexual

Se denomina una familia homosexual cuando convive una pareja homosexual y han adoptado hijos o vive con ellos los hijos de uno de los miembros de la pareja o de ambos.”⁵ Cabe mencionar que en la actualidad la denominación correcta como referencia a este tipo de familia es homofilial.

Dentro de la sociedad actual se presentan estas formas de familias, los padres de familia de CAPEP presentan algunas de estas características dentro de su hogar como madres o padres solteros, abuelos que se hacen cargo de los niños, familias reconstruidas, padres que ya vienen de otras relaciones y con más hijos, también donde hay abandono por algún progenitor, etc.

1.3- FUNCIONES DE LA FAMILIA

La familia cumple dentro de la sociedad con ciertas funciones de suma importancia ya que es la parte medular de la sociedad, todo se regula a partir de ella, las funciones como tal son:

“1. Función económica:

La familia trasfiere a los integrantes el nivel socioeconómico, implicando;

- a) Manera de pensar
- b) Forma de vida

⁵<http://alexffmm.blogspot.mx/2008/12/tipologias-familiares.html> (consultada el 05 de septiembre de 2016)

- c) Hábitos
- d) Costumbres, etc.

Responsabilidad económica de los padres: de acuerdo a la cultura.

Nivel adquisitivo para solventar las necesidades básicas y de lujo.

2. Función afectiva:

Proporcionar a cada miembro amor, ánimo y cariño.

Cada uno de los subsistemas que integran la familia se encuentran estrechamente relacionados para cubrir necesidades afectivas, proporcionando así la recompensa básica de la vida familiar

Las necesidades afectivas de los padres son tan importantes, como la de los hijos.

3. Función de ambiente sexual:

Relaciones sexuales: placer corporal, descargas energéticas, identificación y encuentro con la pareja sexualmente.

Reproducción: promover de nuevos miembros a la sociedad.”⁶

“4. Función educativa y socializadora:

Su papel como canal mediante el cual los niños y los jóvenes se adaptan a la vida social asumiendo pautas básicas de conducta social. La educación puede darse en sentido positiva o negativa al que determinada sociedad o sector de la misma desea para sus miembros. Pero explícita o implícitamente la familia realiza esta función.”⁷

“5. Función materna:

Se origina en el deseo de tener un hijo. Es la función encargada de las conductas nutricias no solo a través del alimento sino de afecto continencia corporal; es la que permite el primer contacto con el mundo exterior.

⁶Eroles Carlos, Familia y Trabajo Social: un enfoque clínico e interdisciplinario de la intervención profesional, edit. Espacio, Argentina, 1998, p. 131-143.

⁷Leñero Otero, La Familia, Luis, edit. Edicol, S.A., México, 1976, p. 53

6. Función paterna:

Se define por el reconocimiento del hijo dándole nombre, reconociendo así su paternidad. Es la función discriminadora que sostiene económicamente, que se relaciona con el exterior que maneja y conduce, que trae al hogar el vínculo con leyes exteriores. Es el que permite el crecimiento al ayudar al niño a desprenderse de la madre.

7. Función filial:

Es la que conecta a la familia con el futuro, con los proyectos nuevos: la que cuestiona lo establecido y busca romper las estructuras antiguas. Se revela rente a los modelos familiares; se desprende del núcleo para formar uno a su vez y así continuar con la historia familiar.”⁸

1.4- CICLO VITAL DE LA FAMILIA

A continuación se presentarán las fases o etapas por las cuales pasa una familia, dando a entender que toda familia tiene que cumplir con un ciclo donde se pasa por diversos estadios desarrollando cada una con características propias.

“Procesos biológicos de desarrollo

La falta de nutrientes, las enfermedades o el analfabetismo pueden retrasar la maduración, pero una nutrición adecuada o una buena educación tampoco tienen porque acelerarla de forma dramática. Esto parece cierto para el ciclo vital del hombre y los procesos como el desarrollo motor del niño. Las estructuras físicas y las habilidades motoras maduran a ritmos diferentes, aunque cada una suelen tener un punto óptimo.

Influencias ambientales del desarrollo

El medio influye en las personas cada segundo del día, la constante interacción con los padres marcaran la forma de enfrentarse a los problemas o la forma de

⁸Eroles Carlos, Familia y Trabajo Social: un enfoque clínico e interdisciplinario de la intervención profesional, edit. Espacio, Argentina, 1998, p. 140-143.

encauzarlos (no es lo mismo tener un padre autoritario que se enfada cuando has sacado malas notas, sin darte ninguna posibilidad de explicación, que tener un padre comprensivo que se sienta contigo a analizar por qué te has sacado un suspenso).

El medio influye en el desarrollo de la persona a través de los procesos de aprendizaje, maduración y socialización.

Cada organismo presenta un tipo de maduración característico que está ligado a factores hereditarios y biológicos.

Maduración y aprendizaje

La maduración es lo que posibilita en principio el desarrollo de las habilidades que se presenta la persona. Aporta los elementos de las disposiciones básicas a los organismos y será después el aprendizaje y los factores ambientales los que se desarrollen en plenitud. La maduración no es algo perfectamente programado y cerrado, sino, que está abierto al flujo de las condiciones exteriores.

La maduración es indispensable para el desarrollo, pero no es suficiente. Por ejemplo, no es posible realizar un entrenamiento de las funciones excretoras (aprenden a contener la orina) hasta que las vías nerviosas regulan los esfínteres hayan alcanzado la maduración adecuada.

Socialización

Es el proceso mediante el cual las personas pertenecientes a una sociedad y cultura aprenden e interiorizan un repertorio de normas, valores, creencias, costumbres, funciones y expectativas de su grupo y las formas de percibir la realidad, que los dotan de las capacidades necesarias para desempeñarse satisfactoriamente en la interacción social con otras personas.

El proceso de socialización se debe conceptuar como toma de conciencia de la estructura social en la que una persona nace, es factible gracias a los agentes sociales. Los agentes sociales más representativos son la familia y la escuela.

Se distingue la socialización primaria como aquella en la que el niño adquiere sus primeras capacidades intelectuales y sociales, y que juega la función más crucial en la constitución de su identidad. La socialización secundaria se refiere a cualquier proceso posterior que induce a la persona ya socializada a nuevos ámbitos del mundo objetivo de una sociedad. Es la interiorización de los submundos (realidades parciales que contrastan con el mundo de base adquirido en la socialización primaria) basados en las instituciones (escuela, el medio laboral, o el deporte que se practica con otras personas...). El proceso de socialización no ocurre solo en la infancia y en la adolescencia, sino en todas las etapas de la vida. Los adultos intentan aprender nuevos roles para prepararse para los cambios que esperan de la vida.

Aprendizaje y socialización

El aprendizaje se refiere a la adquisición de nuevos recursos para ofrecer respuestas al mundo que nos rodea. La socialización es un proceso temporal y avanza a lo largo del proceso evolutivo individual. El punto de partida se inicia en la edad temprana, con la asimilación de las estructuras cognitivas, las habilidades lingüísticas, comunicativas y a través de las pautas de valores, normas y significados reconocidos, se pueda aprender la realidad y capacitar a la persona para alcanzar contenidos significativos más extensos, como para lograr su proceso de interacción pleno.

Cambios en el desarrollo frente a los cambios históricos en el ciclo vital

El punto de vista existencial del ciclo vital suele basarse en cuatro premisas principales:

- 1.- Las características personales, los hechos de la vida a los que se está expuesto y las formas en que uno se adapta a ellos e influyen en el proceso de desarrollo y envejecimiento.

2.- Las características personales y específicas influyen en las oportunidades que las personas tienen en su momento. Por ello difieren las experiencias y métodos de adaptación de las personas.

3.- Nacer en un momento histórico determinado marca la experiencia del desarrollo, pero también de género, la etnia o la clase socioeconómica tiene influencia en el curso de la vida.

4.- Aunque la época histórica configura las experiencias de quienes nacieron en ese periodo, los hechos sociales e históricos afectan de distinta manera a los miembros aventajados y a los rezagos de la sociedad.

El desarrollo del ciclo vital es más que la mera interacción de los cambios históricos y de desarrollo, y propone que son tres los factores que interactúan: 1). Las influencias normadas por la edad, que son los cambios biológicos y sociales que por lo común ocurren en edades predecibles, entre ellos la pubertad, la menopausia y ciertos aspectos físicos del envejecimiento. 2). Las influencias normadas por la historia son hechos históricos, como guerras, depresiones y epidemias, que afectan a toda la cohorte casi al mismo tiempo. 3). Las influencias no normadas no suceden en épocas precisas de la vida, sino que corresponden a hechos o transiciones idiosincrásicas: divorcio, desempleo, enfermedades, cambios de comunidad, modificaciones en la carrera o incluso la posibilidad de encontrarse con la influencia de otra persona.

2. Desarrollo prenatal, nacimiento y primeros años de la vida

Desde el momento de la concepción, el niño forma parte de un contexto ambiental. Influye no solo afectado a su vida después de nacer, sino también desde el desarrollo uterino. Desde el principio, la realidad particular está definida por contextos culturales, históricos y familiares.

2.1 Desarrollo cognitivo

Los recién nacidos llegan al mundo desarrollando su proceso cognitivo a través de la capacidad que tienen de ver, oír, gustar, oler, sentir, presión y dolor. Comunican sus

necesidades con un llanto, un bostezo o una mirada de advertencia, pero ignoran casi todo del mundo. Vienen al mundo con ciertos modos de reaccionar. Algunos son más sensibles a la luz, al contacto o al sonido que otros.

2.2 Influencia hereditaria

En ocasiones, los niños heredan defectos congénitos. En la mayor parte de los casos de anomalías cromosómicas, el niño hereda demasiados o muy pocos cromosomas sexuales. El síndrome de x frágil es una de las principales causas de discapacidad mental. Un trastorno importante es el síndrome de Down caracterizado porque el hijo hereda un cromosoma 21 extra, que presenta diversas características físicas distintivas de discapacidad mental. Las madres de edad avanzada tienen más riesgo de engendrar niños con discapacidades cromosómicas, pero los padres por la edad también pueden contribuir a generarlas.

Hay niños que también pueden tener problemas severos de salud por tener bajo peso al nacer. Las madres que han abusado del alcohol, del tabaco, de los fármacos o que han recibido un cuidado prenatal deficiente están en riesgo de dar a luz antes de tiempo, pudiendo dar lugar a que los niños nazcan con desnutrición, malformaciones o anomalías genéticas, factores que dificultarán su lucha por sobrevivir.

2.3 Desarrollo físico

A las pocas semanas de nacer casi han doblado su peso y han empezado su crecimiento. Sus ojos empiezan a enfocar, balbucean contentos y sonríen en respuesta a la estimulación placentera. Comienza el descubrimiento personal: sus manos, dedos y pies, entregándose varios minutos a observarlos y juntarlos.

Posteriormente, alcanzan cierta forma de locomoción. Es la época que aprenden gatear. Luego empiezan con el juego de recibir o entregar un objeto para que el padre o la madre lo coja y lo devuelva. A los 12 meses, casi todos los niños pesan unas tres veces más de lo que pesaron al nacer y han crecido entre 23 y 25 centímetros.

2.4 Apego

En los primeros meses de la vida, el aspecto más importante del desarrollo social es la formación del apego, entendido como el vínculo emocional positivo que desarrolla entre un niño y una persona en especial, las teorías del apego parten de la propensión de formar fuertes lazos afectivos con personas determinadas. Este vínculo se infiere de una tendencia estable a lo largo del tiempo de buscar proximidad y contacto con una figura específica. El apego en los niños desde su más temprana edad tendría una correlación importante en la vida adulta.

Se podría decir que la naturaleza del apego durante la infancia afecta a la manera en como los adultos se relacionan con los demás el resto de su vida.

Para Bowlby (1969) el apego es una conducta instintiva, activada y modulada en la interacción con otros a lo largo del tiempo. Lo define como un sistema de control, un mecanismo que adapta la conducta a la consecución de fines determinados por las necesidades del momento. Así el deseo del niño de proximidad o contacto con la figura de apego no es constante. Si el niño se siente amenazado buscará la seguridad que le brinda la proximidad de su figura de apego; si no, se dedicará a explorar el ambiente.

2.4.1 Madres, padres y apego

La sensibilidad ante las necesidades y deseos de sus hijos es el sello definitivo de las madres de los niños con apego seguro. Ese tipo de madre suele estar pendiente del estado de ánimo de su hijo y toma en cuenta los sentimientos del niño. También responde en las situaciones cara a cara, alimenta al niño cuando esté lo demanda y es cálida y afectuosa con su bebé. Las madres por lo general responden a sus hijos a partir de sus propios estilos de apego y aprendizaje. Como resultado siempre existe una semejanza substancial en los patrones de apego de una generación a otra. En primer lugar Bowlby que proporcionó la teoría del apego, sugirió que había algo exclusivo en la relación madre e hijo. Creía que la madre estaba especialmente preparada a nivel biológico para ofrecer alimento al niño y concluyó que esta capacidad lleva al desarrollo de una relación singular entre la madre y el hijo. En

segundo lugar, el trabajo inicial sobre el apego estuvo influenciado por las opiniones sociales tradicionales de la época, las cuales consideraban natural que la madre fuera la principal encargada del hijo, mientras que la función del padre era trabajar fuera del hogar, para proporcionar el sustento a la familia, las últimas investigaciones de Lewis y Lamb han demostrado que las expresiones de ternura, calidez, afecto,, apoyo e interés del padre son de gran importancia para el bienestar emocional y social de sus hijos.

Una de las razones de las diferencias cualitativas en el apego se refiere a lo que hacen con sus hijos, los padres y las madres. Las madres pasan una proporción mayor de tiempo alimentando y criando directamente a sus hijos, en cambio los padres pasan más tiempo jugando con los bebés. Los apegos influyen durante toda la vida.

Las dos capacidades más importantes en la vida, que son hablar y amar, ya pueden apreciarse en esa edad. Si se tienen en cuenta las capacidades que demuestran los niños al nacer y el repertorio de conductas que se observan a esa edad, los cambios que se producen son realmente espectaculares. A medida que los padres y otras personas alimentan, protegen y fomentan el desarrollo del niño, éste va adquiriendo un adecuado grado de desarrollo y crecimiento.

2.5 Necesidades básicas de la infancia

Para el crecimiento armónico y sano de los niños deben asegurarse que sus necesidades básicas queden cubiertas para garantizar la supervivencia y el correcto desarrollo y evolutivo.

Necesidades básicas:

Necesidades relacionadas con la seguridad, crecimiento y supervivencia

La persona cuando nace es “un producto prematuro”, inacabado, incapaz de subsistir por sí mismo que necesita múltiples atenciones y cuidados para desarrollarse alcanzar un mínimo grado de autonomía para sobrevivir física y psíquicamente. Entre las necesidades fundamentales se encuentran las siguientes:

- Alimentación adecuada
- Cuidados adoptados a las especiales circunstancias de cada etapa evolutiva
- Respeto a los ciclos sueño-vigilia
- Atenciones adecuadas a cada momento evolutivo
- Valoración exacta de las circunstancias de dependencia y adaptación del entorno

Necesidades relacionadas con el desarrollo emocional

Es la base de la organización psicológica que permita evolucionar la estructura individual de la persona. Para favorecer una personalidad fuerte y organizada. Para ello habrá que configurar entornos que ofrezcan:

- Posibilidades de establecer apegos seguros y sólidos que garanticen el correcto desarrollo del menor, su confianza y seguridad
- Autoestima, entendiéndola como un grado suficiente de confianza a sí mismo y en las propias posibilidades para actuar con independencia frente ambiente.

Necesidades relacionadas con el desarrollo social

La persona necesita un entorno el con que relacionarse y desarrollar su fase social. El desarrollo de los mecanismos de adaptación facilita inclusión, mientras que un déficit de estimulación social lleva al aislamiento, la inseguridad y la falta de reconocimiento. Para descubrir estas necesidades deberá configurar un entorno donde a los menores se les permita el establecimiento de:

- Relaciones sociales y contactos con otras personas que les permitan realizar aprendizajes sociales válidos

Necesidades relacionadas con la escolaridad

La incorporación al ámbito escolar supone un momento de especial relevancia en la socialización, porque el niño institucionaliza el aprendizaje, peor, sobre todo, se incorpora a nuevas formas de relación con iguales y adultos. Estas necesidades cubiertas tienen como resultado:

- La socialización secundaria: aquella en la que el menor realiza fuera del ámbito familiar su relación con otros niños y adultos no pertenecientes al grupo primario.
- El aprendizaje de nuevas formas de convivencia y relación
- La institución y el aprendizaje de contenidos institucionalizados por los que incorpora nuevos conocimientos que suponen la transmisión de cultura

Necesidades específicas del niño apartado de su entorno familiar

Además de tener cubiertas las necesidades de la infancia señaladas anteriormente y garantizados los derechos fundamentales los menores tienen una serie de necesidades específicas que deben tenerse en cuenta si se quiere garantizar su correcto desarrollo.

- Posibilidad de crecer en un contexto familiar alternativo de forma temporal o permanente.
- El entorno debe ser estable, sólido y seguro con posibilidades de establecer relaciones y apegos consientes
- Debe responder a las necesidades que tiene el niño y debe saber y conocer, ofreciéndole una información adecuada sobre su situación
- Debe mostrar respeto por su historia personal y familiar
- Y siempre ofrecer al niño la posibilidad de obtener la reconciliación con su historia personal

2.6 ¿Qué significa ser padres?

En primer lugar, convertirse en padre o madre significa poner en marcha un proyecto vital educativo que supone un largo proceso que empieza con la transición a la paternidad y la maternidad.

En segundo lugar, convertirse en padre y madre significa adentrarse en una nueva dimensión derivada de la profunda simetría existente entre las capacidades adultas y las infantiles, como la inversión en la ilusión y esfuerzo puestos al servicio del proyecto educativo.

En tercer lugar, ser padre y madre significa llenar de contenido ese proyecto durante todo el proceso de crianza y educación de los hijos.

3. A partir de los 2 años

A partir de los 2 años el niño se ha transformado, porque ya está capacitando para andar, correr y comer solo, mantener muchas de sus propias funciones corporales, se produce un importante desarrollo psicomotriz, de lenguaje, de los procesos de aprendizaje del desarrollo intelectual. La buena relación que tuvo con la madre en su primer año de vida, ahora le ofrece la sensación de que el medio es seguro y agradable, y de esta modo, aprenderá a tener confianza, de lo contrario la inseguridad y los temores le harán desconfiar del mundo y le prepararán para mantener una actitud hostil frente a él.

Etapa preescolar

La educación infantil o en la etapa preescolar, es importante durante el crecimiento porque esta definida a potenciar el desarrollo integral de los niños entre los tres y seis años, con la finalidad de contribuir a su desarrollo físico, afectivo, a las manifestaciones de comunicación y lenguaje. Además facilita que los niños/as construyan una imagen positiva de sí mismo.

La educación infantil cumple además, cuatro funciones básicas:

1. Función educativa: es la primera y más importante, además para servir para su desarrollo físico, mental, moral y social.
2. Función asistencial: favorecer el cuidado de los niños/as y de los padres mientras se encuentran en el trabajo.
3. Función social: la escuela infantil se convierte en una comunidad educativa es el más amplio sentido del término: es un lugar de socialización del niño/a.
4. Función preventiva. Permite el diagnóstico precoz de anomalías físicas, psíquicas, como la estimulación precoz y programas de integración con niños/as que padecen deficiencias y carencias específicas.

Primeros conflictos

Los intentos adaptativos exigen nuevas formas de conducta que todavía no han sido suficientemente ensayadas. Esta situación implica necesariamente un conflicto entre las viejas formas de relación y las nuevas. Y así en cada estadio del desarrollo psicológico se abre para Wallon (1941) con una crisis y un conflicto, que va a caracterizarse fundamentalmente por el deseo infantil de afianzar una identidad que se acaba de descubrir.

Sus deseos de autonomía van, incluso, mucho más lejos que sus habilidades motoras y lingüísticas. Su capacidad de autocontrol es muy escasa y los estallidos de rabia y de ira serán, con frecuencia, la respuesta a su propia impotencia. Estos aspectos conflictivos de la personalidad infantil temprana, se dan con frecuencia en todos los niños, en un grado mayor o menor que corresponderá con las características de su temperamento y carácter del trato educativo y afectivo recibido. Es probable que los niños a esta edad se conviertan en agresores o sean agredidos por otros niños mientras juegan. Los padres deben estar pendientes de ellos y tener el cuidado de reforzar los actos socialmente aceptables y rechazar los socialmente inaceptables.

Y el niño los aprende de los adultos. El recurso a la furia, es una reacción frecuente de las personas mayores en la situación de conflicto psicológico con otros. El niño que ve irritado a su padre o a su madre, levantar la voz y dar golpes, se sentirá atraído para imitar ese tipo de reacciones cuando se encuentre en una situación frustrante que todavía no ha aprendido a superar. Cuando los padres presentan atención a los ataques de furor de sus hijos y acatan su exigencia, o cuando en otras ocasiones los castigan violentamente y actúan entre sí con dureza, no hacen otra cosa que reforzar positivamente los arranques agresivos. Los niños han aprendido desde muy temprano a utilizar su rabia encolerizada para provocar a los adultos y conseguir llamar la atención. Si damos la respuesta que ellos esperan nos dejaremos controlar permanentemente por sus rabietas

Cuando los padres mimosos agobian a sus hijos con capricho o con demasiado cariño, consiguen que el niño se acostumbre a la idea de que siempre debe ser así y no aprenderá a esforzarse jamás por algo que les cueste el mínimo esfuerzo. La actitud contraria, despojar a los niños prácticamente todo para que conozcan, desde un principio, la dureza de la vida, tampoco parece ser la orientación más adecuada porque se priva a los niños de la posibilidad de descubrir y, por lo tanto, de aprender.

Roles de género

En la mayoría de las culturas marcadas diferencias en las formas en que se espera que piensen, actúen y sientan hombres y mujeres. El abanico de conductas consideradas propias de hombres y mujeres, es decir, masculinas y femeninas, junto con las actitudes y características de personalidad que se atribuyen a cada uno definen los roles de género. El ser niño o niña determina en buena parte las relaciones de los padres hacia los hijos.

Aunque los niños comienzan a distinguir a los hombres y mujeres desde muy temprano, es la etapa preescolar cuando acaban por entender que el género es una categoría permanente que no cambia con facilidad. Al mismo tiempo, comienzan a asumir la función que se relaciona con su sexo.

La teoría del aprendizaje social, que sostiene que padres, hermanos, amigos y los modelos simbólicos, con los personajes de los programas de televisivos o cuentos, presentan a los niños conductas sexuales que refuerzan los roles aprendidos.

Kohlberg (1966) argumenta que alguna vez que los niños adquieren conciencia de su identidad sexual y lo que significa, participan activamente en la organización de sus entornos para que se adapten a las pautas exigidas. Cuando la niña es consciente de ser mujer escoge juguetes y comportamientos femeninos. Los niños abandonan a las muñecas para jugar con misiles o persiguen a las niñas jugando a que son monstruos. Buena parte de estos aprendizajes sociales son estereotipos que se deben cambiar en los hábitos cotidianos si se desea conseguir una mayor igualdad entre niños y niñas.

4.- A partir de los cuatro años

Ocurre entre los cuatro y los diez años. Es un periodo dedicado a la anticipación y preparación para la educación primaria mediante la cual la sociedad trasmite sus herramientas intelectuales a las nuevas generaciones, donde el desarrollo físico, intelectual y social se hace a un ritmo rápido.

Desarrollo cognoscitivo

La etapa cognitiva se caracteriza por tener un pensamiento autorreflexivo o de adquisición de una perspectiva recíproca, que puede durar hasta los 10 años, donde se dan cuenta que los demás pueden tener un punto de vista diferente de suyo y de que también ellos tienen su propio punto de vista. El principal cambio entre una etapa y otra, es la habilidad de los niños a considerar la perspectiva de los demás. Aparece paulatinamente una mayor necesidad de amistad y comunicación, porque ya no les interesa estar solo gran parte de su tiempo.

Los preescolares no tienen el mismo sentido del “yo” que los niños mayores o adultos, ni la misma comprensión de las emociones, ni el mismo control sobre ellas, ni la misma comprensión de las cuales son las conductas adecuadas y cuáles no.

Desarrollo psicosocial

Buena parte del crecimiento durante el periodo preescolar se dedica a la adquisición del sentido del yo autónomo como un yo capaz de meditar intenciones y conducirse de forma eficaz. La exploración física que hace el niño del entorno facilita en gran medida el desarrollo, lo mismo que el aumento acelerado a las competencias lingüísticas que posibilitan otras maneras de explorar. Los padres sobreprotectores reacios a tolerar la independencia hacen más difícil el paso de sus hijos por la etapa de la autonomía.

Estilos de crianza

Tres estilos de crianza cada uno caracterizado por un tipo de control de los padres:

- Crianza permisiva: es una forma de control de los padres que no castigan, no dirige, ni exige, dejan que los niños tomen sus propias decisiones y rijan sus actividades. No trata de controlarlos mediante el ejercicio del poder que viene de su autoridad, fuerza física, posición o la capacidad de conceder las recompensas, sino, que en ocasiones, apelan a la razón del niño.
- Crianza autoritaria: se basa en normas de conductas firmes, que por lo regular se funden en convicciones religiosas o políticas. Los hijos con hogares autoritarios no tienen ninguna responsabilidad en sus decisiones personales, ni participan en el análisis razonado de las normas de la familia.
- Crianza competente se encuentra en algún punto entre la permisividad y el control autoritario; aplica un control firme, pero está abierta al análisis razonado de normas y expectativas; valora la obediencia pero trata de fomentar la independencia. Los padres competentes a diferencia de los autoritarios, son aquellos cuyas normas provienen más de la razón que de convicciones religiosas o políticas.

Los primeros compañeros de juegos

Entre los cinco y los siete años, los niños empiezan a depender menos de los padres y cada vez más de los amigos y compañeros para obtener compañía e interacción social. En los grupos, los mejores amigos forman pareja o forman grupos de cinco o seis niños que pasan juntos la mayor parte del tiempo jugando.

Los niños desarrollan preferencias definidas por sus compañeros de juego. Los niños eligen sus compañeros sin atender etnia, color, origen o clase social. A medida que los preescolares interactúan con otros de la misma edad descubren gradualmente que provienen de una variedad de situaciones familiares algunos tienen hermanos, otros no, algunos tienen padres jóvenes, otros padres mayores, y algunos solo tienen un padre o una madre en casa.

En esta etapa los amigos según Gottman y Parker (1987), realizan seis funciones básicas:

- Compañía. La amistad proporciona a los niños un compañero cercano y de juegos.
- Estimulación. La amistad ofrece información interesante, emoción y diversión.
- Apoyo físico. La amistad proporciona tiempo, medio y ayuda.
- Apoyo al yo. La amistad, ofrece la esperanza de contar con ayuda y motivación que ayuda al niño a mantener una imagen personal de eficacia, atractivo y validez.
- Comparaciones sociales. La amistad proporciona al niño información acerca de su posición frente a otros.
- Intimidad y afecto. La amistad brinda la oportunidad de una relación cercana basada en el cariño y la confianza hacia otro niño.

Los populares poseen ciertas habilidades sociales que contribuyen a su grado de aceptación: apoyan a los demás, escuchan con atención, actúan con entusiasmo, se preocupan por los otros y confían en sí mismos. Los niños medios poseen habilidades de comunicación que les hace ser populares entre algunos niños, pero son rechazados por otros. Los ignorados apenas interactúan con sus compañeros y con frecuencia se les consideran íntimos. Los niños rechazados suelen presentarse problemas de adaptación más graves a lo largo de su vida que los niños ignorados. Además poseen menos habilidades sociales a la hora de hacer amigos y mantener una relación positiva con sus iguales.

La llegada de los hermanos

En esta etapa suele llegar algún hermano a la familia. Las relaciones suelen ser agradables y afectuosa, e incluye a ayudarse, compartir, pelear y jugar. El orden de nacimiento tiene un interés especial: cuando se descubren las diferencias en el orden de nacimiento, normalmente se explican por las variaciones de las interacciones con los padres y los hermanos asociados con las experiencias únicas de estar en una posición particular dentro de la familia. Esto se cumple de manera especial en el caso de hijo primogénito. Los padres tienen mayores expectativas para sus primogénitos que para el resto de los hijos.

La educación primaria

La educación primaria comprende seis cursos académicos, desde los seis a los 12 años, y tiene carácter obligatorio. Su finalidad es promover la socialización de los niños y niñas y proporcionar una educación común que haga posible la adquisición de los elementos básicos culturales. La educación primaria contribuye a desarrollar las siguientes capacidades: utilizar de manera apropiada la lengua oficial propia de la comunidad, comprender y expresar mensajes sencillos en una lengua extranjera. Aplicar a las situaciones de su vida cotidiana operaciones simples de cálculo y procedimientos lógicos elementales. Adquirir las habilidades que permitan desenvolverse con autonomía en el ámbito familiar y doméstico, así como en los grupos sociales con los que se relacionan. Conocer las características fundamentales de su medio físico, social y cultural y las posibilidades de acción en el mismo. Valorar la higiene y salud de su cuerpo, así como la conservación de la naturaleza y del medio ambiente.

5. A partir de los diez años

Desarrollo cognoscitivo

Entre los ocho y doce años es la etapa donde los niños pueden ver su propia perspectiva, la de su compañero, y asumir la de una tercera persona que es neutral, por lo que adquiere una perspectiva más generalizada. Es un periodo donde el grupo de compañeros asume una gran importancia en las normas y roles sociales, las cuales suelen orientarse hacia la independencia, la rivalidad y la dominación entre los chicos, y en la cooperación y armonía en el caso de las chicas. Las estrategias de colaboración y los niños en estrategias de dominio.

La autoridad no se cuestiona, esto no significa que todos los niños obedezcan siempre a sus progenitores. Algunas veces las intenciones o los impulsos son irresistibles; otras veces, los padres sobrepasan los límites de la autoridad. Al final de la niñez y al principio de la adolescencia, la autoridad de los padres queda sujeta a mayores restricciones y aumenta el margen del control del hijo.

La autoestima

La autoestima en ésta y otras etapas es una necesidad para vivir. Es el valor que las personas, en este caso los niños, tienen en el yo que perciben. Si la evaluación que hacen de sí mismos es positiva, los lleva a aceptarse y a tener un sentimiento de valor propio.

Entre los 11 y 12 años de edad es cuando los niños empiezan a juntarse en pandillas, son grupos que surgen de la necesidad de independizarse de los padres y estar con los compañeros. Los miembros son obligados a participar en las actividades del grupo. En este proceso siempre es conveniente que los padres animen a sus hijos a unirse y participar en los grupos más adaptados a las condiciones físicas y psíquicas de los chicos.

La educación secundaria

La educación secundaria es obligatoria. Consta de cuatro cursos académicos que se realizan ordinariamente entre los 12 y los 16 años de edad. Tienen como finalidad lograr que adquieran los elementos básicos de la cultura, desarrollar y consolidar hábitos de estudio y de trabajo, prepara para la incorporación a estudios posteriores y para su inserción laboral formar para el ejercicio de sus derechos y obligaciones en la vida como ciudadanos.

El estudiante solo puede repetir un máximo de dos cursos, los jóvenes y sus padres pueden decidir, desde el momento en el que el chico cumple 16 años de edad dar por finalizada su escolaridad obligatoria.

En este ciclo también aumenta la comprensión de la capacidad de los chicos durante los años escolares para resolver problemas sociales, o que repercute en el establecimiento de unas relaciones cada vez más íntimas con los compañeros.

Aparte de la familia, la escuela es la influencia socializadora más importante en la vida del niño. Las escuelas tienen una función central porque enseñan a los niños buena parte de lo que es necesario para que se relacionen con eficacia en un mundo cada vez más completo.

Las dificultades de aprendizaje son un fenómeno que se hace sentir en este estadio escolar con más frecuencia e intensidad. Los chicos con trastornos de aprendizaje suelen presentar discrepancias entre lo que son capaces de hacer y lo que hacen, con diferencias notables en las diversas áreas de rendimiento.

El desajuste social en la etapa intermedia

Es la segunda infancia donde empieza a producirse algunos desajustes sociales. Aunque la mayoría de los chicos no atraviesan por grandes conflictos y problemas, pueden aparecer una diferencia entre los que son “diferentes” y los que “disgustan a los demás”. Los primeros son solitarios, reservados y se alejan de sus compañeros por ansiedad social o por su percepción de ineficacia. Los segundos son agresivos, socialmente inaceptables y activamente aislados por sus conductas ofensivas hacia los demás.

Influencia de los padres en la edad intermedia

La familia es el principal trasmisor del conocimiento, valores, actitudes, roles y hábitos que una generación transmite a la siguiente. La influencia de los padres depende de la frecuencia, duración, intensidad y prioridad de los contactos sociales que mantienen con sus hijos, la diferencia individuales entre los chicos y el ajuste psicológico de los padres, como la calidad en la relación familiar y el estilo de paternidad.

Por ello, en la socialización como en otras áreas, los padres deben lograr un equilibrio entre la supervisión y la guía con libertad y el apoyo a sus hijos. En términos generales, los padres que son sociables, agradables y que tienen sentimientos positivos hacia los hijos tienen niños que son sociables, agradables y que tienen actitudes positivas hacia los demás.

Las funciones básicas que la familia debe cumplir en su desarrollo:

- La familia es fuente de información y transmisión de valores
- La familia actúa como grupo de control de forma que enseña a sus miembros a comportarse de forma socialmente deseable

- La familia ofrece modelos de imitación e identificación
- La familia ayuda y enseña cómo se debe reaccionar y actuar con las situaciones estresantes
- Los propios miembros de la familia están atentos a los indicadores que puedan revelar el sufrimiento o la dificultad de cualquiera de sus miembros ayudándole a explicitar el problema
- La familia es el núcleo social que sirve de descanso para recuperarse de esfuerzos, tensiones o problemas cotidianos

Las pautas favorecen la exploración del entorno permitiendo su desarrollo, el contacto con los demás y las actividades sociales, 13 pautas de conductas más significativas:

1. La estabilidad y armonía en las relaciones entre los padres
2. Los padres deben tener disponibilidad de tiempo para interactuar con sus hijos
3. Los padres deben ser accesibles a sus hijos
4. Los padres deben percibir las peticiones de sus hijos
5. Los padres deben interpretar correctamente las demandas
6. Los padres deben responder a las peticiones
7. Los padres deben responder contingentemente las demandas de los hijos
8. Los padres deben ser coherentes en sus conductas con el niño
9. Los padres deben recurrir a formas inductivas de disciplina
10. Los padres deben participar activamente en el sistema familiar
11. Los padres deben fomentar las interacciones lúdicas e íntimas con los hijos
12. Los padres deben servir de modelos de identificación para los hijos
13. Los padres deben estar bien integrados a la comunidad, conocer los sistemas de apoyo y, a ser posible, ser ellos mismos miembros activos de los sistemas de apoyo social

6.- La adolescencia: a partir de los 12 años

Es la etapa del desarrollo que se encuentra entre la infancia y la madurez, empieza poco después de cumplir los 12 años y termina sobre los 20 años. Ya no se consideran niños, pero todavía nos son adultos.

Cambios físicos y desarrollo cognoscitivo

En esta etapa de empieza un considerable crecimiento, cambios físicos y cognoscitivos. La pubertad es el periodo durante el cual los órganos sexuales maduran, cuando la hipófisis cerebral indica a otras glándulas del cuerpo que produzcan las hormonas sexuales en niveles adultos. Es el comienzo de su capacidad reproductiva. Antes de la pubertad las diferencias físicas entre niños y niñas eran relativamente pequeñas, pero el proceso de maduración sexual da como resultado muchas diferencias corporales tanto internas como externas. La maduración temprana fisiológica influye en el área personal y social.

Desde el punto de vista cognoscitivo, en la adolescencia se reconocer que existe una perspectiva de grupo, un punto de vista se refleja en un sistema social. Cuanto más avanza la cognición mayor es la capacidad para comprender a los demás. La cognición adolescente fue denominada por Piaget como pensamiento operacional formal, que en su teoría es la última etapa del desarrollo cognitivo, producto de una combinación de la madurez y la experiencia. En definitiva, ve la realidad como un mundo de posibilidades mucho más amplio. Critican las contradicciones y lo que llaman hipocresía de la sociedad, discuten sobre ideas y lucha por su causa y por conseguir un mundo más "justo".

Para la teoría sociológica al adolescencia es el resultado de tensiones y presiones que viene de la sociedad. El adolescente tiene que incorporar los valores y las creencias, adoptar determinadas funciones diferentes de las asignadas como niño; mientras que los adultos son más exigentes con él y tiene mayores expectativas sobre su futuro.

Desarrollo del yo

Uno de los logros más importantes durante la adolescencia consiste en la formación y afianzamiento de la propia identidad personal, que implica una unidad y continuidad del “yo” frente a los cambios del ambiente y crecimiento individual, que se caracteriza por la percepción privada que la propia persona realiza sobre el conjunto de los aspectos personales que mejor la caracterizan.

La identidad es el resultado de la integración de los distintos aspectos del físico-corporal, cognitivo, social, afectivo, entre los que pueden incluirse el auto-concepto y la autoestima. El autoconcepto es el conjunto de percepciones cognoscitivas y actitudes que las personas tienen acerca de sí mismas. Unas de las personas pueden clasificarse como marido o esposa, como profesional, como líder comunitario, como hermano, amigo y así sucesivamente. Estos aspectos diferentes del yo describen a la persona en su totalidad. El adolescente tiene como un “yo” múltiple que se puede considerar y evaluar por separado:

Cuatro dimensiones básicas del “yo”

Primero: un autoconcepto general que consiste en la percepción global que el adolescente tiene “sus capacidades, su status, y de los roles del mundo exterior”

Segundo: los autoconceptos temporales o cambiantes, influidos por las experiencias actuales.

Tercero: los adolescentes tienen un yo social, su yo en las relaciones con los demás. Algunos adolescentes piensan en sí mismos solo de una manera negativa porque creen que no han agradado a los demás. Una influencia importante sobre el autoconcepto es la forma en que se sienten los adolescentes en los grupos sociales.

Cuarto: a los adolescentes les gustaría ser el yo ideal que han conceptualizado. Imaginar ser lo que nunca serán pueden conducirlos a la frustración y al desencanto. En otras ocasiones, los adolescentes proyectan una imagen idealizada y luego intentan convertirse en otra persona.

La autoestima surge de la interacción con los demás, en el que el yo es considerado importante para alguien. El ego va creciendo a partir de los pequeños logros, alabanzas y éxitos. Como resultado, una elevada autoestima se asocia con el ajuste psicológico positivo. Las personas con baja autoestima suelen manifestar diversos síntomas de mala salud emocional.

El bachillerato y la forma profesional

Tiene como finalidad proporcionar a los estudiantes formación, madurez intelectual y humana, conocimientos y habilidades que les permitan desarrollar las funciones sociales e incorporarse a la vida activa con responsabilidad y competencia. Las actividades educativas en el bachillerato intentan favorecer la capacidad del alumnado para aprender por sí mismos, para trabajar en equipo y para alcanzar los métodos de investigación apropiados. A esa edad también puede acceder a estudiar en formación profesional conjunto del sistema educativo, cuyo valor añadido es la formación práctica adecuada a las necesidades de la economía y a los diferentes sectores productivos, además de ampliar las competencias básicas y conseguir una inserción laboral satisfactoria.

Éxito académico y la autoestima

El rendimiento académico es muy unido al autoconcepto positivo que tengan los adolescentes, donde la influencia, la autoestima y el apoyo social de los padres será fundamental para el éxito académico.

Éxito académico: existe una relación entre el autoconcepto y el éxito académico. Un autoconcepto elevado contribuye al éxito en la escuela o en el instituto, y a su vez, ayudar a contribuir a un autoconcepto positivo. Los hermanos mayores, amigos cercanos, padres, madres, abuelos, maestros pueden tener una influencia importante en el autoconcepto académico de los estudiantes.

Metas: los adolescentes con autoestima baja o alta consideran importante seguir adelante, pero la expectativa del éxito es menos probable entre los que tiene baja autoestima. En realidad, los adolescentes y sus padres conservan fuertes lazos

emocionales. Este apego explica Grotevant (1994), sirve de amortiguador para los chicos que los protege de algunas tentaciones y ansiedades de crecer y adaptarse a un mundo complicado.

La transición de la niñez a la vida adulta: un periodo complejo

La transición de la niñez a la vida no es solo cuestión de distanciamiento emocional, sino también el ganarse o recibir las responsabilidades adultas. Educar a los adolescentes implica algo más que solo protegerlos de su inmadurez, también comprende proporcionar los recursos y los cuidados básicos, guiar y respaldar su desarrollo. Razones que dificultan y provocan más conflictos en la educación de los adolescentes en la sociedad actual:

- Primera: el periodo de la adolescencia ha aumentado significativamente en todos los países industrializados
- Segunda: porque el periodo de educación de la adolescencia dura mucho más tiempo y deben prepararse mejor para competir en el mercado laboral.
- Tercera: los padres se sienten confundidos sobre cómo preparar a los adolescentes para que ingresen a un mundo cada vez más complejo que ellos desconocen.

Asimismo hay otros peligros de los que preocuparse: actividades de riesgo potencialmente dañinas y productos e influencias nocivas como las drogas, donde la nicotina a través del tabaco y el alcohol, tiene el más alto potencial de abuso, pues se adquieren de forma legal y con facilidad, sin olvidarse de otro tipo de drogas ilegales. La alteración roles y relaciones de padres e hijos a menudo origina conflictos.

Socialización en el grupo de iguales

La función socializadora de los amigos y las amigas adquiere una relación importante en la adolescencia. Los adolescentes constituyen un sistema de compañerismo que refleja la creciente madurez psicológica, biológica y cognitivo-social, y les ayuda a adaptarse a la ecología social de la adolescencia.

1. Los grupos de compañeros ofrecen apoyo para ajustarse a los cambios del entorno social de la adolescencia.
2. El grupo de compañeros funciona como una especie de espejo en el que los adolescentes comprueban su imagen
3. Finalmente, el grupo de compañeros sirve como caja de resonancia para explorar y definir los propios valores y aspiraciones. Los compañeros se ofrecen mutuamente orientación y apoyo a lo que se debe o no se debe hacer.

En las etapas anteriores los padres eran todo para sus hijos, pero al llegar a este momento, los amigos lo son todo para el adolescente. Los jóvenes desean libertad, pero no la adquieren de una vez, porque quienes la reciben repentinamente no saben cómo emplearla. Una de las formas más importantes en o que los padres pueden ayudar a sus hijos a tener una transición equilibrada a la vida adulta consiste en mantener el equilibrio entre la necesidad que el adolescente tiene de individualidad y su necesidad de mantener el vínculo emocional con su familia.

Muchos problemas pueden resolverse si ambas partes son capaces de comunicarse. Los padres se quejan de que sus hijos no les hacen caso, mientras que los adolescentes afirman que sus padres les dan sermones sobre algunos temas en lugar de discutirlos con ellos. Hablar con ellos es la medida disciplinaria más influyente y la mejor considerada por el grupo de edad.

Las relaciones con los hermanos

Las relaciones con los hermanos y hermanas también tienen una influencia muy importante en el desarrollo del adolescente. Los hermanos a menudo proporcionan amistad, compañía y satisfacen mutuamente su necesidad de contar con relaciones significativas de afecto. Actúan como confidentes mutuos, comparten experiencias y están dispuestos a brindar de su ayuda en los problemas. Por el lado negativo, cuando la diferencia de edad es menor a seis años la tendencia a sentir celos es mayor que cuando la diferencia es más grande. A medida que los adolescentes van madurando tienden a disminuir el conflicto en su relación con los hermanos. Muchos adolescentes aprenden responsabilidades y roles de adultos cuidando a los

hermanos más pequeños. Algunos adolescentes cargan demasiada responsabilidad y realizan la mayor parte del cuidado que debería ser proporcionado por los padres. Estos procesos pueden generar resentimientos por la responsabilidad asumida, impidiéndoles tener tiempo para ellos mismos, teniendo repercusiones futuras sino existe una explicación lógica por parte de los padres. Para favorecer su influencia, los padres deben evitar las comparaciones directas y el trato diferencial discriminatorio. Es importante el reconocimiento a cada hermano como especial y diferente a los demás.

Es también la época de las citas. Comienzan a aparecer las relaciones con el sexo opuesto. La adolescencia es una etapa para probar, imaginar y descubrir en que consiste participar en grupos y parejas de educación mutua. Es un aprendizaje en el que conforman aprendizajes y experiencias para conformar actitudes básicas hacia los roles y conducta sexual.

Las citas tienen siete fundamentales:

1. Recreación: la oportunidad de divertirse con alguien del sexo opuesto
2. Socialización: que se conozcan y adquieran técnicas de interacción
3. Posición: la oportunidad de mejorar la posición en el grupo al ser visto con alguien a quien se considera deseable.
4. Elección de pareja: la oportunidad de tratar miembros del sexo opuesto con el propósito de elegir pareja.
5. Sexo: la oportunidad de experimentar con la sexualidad o recibir gratificación sexual
6. Compañía: la oportunidad de encontrar un amigo del otro sexo con el cual relacionarse y compartir actividades
7. Intimidad: la oportunidad de establecer una relación cercana y significativa con una persona del sexo opuesto.

Los chicos que han sido enseñados a ocultar sus sentimientos pueden tener problemas para desarrollar relaciones íntimas. A medida que los jóvenes crecen, las citas se convierten en un medio de clasificación y elección de pareja. En la

adolescencia se producen los primeros contactos sexuales, pero también, en algunos casos, la falta de información sobre uso de métodos anticonceptivos ha dado lugar a que se hayan producido un aumento en la incidencia de embarazo en los últimos años. Un porcentaje alto decide no hacerlo. La mayoría desean criar a sus hijos ellas mismas ayudadas por la familia.

En la mayor parte de los casos, la maternidad entre los adolescentes es una tragedia. La madre adolescente que decide quedarse con su bebé puede verse atrapada en un ciclo autodestructivo que consiste en la dependencia de otros para recibir ayuda, la incapacidad para establecer una vida familiar estable y la imposibilidad de continuar con su educación.

Los ajustes psicológicos entre las parejas jóvenes son mucho más complejos por la inmadurez. Cuando menos maduros, menos probable que hagan una buena elección de pareja. Los adolescentes suelen ser inseguros, sensibles, inestables y rebeldes contra la autoridad, ya sea con los padres o los profesores, características que les hacen más difícil llevarse bien con su pareja y llevarse bien con su familia y resolver problemas que pueden surgir⁹.

La familia desde siempre es y ha sido considerada como el principal pilar del ser humano y de toda sociedad, a lo largo de la historia la familia ha atravesado por diferentes etapas o fases y ha llegado a una evolución muy notable, podemos ver en nuestra actualidad como las características de la familia son cada vez mayores, esto de acuerdo a las necesidades que la misma sociedad va presentando.

En la mayoría de los casos hay algunos tipos de familia que puede tener un factor importante en el crecimiento y desarrollo de los niños tanto psicológico como social, donde se desprenden algunas problemáticas como malas conductas o un retraso en su habla o lenguaje, teniendo también una afectación en los padres de familia.

⁹Tomas Fernandez García, Ponce de Leon Romero, Laura, Trabajo Social con familias, edit. Ediciones Académicas, España, 2012, p. 45-87

1.5 PROBLEMÁTICAS MÁS FRECUENTES DENTRO DE LA FAMILIA

Dentro de la sociedad siempre ha existido una serie de problemáticas que se presentan en el núcleo familiar, en la actualidad ha ido acrecentándose debido al crecimiento de las características o tipologías de la formación de las familias. El más común tiene que ver en torno a la comunicación y a que no se llevan a cabo los roles de manera adecuada.

Se abordaran las situaciones más comunes o frecuentes que se presentan dentro de un hogar.

“1.- El desacuerdo en la forma de disciplinar a los hijos

Es una de las situaciones más frecuentes de conflicto entre los padres, y que a la vez impacta a los hijos, pues éstos se sienten culpables de ser la causa de las discusiones. Generalmente, lo que provoca el problema es el enfrentamiento de dos estilos de educar que no logran un punto intermedio. La pareja, en vez de converger, van polarizando sus posiciones, uno hacia la permisividad y el otro hacia el autoritarismo, y muchas veces lo hacen no porque están convencidos de que tiene que ser así, sino por compensación del otro.

Muchas veces detrás del desacuerdo se encuentra el temor a decir no a los hijos, "que lo que produce es reforzar el poder de la generación joven para oponerse a las normas y dictados del adulto". La situación se ve potenciada por las culpas de los padres por dedicar poco tiempo a sus hijos, "la que es aliviada permitiéndoles cosas que de otra manera no harían". Plantea la importancia de establecer límites como única vía de solución. "Múltiples factores influyen en la eficiencia de la autoridad parental y, ante todo, el acuerdo entre padre y madre en tres asuntos fundamentales: qué le vamos a permitir a nuestro hijo, qué no le vamos a permitir y qué haremos cuando transgreda las reglas.

2.- La dificultad para negociar y definir roles entre la pareja

Vivimos un modelo de transición en que aún coexisten patrones tradicionales de estructura familiar con otros modernos. Al no existir un modelo de normalidad para

ser imitado por la pareja actual, el gran desafío es desarrollar nuevas habilidades para crear su propio modelo. Entre los acuerdos que se necesita negociar están, por ejemplo, qué tiempo asignar a la relación padres–hijos y a la de pareja, y en qué orden; a qué hijo atender primero y por cuánto tiempo, etc. La tarea es difícil, pero no imposible, y muchas veces genera conflictos debido a la lealtad primaria irracional con la familia de origen. Cada uno se incorpora a la familia con su mochila y dice a mí me educaron de esta manera entonces, yo replicaré este modelo porque estoy convencido de que es bueno.

Hay etapas más críticas en la definición de roles, como cuando la mujer se siente con más tiempo libre porque los hijos crecieron, y decide retomar su trabajo, o cuando hay mucha disparidad en el desarrollo emocional y afectivo de los miembros de la pareja. Otro factor que complica la definición de roles tiene relación con la pugna por quién tiene el poder dentro de la pareja y la familia, lo que se termina en una competencia permanente de quién tiene la razón, quién manda en cualquier cosa, en el desautorizar al otro delante de los hijos, en rebatir casi por principio lo que el otro dice, sobre todo delante de terceros. Un factor conciliador en la negociación es el que los interlocutores se consideren pares. "Aquí no puede haber uno más sabio o más maduro o más sano síquicamente. Hay quienes han comparado la familia con el mundo de las empresas. Y la necesidad de constituir una sociedad parental y conyugal" es indispensable en el mundo que nos toca vivir.

3.- La causa más común de consulta: falta de comunicación

A estas alturas, es casi un cliché hablar de falta de comunicación dentro de la familia, pero esto es un problema real y extremadamente común. Y aclara que le interesa desmitificar el concepto, porque comunicarse no es lo mismo que conversar. Hablamos para ser escuchados, pero lo que decimos y lo que escucha el otro es distinto, porque detrás está la interpretación. Muchas veces escuchamos lo que queremos escuchar, y eso bloquea la comunicación.

Plantea que algunas veces la familia es tan desligada que simplemente no hay espacios para comunicarse. Cada uno vive su vida independiente sin hacerse

demasiado caso. Los hijos tienen que caer en conductas disruptivas y riesgosas para que el sistema acuse recibo de que algo pasa.

En el otro polo e igualmente disfuncionales son las familias aglutinadas, que ante cualquier mínima sospecha de un problema acuden a un especialista. Si hay uno con problemas, todos viven angustiados. Conversan, porque están muy juntos, pero no necesariamente se comunican. Crían niños tímidos, inseguros y con pocas habilidades sociales. Una forma privilegiada de comunicación con los niños es el juego y no la conversación, como suelen preferir los adultos. Otro momento de intimidad es antes de dormir. Los niños suelen revelar asuntos importantes que les tienen preocupados y es cuando están más dispuestos a contar algo.

4.- Falta de tiempo familiar

Para conocer a alguien hay que dedicar tiempo a esa relación, y el tiempo compartido en familia es una forma concreta de demostrar el amor que sentimos por los otros.

A diferencia de los otros problemas, éste no es reconocido por los miembros de la familia, y rara vez es motivo de consulta, "pero tiene enorme relevancia para la calidad de vida familiar". Lo que atenta contra ella es el estilo de vida actual, que implica largas jornadas laborales, sin mencionar lo complicado que resulta para algunas personas obtener permisos para cuidar a un hijo enfermo. A esto se suma una sociedad marcada por el individualismo. Diría que hoy el núcleo fundamental de la sociedad no es la familia, sino el individuo.

Hay tiempos de convivencia familiar entrañables, como la comida familiar. No debería ser pospuesta, porque para estrechar los lazos con los hijos se necesitan espacios de interacción.

5.- Manejo del dinero

Los problemas relacionados con el dinero suelen estar ligados con los roles dentro de la familia. Un mayor riesgo de conflicto se da cuando ambos trabajan, por el símbolo de poder que implica el dinero. Otro problema es simplemente no hablar del

asunto de plata porque se considera que se está poniendo en tela de juicio la confianza y honestidad del otro.

Es muy importante para cada familia diseñar un proyecto de vida en donde se compatibilicen las expectativas y valores de los miembros. Esto va a determinar la calidad de vida a que puede aspirar la familia; supone explicitar las metas materiales que se pretende alcanzar, las posibilidades de ahorro, el barrio en que se desea vivir o el colegio al que se enviará a los hijos.

Se debe estar consciente de que es difícil abstraerse de una cultura en que prevalece el individualismo y el materialismo, pero el dinero no satisface las necesidades emocionales de los miembros de una familia.

6.- Problemas sexuales

Si el tema de la sexualidad es tabú en la sociedad, lo es aún más al interior de la familia. Por eso no es de extrañar que aunque es una forma privilegiada de comunicación, se transforme con tanta frecuencia en una fuente inagotable de conflictos. Y no nos referimos sólo al acto sexual, sino a todo lo que ocurre cuando se establece una relación entre personas de distinto sexo. Para ejemplificarlo, se habla del "romance familiar". "Es normal que el niño se "enamore" de su madre y llegue incluso a decirle que quiere casarse con ella. La niña por su parte experimenta este romance familiar hacia el padre. Estos triángulos amorosos suelen desvanecerse cuando los niños tienen 5 o 6 años, pero una resolución no adecuada puede reactivarse durante la adolescencia. Así, pueden darse interacciones en que la madre o el padre vuelca todas sus energías afectivas sobre el hijo o hija, mientras el otro se siente excluido, lo que afecta la relación con el hijo.

Por otro lado, evidentemente los problemas en la pareja también repercuten en la familia: "Un conflicto en esta área trasciende y genera distanciamiento afectivo, frustración, penas y rabias, ya que la sensación de rechazo que se siente por parte del otro no es gratis para la armonía de los miembros."¹⁰

¹⁰<http://dannymontes.blogspot.mx/2010/11/los-6-problemas-mas-comunes-de-la.html> (consultada el 13 de octubre de 2017).

1.6 Redes familiares y de apoyo

Definición de red:

“El término genérico red hace referencia a un conjunto de entidades (objetos, personas, etc.) conectadas entre sí. Por lo tanto, una red permite que circulen elementos materiales o inmateriales entre estas entidades.”¹¹

Es importante rescatar que las redes de apoyo como su definición lo describe hace referencia al apoyo que las familias puede obtener de estas para resolver su situación por la cual pueden estar atravesando. Se hace mención ya que este tipo de red de apoyo es distinta a las redes sociales de internet.

“Inevitablemente, en algún momento del proceso de desarrollo, crecimiento y socialización todos nos debemos enfrentar a situaciones desconocidas o peligrosas para las cuales en varias ocasiones no contamos con recursos suficientes; es entonces cuando adquieren relevancia las redes de apoyo.

Las redes sociales de apoyo se refieren a un conjunto flexible de personas con las que mantenemos un contacto frecuente y un vínculo social cercano. Estas personas son emocionalmente significativas y son quienes pueden brindarnos su ayuda, tanto de tipo material como emocional; según el contexto situacional pueden ser: la familia, los amigos, personal del colegio, vecinos, compañeros de trabajo, empleados de ciertas instituciones, etc.

Diversas investigaciones han demostrado la importancia de las redes sociales, tanto en la vida diaria como en situaciones de crisis, por el apoyo proporcionado al encontrar soluciones, abrir nuevas posibilidades y disminuir la vulnerabilidad del individuo ante problemas físicos y emocionales. Por todo esto vale mucho la pena conocer quiénes forman parte de nuestras redes principales; así resulta más sencillo

¹¹<https://www.significados.com/redes-sociales/>(consultada el 05 de diciembre del 2018)

acudir a la persona indicada en el momento en que suceda alguna situación que pueda rebasar tu capacidad para afrontarla aisladamente.”¹²

“La red social es una estructura relativamente invisible pero al mismo tiempo muy real, en la que se inserta un individuo, núcleo familiar o grupo.

Con la red social se intenta actuar sobre fuerzas que existen dentro de la trama social viva y aprovechar la energía y el talento existente en la red social de la familia, vecinos, etc. del usuario que demanda la atención, como una manera de restaurar un elemento vital de las relaciones. La red, en sí, es el campo relacional total de una persona y tiene por lo común una representación espacio-temporal. Su grado de visibilidad es bajo, pero posee numerosas propiedades vinculadas en el intercambio de información.

Existen entre los componentes de una red, pocas reglas formales, pero ésta está compuesta por las relaciones entre muchas personas, algunas de las cuales son conocidas por muchos de los integrantes de la red, en tanto que otros solo constituyen un eslabón de la unión de algunos de ellos. La red de un individuo cualquiera, es la suma total de las relaciones humanas que posee significado perdurable en la vida.”¹³

Como podemos ver las redes sociales de apoyo son fundamentales para todo individuo que se encuentra de cierta manera en circunstancias de vulnerabilidad en los acontecimientos que se presentan a lo largo de la vida, desde el momento en el que se nace el individuo se va desarrollando dentro de un núcleo familiar, donde también se encuentra la necesidad de tener o de contar con las diversas redes sociales de apoyo.

¹²http://estarbien.iberomex.com/?page_id=114 (consultada el 31 de mayo del 2018)

¹³<http://www.soytrabajosocial.com/2012/11/mapa-de-redes-sociales-y-familiares.html> (consultada el 30 de mayo del 2018)

Importancia de las redes de apoyo

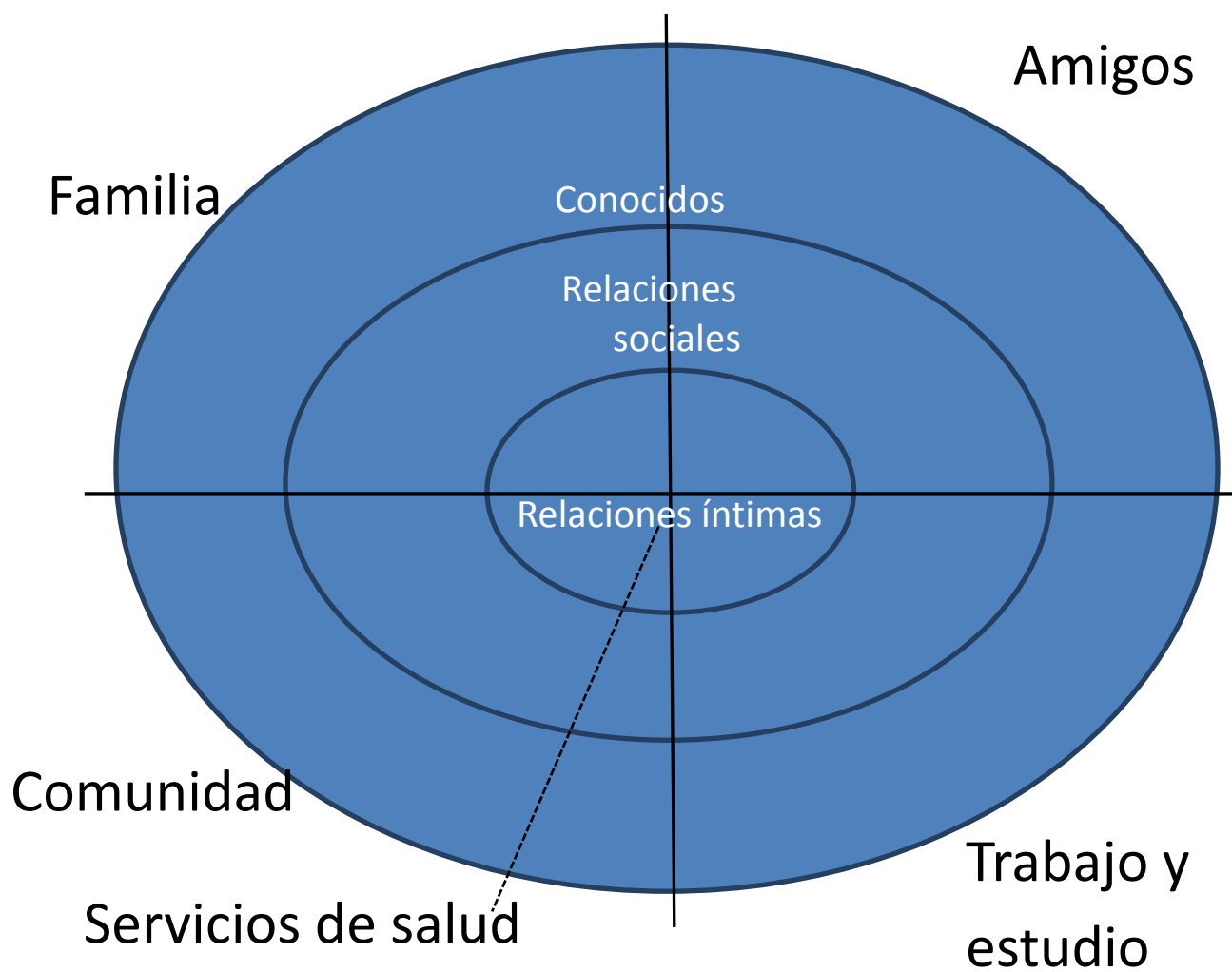
“Los grupos de apoyo están diseñados en forma importante para satisfacer las demandas de los cuidadores, para ayudar a los pacientes y familiares a entender la enfermedad y aprender a convivir con ella, son responsables de lograr una atmósfera cálida y de apoyo en la cual cada uno de los integrantes se sienta importante. El papel de la familia en el cuidado diario, la planeación legal anticipada, estrategias de cuidado en el hogar, cambios conductuales que pueden presentar los pacientes, el desarrollo de estrategias flexibles y prácticas para manejar situaciones difíciles, son temas de gran relevancia para los asistentes a las reuniones, pues el respaldo sostenido a los cuidadores es sin duda un factor determinante en la salud de paciente. Es así como los grupos de apoyo son reconocidos como un instrumento terapéutico de gran utilidad, ya que promueven la mejor calidad de vida de los pacientes.

Los grupos de apoyo se enmarcan y se basan en la importancia de las redes sociales. Permiten a sus miembros contar con un soporte emocional, una red social de apoyo, tener la posibilidad de compartir información y alcanzar metas como grupo, dar un espacio y guía a personas en condiciones de vulnerabilidad que padecen enfermedades difíciles de manejar.”¹⁴

A continuación se presenta un diagrama donde se muestran de manera sintética las redes de apoyo con las que los individuos encuentran un soporte en las situaciones de vulnerabilidad.

¹⁴<http://www.cuidatecuidador.com/importancia-grupo-de-apoyo.html> (consultada el 28 de agosto)

Mapa de la red



Funciones de la red

- Compañía social
- Apoyo emocional
- Guía cognitiva y consejos
- Regulación social
- Ayuda de material y servicios

Tipo de lazo o atributo del lazo

- Multidimensionalidad
- Cuán recíproca es
- Cuán intensa y comprometida es una relación específica
- Frecuencia de los contactos
- A lo largo de cuánto tiempo se ha establecido cada relación

Niveles de red

- Red personal extensa: tamaño de la red
- Red personal disponible: número de personas que interactúan con el sujeto
- Red personal efectiva: es una medida del número de personas y de su grado de implicación cuando afrontan el problema del sujeto

Subclases

- Red de atención temprana: compuesta por las personas que interactúan con el sujeto sintomático.
- Red de acción en crisis: personas que están instrumentalmente implicadas en la entrada de un paciente en el tratamiento.
- Red de tratamiento: los que interactúan con el sujeto una vez que está en tratamiento”¹⁵

TIPOS DE APOYO

“Los tipos de apoyo o transacciones, de acuerdo con Sánchez (2000) y CELADE (2003), son cuatro:

¹⁵<https://es.slideshare.net/auramijoselin/redes-de-apoyo-diapositivas>(consultada el 28 de agosto de 2018)

1. Apoyos materiales: recursos monetarios (dinero en efectivo, como aporte constante o no, remesas, regalos, otros) no monetarios (comida, ropa, pago de servicios).
2. Apoyos instrumentales: transporte, ayuda en labores del hogar, cuidado y acompañamiento.
3. Apoyos emocionales: cariño, confianza, empatía, sentimientos asociados a la familia y la preocupación por el otro. Pueden presentarse mediante visitas periódicas, transmisión física de afecto
4. Apoyos cognitivos: intercambio de experiencias, transmisión de información (significado) consejos.”¹⁶

“1. Red social primaria:

El origen de esta red es de naturaleza informal y está compuesta por la familia, vecinos y amigos. Como su nombre lo indica, esta red es primordial y es el núcleo de las necesidades más básicas de cualquier individuo (ej. socialización, cuidado, afecto, reproducción y estatus). La complejidad de las interacciones que surgen a partir de esta red.

2. Red comunitaria:

Esta red se institucionaliza a nivel local y es conocida también como red secundaria. Las personas tienden a buscarla en organizaciones altruistas y civiles, o bien, en instituciones de beneficencia que desarrollen algún programa o proyecto asistencial en la comunidad; con la expectativa de obtener algún apoyo (material, instrumental, emocional, cognitivo). Muchas veces estas redes son difíciles de encontrar, ya que existe una gran rotación del personal que las gestiona.

3. Red interinstitucional: Esta red la componen tanto organismos públicos como privados. Específicamente, la representan instituciones públicas creadas para atender necesidades de vulnerabilidad física, económica y/o psicológica.”¹⁷

¹⁶https://ccp.ucr.ac.cr/espam/descargas/ESPAM_cap5web.pdf (consultada el 28 de agosto del 2018)

¹⁷<http://vive-mas.com/redes-sociales-de-apoyo-que-son-y-por-que-son-tan-necesarias-en-la-tercera-edad/> (consultada el 28 de agosto)

1.7 Dinámica familiar

“La familia es el principal pilar de una sociedad para que los niños tengan ciertas problemáticas muchas veces la familia es la que directamente influye en ellos. En la actualidad la familia se está enfrentando a muchos cambios mayormente en su conformación y en su tipología donde cada vez se tiene más diversidad de características las cuales provoca alteraciones en la estabilidad emocional de la misma sociedad.

Es de vital importancia conocer esta información ya que la familia es el núcleo de toda sociedad, es la encargada de criar, educar, y guiar a los hijos hacia una sociedad, es por esto que se muestran los diferentes tipos de familias que hay, así como las funciones específicas que como familia se deben de cumplir, rescatando también que en todas se lleva un proceso en una serie de etapas o fases llamado ciclo vital por las que atraviesa una familia.

La dinámica familiar se puede interpretar como los encuentros entre las subjetividades, encuentros mediados por una serie de normas, reglas, límites, jerarquías y roles, entre otros, que regulan la convivencia y permite que el funcionamiento de la vida familiar se desarrolle armónicamente. Para ello, es indispensable que cada integrante de la familia conozca e interiorice su rol dentro del núcleo familiar, lo que facilita en gran medida su adaptación a la dinámica interna de su grupo. Al respecto, afirma Agudelo que la dinámica familiar comprende las diversas situaciones de naturaleza psicológica, biológica y social que están presentes en las relaciones que se dan entre los miembros que conforman la familia y que les posibilita el ejercicio de la cotidianidad en todo lo relacionado con la comunicación, afectividad, autoridad y crianza de los miembros y subsistemas de la familia. Lo anterior significa que, las familias en su dinámica interna están atravesadas por una historia, historia que aunque comparten los miembros del grupo, todos desde su individualidad –orden biológico, físico, psicológico, social, cultural y políticos– asumen diversas posturas frente a lo que los permea como grupo; asimismo, la manera de asumir dificultades, retos, éxitos y fracasos es distinta.

Características de la dinámica familiar

La comunicación: sintonía de subjetividades familiares La comunicación es un punto crucial debido a que las relaciones familiares están atravesadas por el intercambio de pensamientos, emociones y sentires entre las personas vinculadas al grupo familiar, y que son exteriorizadas a través de acción y/o lenguaje verbal o no verbal. La comunicación se puede afrontar desde diferentes modalidades a saber: primera hace referencia a la bloqueada, aquella que posee como características poco diálogo e intercambios entre los miembros de la familia, en otras palabras, es cuando los integrantes de la familia se comunican superficialmente y no les interesa establecer vínculos afectivos profundos; la segunda, denominada como comunicación dañada, en la que las relaciones familiares están selladas por intercambios que se basan en “reproches, sátiras, insultos, críticas destructivas y silencios prolongados”. (p.9). Este tipo de comunicación hace que afloren la distancia y el silencio entre quienes conforman la familia, y una dinámica familiar con vínculos débiles. La tercera tipología comunicativa presenta una característica particular, que consiste en buscar la mediación de un tercero cuando los miembros de la familia no se sienten competentes para resolver las diferencias existentes entre ellos –este acto puede volverse contraproducente para la dinámica familiar porque se corre el riesgo de que se vuelva permanente esta necesidad–, lo que genera distancia afectiva entre los integrantes de la familia.

Afecto: punto central en las relaciones familiares: afirma que el intercambio afectivo, es una de las interacciones más importantes en la vida del ser humano, debido a que el sentirse amado, respetado y reconocido potencia la satisfacción personal y el desarrollo humano al interior del grupo familiar; así mismo, el afecto es clave para comprender la dinámica familiar. En coherencia con las ideas expresadas, los niños desean ser amados, reconocidos y visibilizados, para ello actúan de acuerdo a los deseos de los adultos significativos, es decir, sus comportamientos los enfocan a satisfacer las exigencias y demandas del adulto con el fin de no perder su cariño.

Autoridad: ejercicio de poder; la autoridad “es el crédito que por su mérito y fama, se da a una persona en determinada materia”. Desde la sociología la autoridad “significa la facultad que tiene una persona para orientar y determinar conducta de otras”, “La autoridad familiar se fundamenta en dos ejes básicos de organización: el género y las generaciones; desde éstos se estipula la subordinación de la mujer al varón y de los hijos a los padres”. Estas definiciones dejan por sentado que al hablar de autoridad se hace referencia a que las relaciones humanas están atravesadas por intercambios de poder en coherencia con la obediencia en tanto hay un reconocimiento del poder. De otro lado, y en palabras más afables “el cuidado de los otros es el don de la autoridad”

Roles: punto clave en la dinámica familiar; Al interior de la familia se tejen vínculos a través por el amor, desamor, descontentos, desacuerdo, acuerdo, vínculos, aspectos que configuran un entramado de roles asimétricos e interactivos que son asumidos y vivenciados de modos distintos por cada miembro del núcleo familiar. Es preciso entonces aclarar el concepto de rol como punto central de este apartado. La adquisición del rol y la identidad sexual: función de la familia señala que la división de roles se da a partir del género, indicando que el rol sexual hace alusión a “los comportamientos, sentimientos y actitudes que se consideran propios del hombre o de la mujer. Tiene en este sentido una base más cultural”. De lo anterior, se puede afirmar que la cultura ha estereotipado, caracterizado y distinguido los comportamientos tanto para hombres como para mujeres, por ejemplo culturalmente los comportamientos de ternura, llanto y “mimos” son característicos de la mujer, por el contrario los hombres se distinguen –culturalmente– por ser fuertes física y emocionalmente, sin embargo, si alguno por cualquier circunstancia llega a demostrar sentimientos de llanto o a manifestar expresiones de ternura con sus pares, socialmente, se le tacharía de “niña”, “gallina”, entre otros. En este sentido, se puede señalar que los roles sexuales han conllevado a que los seres humanos se olviden de demostrar sentimientos propios de los humanos, tales como el amor, el llanto, la tristeza, el cariño, la pasión. De otro lado, se señalan que el rol ha estado determinado por la obtención de un salario, situación que históricamente ha ubicado al género masculino en situación de privilegio debido a que el varón es el

responsable del sustento económico en el núcleo familiar, dejando a la mujer en una situación de poco o nulo privilegio, es decir la mujer –mientras que el hombre asume el rol de proveedor– se ha encargado de la crianza y el cuidado de los hijos, así como del vínculo afectivo que allí se gesta. En este orden de ideas, en el seno de la familia la división sexual y la asignación o asunción de roles está supeditada a la productividad de sus miembros. En estudios realizados el rol de la mujer es de administradora del hogar –este espacio está reservado para que ejerza todo su poder– y su función principal es velar por el bienestar de sus hijos y esposo; por su parte, el varón desempeña como rol esencial la búsqueda del sustento económico del hogar en el mercado laboral.”¹⁸

La familia es el principal pilar de una sociedad para que los niños tengan ciertas problemáticas muchas veces la familia es la que directamente influye en ellos. En la actualidad la familia se está enfrentando a muchos cambios mayormente en su conformación y en su tipología donde cada vez se tiene más diversidad de características las cuales provoca alteraciones en la estabilidad emocional de la misma sociedad.

Es de vital importancia conocer esta información ya que la familia es el núcleo de toda sociedad, es la encargada de criar, educar, y guiar a los hijos hacia una sociedad, es por esto que se muestra los diferentes tipos de familias que hay, así como las funciones específicas que como familia se debe de cumplir, rescatando también que en todas se lleva un proceso en una serie de etapas o fases llamado ciclo vital por las que atraviesa una familia.

¹⁸<http://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/viewFile/364/679> (consultada el 02 de junio del 2018)

CAPÍTULO II

DESARROLLO DEL NIÑO

En este capítulo se retomara el desarrollo del niño tomando como parte de este desde el nacimiento hasta la edad preescolar que corresponde de 3 a 6 años de edad, es importante conocer cómo es que presenta el desarrollo del infante desde su nacimiento como es que va evolucionando en cuanto a su desarrollo físico, cognitivo, emocional-social y del lenguaje que es en particular de nuestro interés principal.

2.1- DEFINICIÓN

Es necesario describir que entendemos por definición de lo que es el desarrollo para poder dar paso al desarrollo en los diferentes aspectos del niño.

Es necesario definir lo que es el desarrollo para entender a que hace referencia este y poder ubicar al desarrollo en los diferentes aspectos del niño.

“Desarrollo: Es un proceso por en el cual cada ser humano tiene que vivir para ir creando una madurez adecuada a su edad. Es una secuencia de cambios tanto del pensamiento como sentimientos y sobre todo el más notorio es el físico, dándose estos cambios se llega a una madurez tanto intelectual, social como muscular y de esta manera el individuo se va desarrollando en todas sus dimensiones.”¹⁹

De la misma manera es importante dar a conocer una definición de **niño** la cual:

“se le denomina a la fase de la niñez o infancia desde el momento del nacimiento donde el ser humano realiza el mayor porcentaje de crecimiento y desarrollo físico. motor, cognitivo, de lenguaje”.²⁰

Una vez definido lo que es el desarrollo como tal es conveniente conocer lo que comprende de manera general el **desarrollo del niño** entendiéndolo como:

¹⁹<http://www.psicopedagogia.com/definicion/desarrollo> (consultada el 13 de febrero del 2017)

²⁰Ander-Egg, Ezequiel, Diccionario de Trabajo Social, edit. Lumen, Argentina, p. 92

“Producto continuo de los procesos biológicos, psicológicos y sociales de cambio en los que éste resuelve situaciones cada vez más complejas, en los cuales las estructuras logradas son la base necesaria de las subsiguientes. Esta perspectiva del desarrollo asume su multidimensionalidad, así como la indivisibilidad de los procesos biológicos, psíquicos y sociales, los que se resumen en un todo que se constituye en el niño.”²¹

2.2 CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL DESARROLLO DEL NIÑO

Para poder tener un acercamiento hacia el desarrollo que se da en los seres humanos en esta primera etapa de la niñez, es necesario dar a conocer a grandes rasgos las características propias de este proceso.

“características fundamentales en el desarrollo:

- El desarrollo es un proceso de construcción dinámico. Esto quiere decir que el niño no es un ser pasivo que se limita a recibir información del entorno, sino que es un agente activo de su propio desarrollo, que construye en constante interacción con el medio. El niño aprende explorando y actuando sobre el medio, el cual a su vez produce un cambio continuo en el niño y la formación de nuevas estructuras de pensamiento y de relación.
- Es un proceso adaptativo. Es decir, en este proceso de interacción el niño modifica su comportamiento para ir adaptándose progresivamente al mundo en el que vive y del cual recibe información. Podemos decir que una de las finalidades del desarrollo es la adaptación al medio físico.
- El desarrollo es un proceso global: esto podemos tomarlo en dos sentidos. Por un lado, al decir que el desarrollo tiene lugar globalmente nos referimos a que las distintas áreas siguen una evolución paralela, todas se desarrollan a la vez. Aunque también es verdad que determinadas áreas tiene más peso en unas edades que en otras. Por otro lado, podemos decir que es un proceso global porque ocurre por la interacción de muy variados factores, tanto individuales o genéticos, como exógenos o ambientales. El niño nace con un potencial de

²¹http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752004000400014(consultada el 13 de febrero del 2017)

aprendizaje y desarrollo determinados por la herencia genética, pero las condiciones ambientales pueden favorecer o dificultar el desarrollo.

- Así mismo, el desarrollo es un proceso continuo: cada nuevo logro que consigue el niño es una prolongación de las habilidades que ya poseía y que las supera. Esto se conoce con el nombre de andamiaje. El niño necesita de unos andamios, conocimientos y habilidades que ya domina y en los que se apoya para construir nuevos aprendizajes, por lo que se convierte en un agente activo para su propio desarrollo.
- Por último, el desarrollo es un proceso no uniforme. Esto quiere decir que los distintos logros que va consiguiendo el niño en el desarrollo no ocurren todos en todos a la misma edad exactamente. Tan solo se puede ofrecer una edad aproximada para la consecución de las diferentes habilidades, pero nunca una fecha exacta, pues cada niño es un ser único e irrepetible con su propio ritmo de aprendizaje y unas características, intereses y necesidades propias.

Como sabemos, el desarrollo no es el resultado de un solo factor o tipo de factores, al contrario, se considera que son múltiples los factores que intervienen en éste. Aunque existen diferentes clasificaciones, nos vamos a referir a ellos como factores genéticos (internos o endógenos) y ambientales (externos o exógenos)

FACTORES GENÉTICOS: la importancia de los factores genéticos en el determinismo de algunas características orgánicas no es necesario subrayarla. No obstante, en la especie humana es difícil formular con precisión las leyes de la herencia, sea debido a la enorme interferencia de condiciones ambientales discrepantes, fluctuantes e incontrolables dentro de las que crece el ser humano, o sea debido a su propio y prolongado ciclo reproductivo y evolutivo.

Por otro lado, la herencia directa de rasgos psicológicos es muy difícilmente concebible desde un punto de vista teórico, mientras que la posibilidad de heredar ciertas estructuras y funciones orgánicas, que se reflejan en el tejido psíquico del individuo, es más comprensible. Todo ello demuestra la enorme complejidad de las condiciones en que los caracteres somáticos repercuten en sus caracteres psíquicos.

FACTORES AMBIENTALES: nos referimos a aquellas circunstancias que rodean al niño en su medio próximo y que condicionarán de forma importante su desarrollo. La importancia de este tipo de factores es incuestionable.

Hoy en día se considera que lo innato y lo adquirido es una falsa distinción desde el punto de vista de la evolución de la especie, ya que lo que hace unas generaciones era adquirido, puede acabar siendo incorporado al código genético de la especie. Siguiendo a Palacios (1990), podemos hablar de:

– Contenidos cerrados del código genético: son los no modificables por el efecto del aprendizaje y la experiencia. Por ejemplo, los seres humanos no podemos volar.

- Contenidos abiertos: que tienen más que ver con las posibilidades de desarrollo que con la adquisición de conductas concretas. Por ejemplo, nacemos con la posibilidad del lenguaje articulado, que sólo se adquirirá por medio del aprendizaje. Los seres humanos tenemos un código extraordinariamente abierto, por eso se afirma que “estamos programados para aprender”. El código genético debe ser entendido no como una limitación, sino como una posibilidad.

La parte cerrada del código genético establece un calendario madurativo, que todos debemos recorrer hasta cierto punto. Cuanto más pequeños somos, más nos parecemos aunque pertenezcamos a culturas muy diferentes. Es decir, en los primeros años todos seguimos un desarrollo similar. Asimismo, en esos primeros años, existen unos períodos críticos o sensibles en los que nos encontramos especialmente predispuestos a aprender esas habilidades básicas. En algunas ocasiones, si estos aprendizajes no se realizan esos períodos críticos, no llegan a adquirirse nunca (ej. Marcha bípeda, lenguaje,...)

Por tanto, las deficiencias son más recuperables cuanto menor es la edad del niño. De ahí la importancia de la atención temprana para remediarlas en lo posible. Esto se debe a: la plasticidad del sistema nervioso (las conexiones nerviosas se completan después del nacimiento), la versatilidad en la búsqueda de formas de adaptación o adquisición de conductas y a la capacidad de recuperación cuando se dan experiencias apropiadas.

En el desarrollo influyen tanto factores externos como internos. Estos factores no podemos estudiarlos de forma separada sino contemplarlos en una visión contextualista-interaccionista.”²²

Es de gran importancia el mencionar de manera general el desarrollo del niño de 0 a 3 años ya que de esto prosigue la etapa preescolar del niño, que es principalmente de nuestro interés.

2.3 DESARROLLO DEL NIÑO DE 0 A 3 AÑOS DE EDAD

“Las cuatro primeras semanas de vida marcan el período neonatal, un momento de transición de la vida intrauterina - cuando el feto depende totalmente de la madre- a una existencia independiente.

El bebé al nacer tiene características distintivas, cabeza grande, ojos grandes adormilados, nariz pequeña y mentón hendido (lo que hace más fácil amamantar) y mejillas gordas.

La cabeza del neonato es un cuarto de la longitud del cuerpo y puede ser larga y deformada debido al amoldamiento que ha facilitado su paso a través de la pelvis de su madre. Este amoldamiento temporal es posible debido a que los huesos del cráneo del bebé no se han fusionado aún; no estarán completamente unidos durante los 18 meses. Los lugares de la cabeza en donde los huesos no han crecido juntos- puntos suaves o fontanela- están cubiertos por una membrana fuerte. Debido a que el cartílago de la nariz del bebé es moldeable, el viaje a través del canal deja la nariz luciendo aplastada por unos pocos días.

El crecimiento físico es más rápido durante los 3 primeros años que durante el resto de la vida. A medida que los niños pequeños crecen en tamaño, la forma del cuerpo también cambia. El tamaño del resto del cuerpo se proporcióna con el de la cabeza, la que sigue el proceso en curso hasta alcanzar el tamaño de la de un adulto. La

²²<https://psicologiainfantilaragoza.wordpress.com/2013/03/07/el-desarrollo-evolutivo-caracteristicas-generales/>(consultada el 25 de enero del 2017)

mayoría de los niños se adelgazan durante los 3 primeros años; el niño de 3 años es más delgado si se compara con el regordete y barrigón de un año.

En la mayoría de los bebés el primer diente aparece entre los 5 y 9 meses, y al año tiene 6 u 8 dientes y a los 2 años y medio tiene 20.

DESARROLLO PSICOMOTOR

Hay un orden definido para la adquisición de destrezas motrices y la habilidad de moverse deliberada y acertadamente es progresiva. Las habilidades van de lo simple a lo complejo. Primero, el niño alza objetos relativamente grandes con toda su mano. Luego, gradúa el uso de pequeños movimientos como de pinza con su pulgar y su índice para alzar objetos muy pequeños. Después de que ha logrado control sobre movimientos separados de los brazos, manos, piernas y pies, será capaz de coordinar todos estos movimientos para poder caminar.

La habilidad para caminar y la precisión para agarrar son dos de las habilidades motrices más distintivas de los humanos, ninguna de las cuales están presentes en el momento de nacer.

Al nacer, el bebé puede voltear la cabeza de lado a lado cuando está acostado hacia arriba y, cuando está boca abajo, puede levantar la cabeza lo suficiente como para voltearla. Primero domina el elevar la cabeza mientras que está boca abajo; luego mantiene su cabeza derecha cuando se le sostiene, y después levanta la cabeza cuando está boca arriba. Durante sus primeros 2 ó 3 meses continúa elevando la cabeza más alto y, alrededor de los 4 meses, puede mantenerla derecha cuando se le ayuda o cuando se lo mantiene sentado.

Aproximadamente a los 3 meses y medio, el bebé puede agarrar un objeto de tamaño no muy grande, aunque todavía tiene dificultad para agarrar cualquier cosa que sea mucho más pequeña. Alrededor de los 7 meses, las manos están lo suficientemente coordinadas como para poder alzar un guisante de la bandeja de su silla de comer, haciendo uso solamente de un movimiento como de pinza. A los 14 meses puede construir una torre de dos cubos; alrededor de los dos años puede

agarrar una taza y beber de ella; aproximadamente 3 meses antes de su tercer cumpleaños, puede copiar un círculo, bastante bien.

A los 3 meses, después de un cuarto de año como prisionero de la gravedad, el bebé empieza a rodar sobre sí mismo a propósito, primero de su estómago a la espalda y más tarde de la espalda al estómago. Los bebés aprenden a sentarse ya sea levantándose por sí mismos, ya sea cuando están acostados o dejándose caer cuando están de pie.

El bebé promedio puede sentarse sin apoyo entre los 5 y 6 meses y puede adoptar una posición de sentado sin ninguna ayuda, dos meses más tarde. Alrededor de los 6 meses aproximadamente, empiezan a moverse por todas partes en forma muy variada y bajo su propia cuenta y riesgo. Se mueven sobre el estómago, empujan el cuerpo con los brazos y arrastran con dificultad los pies detrás de ellos. A veces, sentados, corren rápidamente, empujándose hacia delante con los pies y las manos. La mayoría de los bebés ya se desenvuelven por todas partes con bastante propiedad alrededor de los 9 ó 10 meses.

Alrededor de los 10 meses, después de unos 4 meses de práctica parándose con el apoyo de cualquier objeto, puede soltarse y pararse solo. Alrededor de dos semanas antes del primer cumpleaños, se pone de pie correctamente, por sí mismo.

DESARROLLO LINGÜÍSTICO

La primera actividad vocal del bebé es llorar. Uno o dos meses después, balbucea, utilizando su lengua de diferentes formas para moldear los sonidos; alrededor del primer cumpleaños. El niño dice algunas palabras cortas formadas por sonidos simples; puede producirlas bien y muestra un control sutil y voluntario de su cuerpo.

El manejo del habla no es únicamente una cuestión de aprendizaje. Es también una función de maduración. La importancia de la maduración, el desdoblamiento de los patrones de conducta en una secuencia determinada biológicamente y relacionada con la edad. Estos cambios son programados por los genes; es decir, antes que el

niño pueda tener control completo de todas las habilidades debe estar biológicamente listo.

Normalmente, alrededor de los 15 meses un niño de cualquier sexo ha dicho diez nombres o palabras diferentes, y el vocabulario continúa creciendo a través de la etapa de las palabras simples. También hay seguridad creciente en las palabras, más y más ocasiones inspiran al bebé para decir una palabra o un nombre.

DESARROLLO COGNITIVO

A las doce semanas el niño entiende la relación causa-efecto. Han aprendido que llorando puede conseguir que ocurran cosas, ha aprendido también a saber escuchar.

A los 6 meses, se es sensible a las diferencias matemáticas, ejemplo: saben diferenciar entre un juguete y dos juguetes. Para los bebés “más de tres” es más. Saben diferenciar que un juguete no es igual que dos juguetes.

A los 15 meses, ya comienzan a experimentar. Descubren que el agua no tiene las mismas propiedades que el aire.

El pensamiento no sólo es científico, sino también creador. Los bebés 1º aprenden a copiar, después improvisar y más tarde a crear.

DESARROLLO SOCIAL

El desarrollo emocional depende de muchos factores, algunos de los cuales son innatos y visibles en el nacimiento y otros sólo aparecen después de un tiempo. Este proceso puede provenir de un reloj “biológico” en maduración, gobernado por el cerebro, el cual dispara sentimientos específicos en diferentes etapas. Esta cronología puede tener valor para la subsistencia: expresiones de dolor de niños indefensos de dos meses pueden hacer que se les proporcione la ayuda que necesitan, mientras que la ira expresada por los mismos bebés en la misma situación, pero siete meses más tarde, puede ocasionar que alguien haga algo para ayudarles, por ejemplo a alejar a una persona que le molesta.

Poco después de nacer, los bebés muestran interés, angustia y disgusto. En los meses siguientes van más allá de estas expresiones primarias para expresar alegría, cólera, sorpresa, timidez, miedo. Pero emociones más complejas que dependen del sentido de sí mismo llegan más tarde, alguna de ellas el segundo año, que es cuando la mayoría de los niños desarrollan la autoconciencia: capacidad para reconocer sus propias acciones, intenciones, estados y competencia y para entender que están separados de otras personas y cosas. Al darse cuenta de esto, pueden pensar sobre sus acciones y juzgarlas.

Alrededor de los ocho meses, la mayoría de los bebés desarrollan miedo a los extraños, sin embargo no muestra miedo si el extraño es otro niño.

El logro de la autoconciencia representa un gran salto de los niños en la comprensión y en la relación con otra gente; pueden colocarse en el lugar de otras personas y así desarrollan el sentimiento de empatía; además pueden pensar sobre sus propios sentimientos. Cuando se dan cuenta de que nadie más puede conocer sus pensamientos, desarrollan la habilidad de mentir.

Durante el primer mes, el bebé se aquieta al sonido de una voz humana o cuando la alzan, y sonrío cuando le mueven las manos y se las ponen juntas para jugar a dar palmaditas. Cada día que pasa, responde más a la gente- sonriendo, arrullándose, agarrando objetos...

Al nacer, su grito indica incomodidad física; más tarde, posiblemente expresa angustia psicológica. Sus primeras sonrisas con frecuencia son espontáneas como una expresión de bienestar interno. Después de unos meses, las sonrisas son, con más frecuencia, señales sociales en las cuales el bebé muestra su agrado por otras personas."²³

²³<http://www.monografias.com/trabajos98/desarrollo-infantil-0-3-anos/desarrollo-infantil-0-3-anos.shtml> (consultada el 10 de enero del 2017)

2.4 DESARROLLO DEL NIÑO EN EDAD PREESCOLAR

Se desarrollara los aspectos referentes al proceso de crecimiento y desarrollo del niño en edad preescolar, rescatando de manera general las principales características que dentro de lo normal va desarrollando el ser humano en estas etapas de la vida tanto en el aspecto físico como en el motor, de lenguaje, de aprendizaje, en lo emocional y social.

DESARROLLO FÍSICO

El aspecto físico es el de suma importancia y es visto como el de mayor importancia, esto se puede ver desde el trascurso del embarazo ya que se procura que el producto se esté formando sin ninguna malformación.

A continuación se da una breve definición de lo que se refiere el desarrollo físico:

“El desarrollo proviene de factores genéticos, considerados con frecuencia los responsables últimos del potencial biológico, así como de factores del medio ambiente, es decir, factores sociales, emocionales y culturales que interactúan entre sí de forma dinámica y modifican de forma significativa el potencial del crecimiento y desarrollo.”²⁴

3 a 4 años

- Corre eludiendo obstáculos.
- Puede pararse en un solo pie.
- Empuja, jala y guía los juguetes.
- Tira y ataja una pelota.
- Construye una torre de bloques.
- Manipula plastilina.
- Puede vestirse y desvestirse.

²⁴<https://prezi.com/ykagiefhtd4j/desarrollo-fisico-y-psicomotor-en-la-etapa-infantil/>(consultada el 10 de enero del 2017)

Es una etapa de crecimiento lineal, constante pero lento. En la primera fase, de los 2 a los 3 años el niño aumenta unos 200 gr mensuales y, de los 4 a los 5, unos 170 gr. En la estatura, entre los 3 y 5 años el niño crece unos 3 cm al año.

Con todo esto al final del recorrido de esta etapa el niño habrá engordado unos 4 ó 5 kg y crecido unos 14 cm aproximadamente. El cuerpo del niño se estiliza cada vez más, la barriga se hace más plana y la cabeza no es tan grande si la comparamos con el resto del cuerpo.

Es muy típico que hayan altibajos en el apetito, que el niño no sea regular y que los padres tengan la falsa idea de que el niño como poco o menos que antes. Si el crecimiento es correcto (esto lo evaluará el Pediatra) seguramente el niño come lo necesario para crecer y desarrollarse. Suele ser bastante anárquico en las comidas: come poco en una de ellas y compensa en la siguiente.

4 a 5 años

- Dibuja cruces y círculos.
- Camina hacia atrás.
- Es capaz de saltar hacia adelante repetidamente.
- Sube y baja escaleras.
- Es capaz de dar volteretas.
- Usa tijeras para niños.
- Puede recortar una línea continua.
- Copia cuadrados y cruces.
- Sabe escribir algunas letras mayúsculas.
- Dibuja figuras de personas.

DESARROLLO MOTOR

“El desarrollo motor de los niños depende principalmente de la maduración global física, del desarrollo esquelético y neuromuscular. Los logros motores que los niños van realizando son importantes en el desarrollo debido a que se van a ir adquiriendo, hacen posible un mayor dominio del cuerpo y el entorno.

Este desarrollo se muestra de dos maneras las cuales son las siguientes:

DESARROLLO MOTOR GRUESO

El niño, a partir de los dos años va mejorando habilidades como correr, saltar, trepar, bailar... A los 3 años, ya tiene adquiridas muchas de las capacidades motoras de un adulto. A partir de entonces seguirá perfeccionándolas de forma progresiva.

Todos estos avances permiten desarrollar lo que se llama “esquema corporal” es decir, cómo ve el niño su propio cuerpo y sus distintas partes. Se da cuenta de lo que puede hacer con él y de sus limitaciones

DESARROLLO MOTOR FINO

El niño entre los 2 y los 3 años adquiere nuevas habilidades para utilizar sus manos.

Manipula objetos pequeños con mayor destreza y coordinación.

Puede pasar perfectamente las páginas de los cuentos, abrir y cerrar tapones, jugar con juguetes más complicados (construcciones, piezas...).

Las muñecas, los dedos y las palmas de las manos pueden realizar funciones concretas como comer y beber solos.

Estos nuevos avances le dan cada vez más autonomía.

Entre los 3 a 5 años perfecciona todo lo anterior. Empieza a garabatear. Hace trazos verticales, horizontales o circulares cada vez más pequeños y precisos. Esto marca el inicio del aprendizaje de la escritura.

DESARROLLO DEL LENGUAJE

“El lenguaje es el principal medio de comunicación de los seres humanos, a través de él podemos intercambiar información, mensajes, ideas y sentimientos. Es una

destreza que se aprende de manera natural en los primeros años de vida, pues el niño empieza a hablar en interacción con su madre y con los adultos.”²⁵

“Durante los años preescolares tiene lugar una “explosión” del lenguaje. El vocabulario, la gramática y el uso de la lengua muestran una marcada y rápida mejoría.

Un niño de 2 años dice frases de dos palabras (sujeto y verbo). Y usa o entiende entre 20 y 200 palabras.

Después de los 2 años la adquisición de palabras va a un ritmo vertiginoso. A los 3 años puede llegar a utilizar 1000. Poco a poco el niño irá utilizando conceptos cada vez más complejos. Conjugando los verbos de forma apropiada. Introduciendo adjetivos, primero de uso general (grande-pequeño) para después especializarlos (pesado-ligero). Introduciendo preposiciones, etc. Podrá construir frases completamente correctas en torno a los 5 años y medio.

DESARROLLO DE APRENDIZAJE

El inicio de la escolarización, el desarrollo del lenguaje y el desarrollo psicomotor potencian el desarrollo cognitivo en esta etapa.

El niño preescolar pregunta mucho. Se interesa por todo lo que hay a su alrededor. Los porqués iniciales son seguidos por preguntas mucho más elaboradas. Intenta comprender el mundo que le rodea.

Comienza a distinguir algunas propiedades de los objetos (colores, tamaños, formas geométricas). A comprender conceptos abstractos (frío, hambre, calor). A contar y a entender el concepto de cantidad (hasta tres a los 3 años, cuatro a los 4 años y 10 ó más a los 5).

²⁵<http://www.cosasdelainfancia.com/biblioteca-lenguaje03.htm> (consultada el 11 de enero del 2017)

Aumenta su memoria. Aprende modos de memorizar, como repetir o narrar lo que ha de recordar. La memoria autobiográfica (recuerdos de la propia existencia) es la que se desarrolla en primer lugar.

Empezará a centrar la atención y a poder planificar acciones.

La mejora de sus habilidades favorece el gusto por el uso del lápiz. Hace círculos, después cruces y finalmente líneas oblicuas. Colorea. Intenta copiar dibujos.

A los 5 años los dibujos son muy elaborados. En la figura humana diferenciará varias partes (cabeza, tronco y extremidades).

Al final de esta etapa, muchos niños, aprenden ya a copiar letras y a memorizar su forma. Es el inicio de la escritura y la lectura.

DESARROLLO SOCIAL Y AFECTIVO

Entre los 2 y 3 años de edad el mundo del niño se abre enormemente. La figura materna empieza a no ser tan importante.

El niño se considera autosuficiente. Desea hacer todo por sí mismo. Aprenderá a comer solo, a desnudarse, a vestirse...

Los conflictos debidos a este deseo de autonomía son la causa de los berrinches y pataletas propios de esta edad.

También es la etapa en la que se inicia el control de esfínteres. En primer lugar, el diurno (entre los 2- 3 años). En muchos niños también el nocturno. A partir de los 4 años ya desean ir ellos solos al baño aunque a veces pidan ayuda para limpiarse.

En esta época muchos niños acuden por primera vez a la guardería o a la escuela. Empiezan a relacionarse con otros niños.

El juego empieza a ser simbólico o de imitación. Da vida a los objetos y juguetes. A través de ellos, imita el mundo de los mayores.

El juego solitario del niño de 2 años va convirtiéndose en juego con sus iguales. Primero en paralelo y más adelante en grupo. Pueden aceptar normas y reglas.

A partir del 4º año de vida el niño está cada vez más involucrado en actividades y papeles figurativos. En su imaginación ocurren situaciones que él piensa que son reales. Es la época en la que aparecen los amigos imaginarios.

Aparecen las primeras manifestaciones de moralidad. De lo que está bien (lo que agrada a sus padres) y lo que está mal.

Finalmente, a nivel afectivo muestra sentimientos de gratitud, simpatía y comprensión. Usa diversas formas de cortesía.”²⁶

Es de gran importancia conocer este proceso de desarrollo y/o crecimiento por el cual todo ser humano pasa, es interesante el rescatar que cada uno de los aspectos que se toman en cuenta en el desarrollo del ser humano donde principalmente se considera el aspecto físico debido a que es lo más visible del ser humano.

Dentro de CAPEP en su mismo proceso de trabajo se da mucha importancia y peso a los antecedentes de los niños desde el curso del embarazo, es por eso que se consideró rescatar lo más sobresaliente de las etapas prenatales, ya que en los alumnos que atiende desde la terapia de lenguaje estos aspectos del desarrollo del niño toman gran relevancia. El desarrollo en la edad preescolar juega un papel fundamental ya que es en esta etapa donde el desarrollo se presenta a mayor medida, y este determina el funcionamiento del ser humano para toda la vida y es donde se muestra el crecimiento intelectual y de capacidades así como de habilidades.

²⁶<http://www.familiaysalud.es/crecemos/el-preescolar-2-5-anos/desarrollo-psicomotor-en-el-preescolar-2-5-anos>
(consultada el 09 de enero del 2017)

CAPÍTULO III

BARRERAS DE APRENDIZAJE (LENGUAJE)

Este capítulo es fundamental para la investigación ya que se retoma la barrera de aprendizaje del lenguaje, analizando las afectaciones que provoca en la familia al tener un hijo con dificultades en el lenguaje.

Retomando los conceptos de barreras de aprendizaje y de lenguaje, así como rescatar las características generales de la barrera del lenguaje, es importante rescatar los datos más relevantes que se presentan en los trastornos del lenguaje y de la misma manera conocer que tipos de atenciones o tratamientos hay para la mejora de esta barrera, y poder retomar las afectaciones que recaen en el núcleo familiar.

3.1 DEFINICIÓN DE BARRERAS DE APRENDIZAJE

En el transcurso del tiempo la denominación que se ha utilizado para referirse a este tipo de limitaciones por las cuales atraviesan algunas personas ha tenido una evolución pasando por; deficientes, incapacitados, disminuidos, inválidos, minusválidos, hasta llegar a la actual denominación de “Barreras de aprendizaje” para lo cual se presenta la siguiente definición:

“Todos aquellos factores del contexto que dificultan o limitan el pleno acceso a la educación y a las oportunidades de aprendizaje de niñas, niños y jóvenes. Aparecen en relación con su interacción en los diferentes contextos: social, político, institucional, cultural y en las circunstancias sociales y económicas. Desde el enfoque de la Educación Inclusiva, este concepto rebasa al de necesidades educativas especiales ya que se centra en la interacción con el contexto y no como un problema inherente al alumno.”²⁷

²⁷http://www.educacionespecial.sep.gob.mx/pdf/glosario/Glosario_final.pdf (consultada el 30 de enero del 2017)

3.2 DEFINICIÓN DE BARRERA DE LENGUAJE

Ya de manera más específica se hablara de lo que respecta o comprende la parte de la barrera de aprendizaje del lenguaje en los niños de edad preescolar con la finalidad de conocer un poco de lo que conlleva esta problemática principalmente en el niño(a).

A continuación se presenta la definición de lo que es una barrera de lenguaje:

“Los trastornos del lenguaje afectan la capacidad para entender el habla o utilizar lenguaje escrito o hablado con eficacia, de acuerdo con la American Speech-Language-Hearing Association. Ejemplos de trastornos del lenguaje incluyen al trastorno del lenguaje expresivo, que hace que sea difícil para un niño usar las palabras correctas para expresar lo que quiere decir a los demás, y el trastorno del lenguaje receptivo, que provoca que sea difícil para un niño entender las palabras que otros utilizan. Los niños pueden tener problemas de expresión y de recepción al mismo tiempo, y también pueden tener un trastorno del lenguaje, incluso si parecen producir y comprender bien el lenguaje.”²⁸

En cuestión de términos se le conoce principalmente a este tipo de problemáticas como trastornos, en este caso de lenguaje y de acuerdo a la definición presentada, en la niñez es en la etapa en la cual se logra detectar este tipo de problemáticas ya que es la primera fase de comunicación con el mundo y los adultos.

3.3 CARACTERÍSTICAS DE LA BARRERA DE LENGUAJE

Una vez que se presenta en el preescolar este tipo de barrera de aprendizaje del lenguaje se valoran elementos que conlleva esta dificultad, desarrollando las siguientes características:

“La comunicación del niño se considera atrasada cuando el niño está notablemente atrasado en comparación a sus compañeros en la adquisición de destrezas del habla

²⁸http://muyfitness.com/barreras-comunicacion-ninos-lista_21856/ (consultada el 09 de febrero del 2017)

o lenguaje. A veces el niño puede tener una mayor *habilidad receptiva* (comprensión) que *expresiva* (el habla), pero no siempre es así.

Los trastornos del habla se refieren a las dificultades en la producción de los sonidos requeridos para hablar o problemas con la calidad de la voz. Estos se pueden caracterizar por una interrupción en el flujo o ritmo del habla como, por ejemplo, el tartamudeo o falta de fluencia. Los trastornos del habla pueden constituir problemas con la formación de sonidos, los cuales se llaman trastornos de la articulación o fonológicos, o pueden incluir dificultades con el tono, volumen, o calidad de la voz. Puede haber una combinación de varios problemas. Las personas con trastornos del habla pueden tener problemas para utilizar algunos sonidos requeridos para hablar, lo que podría ser síntoma de un retraso. Estos individuos pueden decir una palabra por otra o tener dificultad con pronunciar la “l” o la “r.” Puede resultar difícil comprender lo que dice una persona con un impedimento del habla. Las personas con trastornos de la voz pueden tener dificultad con el sonido de su voz.

Un impedimento del lenguaje es un impedimento en la habilidad para comprender o utilizar las palabras en unión, verbal y no-verbalmente. Algunas características de los impedimentos del lenguaje incluyen:

- el uso impropio de palabras y sus significados,
- la inhabilidad de expresar ideas,
- modelos gramaticales impropios,
- un vocabulario reducido y
- la inhabilidad de seguir instrucciones.

Una de estas características o una combinación de éstas puede ocurrir en los niños que sean afectados por discapacidades en el aprendizaje del lenguaje o atrasos en el desarrollo del lenguaje. Algunos niños pueden escuchar o ver una palabra pero no

pueden comprender su significado; y al mismo tiempo, pueden tener dificultades al tratar de comunicarse con los demás.”²⁹

Las siguientes características se presentan de manera más específica de lo que conlleva el trastorno del lenguaje en los niños de edad preescolar:

“A pesar de que los niños con T.L. poseen todos los prerrequisitos para la adquisición del lenguaje, la evidencia parece demostrar que su aprendizaje presenta ciertas dificultades.

- **Déficit fonológico:** la alteración parece producirse más en los procesos de discriminación auditiva, afectando a los mecanismos que se ocupan de relacionar significado (representación mental o concepto; por ejemplo, la imagen de una bicicleta) y el significante (los sonidos; por ejemplo, la cadena de fonemas que constituyen la palabra "bicicleta"). Utilizan estrategias para percibir los sonidos muy inmaduras, codificando las palabras en términos de sílabas enteras, sin la conciencia de que el habla puede dividirse en unidades más pequeñas.
- **Déficit morfosintáctico:** existen serias limitaciones en la habilidad para percibir, procesar y desarrollar reglas que faciliten las generalizaciones lingüísticas, situación que conduce a un sistema gramatical con enormes errores. Por ejemplo, les cuesta mucho utilizar el determinante "la" para todas aquellas palabras del género femenino, aunque en ocasiones si la utilizan bien ante una palabra aprendida.
- **Déficit léxicosemántico:** se aprecian serias limitaciones en su vocabulario, ya que adquieren una menor cantidad de palabras conocidas en comparación con niños de su misma edad , unido a una limitada comprensión del vocabulario y a dificultades para recuperar las palabras desde la memoria.
- **Déficit pragmático:** se detectan problemas en la comprensión de los actos comunicativos, circunstancia que se da cuando un niño con T.E.L. no responde adecuadamente a una demanda comunicativa (por ejemplo, preguntarle qué ha

²⁹<http://www.parentcenterhub.org/repository/lenguaje/> (consultada el 05 de enero del 2017)

hecho en el colegio), por razones como la no comprensión del vocabulario usado, cierto grado de confusión por la longitud y/o complejidad de la oración, el uso de un estilo indirecto en el habla o, sencillamente, porque el niño no desea responder en la dirección adecuada (en lugar de decir qué ha hecho en el colegio, nos cuenta qué ha pasado en el último capítulo de su serie de dibujos favorita).”³⁰

El trastorno del lenguaje presenta estas características de manera general ya que en un primer momento se toman en cuenta estos aspectos para posteriormente poder diagnosticar el problema que está presentando el niño(a).

3.4 TRASTORNOS DEL LENGUAJE

Es necesario en un primer momento hacer referencia a lo que es un trastorno del lenguaje para lo cual, es importante mencionar que no es lo mismo hablar de los trastornos del lenguaje que de los trastornos de habla donde de manera general se describirá brevemente la diferencia de estos.

Entendemos como **trastorno de lenguaje**:

“Es una insuficiencia que dificulta encontrar las palabras adecuadas y construir oraciones claras al momento de hablar. También puede dificultar entender lo que las personas dicen. Un niño puede tener dificultad para entender los que otros dicen, para poner los pensamientos en palabras o ambas.”³¹

Para esto es necesario conocer primeramente la definición del **trastorno del habla** la cual es:

“Es un trastorno en el cual una persona tiene problemas para crear o formar los sonidos del habla y así comunicarse con otros.”³²

³⁰<https://www.bebesymas.com/desarrollo/trastornos-del-lenguaje-trastorno-especifico-del-lenguaje>(consultada el 05 de enero del 2017)

³¹<https://www.understood.org/es-mx/learning-attention-issues/child-learning-disabilities/communication-disorders/understanding-language-disorders>(consultada el 4 de enero del 2017)

³²<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001430.htm>(consultada el 4 de enero del 2017)

Como diferencia del trastorno del lenguaje con el trastorno del habla se puede deducir que en el de lenguaje se da en el aspecto de que el niño no puede armar las oraciones tan fácilmente en el momento de hablar y en el trastorno del habla tiene que ver con problemas de los sonidos al hablar y por consiguiente se crea un problema para la comunicación con las personas que lo rodean.

Se ha encontrado que existen tres tipos de trastornos del lenguaje los cuales son:

“1.- Dificultades del lenguaje receptivo implican incapacidad para entender lo que otros están diciendo.

2.- Dificultades del lenguaje expresivo implican incapacidad para expresar pensamientos e ideas.

3.- Trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo implican incapacidad para entender y usar el lenguaje hablado.

Los trastornos del lenguaje pueden ser adquiridos o del desarrollo. Un trastorno del lenguaje adquirido, como la afasia, solo aparece cuando la persona ha tenido una enfermedad o una lesión neurológica. Podría ser un derrame cerebral o una lesión traumática en la cabeza.

Un trastorno del desarrollo del lenguaje es mucho más común en niños. Los niños con trastornos del desarrollo del lenguaje, a menudo comienzan a hablar más tarde que los niños de su edad. Este retraso no está relacionado con su nivel de inteligencia. De hecho, los niños con trastornos del desarrollo del lenguaje, por lo general tienen una inteligencia promedio o por encima del promedio. Usualmente tienen problemas con las habilidades del lenguaje expresivo y receptivo antes de los cuatro años de edad.”³³

³³ <https://www.understood.org/es-mx/learning-attention-issues/child-learning-disabilities/communication-disorders/understanding-language-disorders>(consultada el 15 de enero del 2017).

“Causas del trastorno del lenguaje

Causas orgánicas:

Se refieren a una lesión en cualquiera de los sistemas u órganos que intervienen en la expresión y producción del lenguaje.

Se distinguen 4 tipos:

-Hereditarias: Se heredan de padres a hijos.

- Congénitas: uso de fármacos, o enfermedades, como la rubéola, durante el embarazo.

- Perinatales: tienen lugar durante el parto, como por ejemplo, las anoxias.

- Postnatales: se produce después del nacimiento, por ejemplo, una causa sería la prematureidad.

- Causa de tipo funcional:

Son debidas a un funcionamiento patológico de los órganos que intervienen en la emisión del lenguaje.

- Causas orgánico-funcionales:

Aunque la mayoría de las veces, cuando el órgano está afectado también lo está la función, puede ocurrir que sólo esté alterada la función y el órgano no. Esto es lo que se llama disfunción.

- Causa endocrinas:

Afectan fundamentalmente al desarrollo psicomotor del niño, pero también pueden afectar a su desarrollo afectivo, al lenguaje y a la personalidad.

- Causas ambientales:

Hacen referencia al entorno familiar, social, cultural y natural del niño y cómo influyen estas en su desarrollo emocional y afectivo.

- Causas psicósomáticas:

El pensamiento puede ocasionar una expresión oral anómala, y desórdenes en la palabra pueden afectar al pensamiento. Todo ello nubla la capacidad de una buena expresión y comprensión.

Consecuencias:

Incidencias sobre la comunicación y la relación:

- El niño no comprende lo que se le dice, no actúa o no responde en función de la petición de su interlocutor y su respuesta no es adecuada.
- Los aspectos sintácticos y semánticos del discurso que el adulto le propone, no están integrados por lo que el niño tiene dificultad para expresarse y el bucle comunicacional no se realiza.

Incidencias en el niño:

- El niño es consciente de sus limitaciones de expresión y de sus errores a través de las correcciones de su entorno; si estas son excesivas, puede aparecer un bloqueo con rechazo y cólera.
- La recepción de informaciones parciales va a frenar su desarrollo cognitivo. No puede gozar de los ajustes que permitan el uso de conceptos, el desarrollo de sus competencias cognitivas, la memorización y la evocación.
- En el colegio, desde párvulos, la dificultad del lenguaje altera sus intercambios con los otros niños.
- Sin la ayuda adecuada, estas dificultades corren el riesgo de producir una repercusión en su lenguaje escrito.”³⁴

³⁴<http://transtornosenellenguaje.blogspot.mx/2010/09/causas-y-consecuencias.html>(consultada el 15 de enero del 2017)

La barrera de aprendizaje del lenguaje se presenta de manera interesante ya que comprende de muchos aspectos los cuales se lograron rescatar en la información presentada que va desde las causas por las cuales los niños en edad preescolar llegan a tener estas dificultades en su lenguaje y que se encuentran como trastornos del lenguaje y del habla así como las consecuencias que se pueden generar si no se tratan a tiempo.

3.5.- PROBLEMAS EN EL ÁMBITO DEL LENGUAJE Y SU TRATAMIENTO

Se presentan a manera de cuadro los diferentes problemas que se generan en el ámbito del lenguaje en los niños, desarrollando de manera general las características propias de cada problema:

| RETARDO DEL LENGUAJE | PROBLEMAS | CARACTERISTICAS | TRATAMIENTO |
|--|--|---|--|
| Retardo simple del lenguaje | -A nivel fonológico | -Los niños presentan una tendencia a la reducción del sistema fonológico. | -Tratamiento médico |
| | -A nivel morfosintáctico | -Podría hablarse de un nivel de normalidad evidente en sus emisiones. | -Tratamiento biológico, Terapia psicológica, Terapéutica recreativa, Pedagogía terapéutica, Formación técnica y Programas educativos a la familia y la sociedad. |
| | -A nivel semántico | -Su comprensión parece normal, aunque es ligeramente más escasa que en los niños de su edad. | -Estimulación de la capacidad del niño, de la coordinación, Realización de ejercicios e intervención quirúrgica. |
| Retardo moderado del lenguaje (disfasias) | -Trastorno global de la expresión | -vocabulario pobre, palabras simples y frases cortas. | -El tratamiento debe enfocarse a la postura, tono y fuerza muscular, respiración, fonación, resonancia, articulación y entonación. |
| | -Trastorno en la adquisición y elaboración del lenguaje interior | - Nunca van a lograr un nivel lingüístico básico, que repercutirá en la integración socio-laboral | - Logopedia |
| Retardo grave del lenguaje | -Afasia congénita | - Referida a la no aparición del lenguaje en niños | -Remedios caseros o medicación |
| | -Afasia adquirida o infantil | -Aquella que tiene lugar ya que el lenguaje ha sido adquirido. | -Remedios caseros o medicación |

Se describirán las problemáticas de una manera más amplia mostrando así el tratamiento que se puede seguir de acuerdo a cada una de estas mismas:

“RETARDO SIMPLE DEL LENGUAJE

Aquí se engloban a sujetos que, sin una causa patológica evidente, manifiestan un lenguaje cuya comprensión y expresión verbal es inferior a la de otros sujetos de su misma edad cronológica.

Las características que presentan estos niños son:

-A nivel fonológico, los niños presentan una tendencia a la reducción del sistema fonológico.

-A nivel morfosintáctico, podría hablarse de un nivel de normalidad evidente en sus emisiones.

-A nivel semántico, su comprensión parece normal, aunque es ligeramente más escasa que en los niños de su edad.

Las causas que pueden originar dicho trastorno son: variables del entorno familiar, variables socioculturales, factores hereditarios...etc.

TRATAMIENTO

“Mediante la intervención se intentará recuperar el ritmo de desarrollo del lenguaje que depende y repercute en los ritmos de los demás aspectos, lo cual quiere decir que se tratará el lenguaje, pero no se olvidará el resto.

El objetivo general del tratamiento es que el niño llegue cuanto antes al nivel normal de desarrollo propio de su edad. Habrá que incidir en el desarrollo de las habilidades que hacen posible la adquisición espontánea del lenguaje y que son deficitarias y no permiten la organización normal de la estructura del lenguaje.

El tratamiento se abordará atendiendo a unos objetivos, estos objetivos van a incidir por un lado en el procedimiento, por otro en la elaboración del código lingüístico y por otro en el entorno del niño. El tratamiento del retraso de lenguaje incide en los

aspectos del desarrollo relacionados con el lenguaje como la atención auditiva, las habilidades de percepción, discriminación y la memoria. Es fundamental trabajarlos, ya que se conseguirá con ellos que el niño esté en condiciones de adquirir el código lingüístico del entorno social al cual pertenece. También será necesario trabajar la funcionalidad del lenguaje, es decir que el niño sepa cómo se utiliza y para qué, que conozca su finalidad. Este es un aspecto que se debe de tener presente a lo largo de toda la intervención, ya que le servirá para estimular su uso en actividades de comunicación, organización de su propia conducta, de la de los demás, de adquisición de conocimientos..., potenciándose de esa forma el uso con toda la variedad de intenciones que sea posible.

El tratamiento deberá organizarse de forma que, se realicen los ejercicios necesarios, dando el mayor número posible de estímulos a fin de lograr lo que de forma espontánea logra un niño que no posee dificultades. También se debe de procurar que la evolución del lenguaje se dé de una forma armónica, para que progrese en todos los niveles lingüísticos paralelamente. Para ello se partirá de los datos de la exploración, para incidir en los aspectos donde presenta más inestabilidades, y presentar a nivel comprensivo los que no son utilizados, con el objeto de que el niño se sensibilice a su uso, y pueda incorporarlos posteriormente en su habla.

Se deberán trabajar para lo comentado anteriormente:

- Las reglas que estructuran el sistema de signos de una lengua determinada, mediante la posibilidad de que el niño organice el sistema fonológico de su idioma, a través de la sensibilización e imitación de ruido y sonidos, descubriendo las posibilidades articulatorias propias, luego se pasará a imitar fonemas aisladamente, para posteriormente realizarlo en combinación de unos con otros y llegar a la forma de las palabras de la lengua.
- Las diferencias de significado que comportan las palabras por tener una u otra marca morfológica, para lograr de esa forma un uso adecuado de los morfemas de género, número, tiempo, persona, aspecto y modo, procurando que el niño sea

capaz de reconocer los errores que comete en este sentido.

- El léxico, lo cual se trabaja a partir de todo lo comentado anteriormente, el léxico debe de ir aumentando de manera progresiva, basándose en un uso más restrictivo de cada palabra.
- La interrelación que se da entre el lenguaje y el pensamiento, lo cual prepara para la organización de los significados en el discurso hablado, para ello el niño tiene que imitar las formulaciones de los adultos, tiene que ser entrenado para detectar lo absurdo, la incoherencia y la ambigüedad de los enunciados...

El tratamiento tiene que estar enfocado de forma que se trabaje como elemento fundamental, el entorno social más próximo del niño, ya que éste es favorecedor para el progreso del niño, al igual que puede convertirse en un obstáculo si en él persisten factores negativos. En lo que respecta a esto, para que se logre el lenguaje de una manera favorable, se deberá incidir sobre las relaciones familiares del niño, con pautas orientativas, las cuales modificarán las actuaciones desfavorables y se potenciarán las interacciones positivas. Y también se deberá incidir sobre la relación con el centro escolar, donde se incrementarán los estímulos verbales y se enriquecerán el contenido de los significados, ya que dentro de este ámbito es fundamental que se amplíen los propios conocimientos y las relaciones. La escuela aparte de esto proporcionará parte de la socialización y múltiples relaciones lingüísticas que pondrán a prueba las diferentes aptitudes del lenguaje del niño en los diversos procesos de enseñanza.”³⁵

RETARDO MODERADO DEL LENGUAJE (DISFASIAS)

Se trata de un trastorno global de la expresión, conclusiones automáticas, vocabulario pobre, palabras simples y frases cortas. Es un trastorno muy importante en la adquisición y elaboración del lenguaje interior. Nunca van a lograr un nivel lingüístico básico, lo que repercutirá en la adquisición de aprendizajes y en su posterior integración socio-laboral. No tienen problemas para oír pero sí que tienen problemas para repetir porque no adquieren correctamente las secuencias sonoras.

³⁵<http://alteraciones.galeon.com/retraso.htm> (consultada el 20 de marzo de 2017)

En el nivel morfosintáctico hay dificultades evidentes. El uso de los plurales está omitido, así como el de los nexos.

En el nivel semántico se observa un vocabulario reducido e impreciso que dificulta las funciones pragmáticas del lenguaje.

No son capaces de comprender ni lo que leen ni lo que escriben.

TRATAMIENTO

“**Terapia:** Es un tratamiento para los niños que sufren discapacidades del habla y aprendizaje del lenguaje. Las primeras tienen que ver con problemas para producir sonidos, mientras que las segundas se refieren a las dificultades al combinar las palabras para expresar ideas.

Especialidades en terapias del habla y del lenguaje

En este caso, lo indicado es acudir a un fonoaudiólogo, un profesional que estudia la comunicación humana, su desarrollo y sus trastornos. Evalúa las habilidades del habla, lenguaje, comunicación cognitiva y la forma de tragar tanto de niños como de adultos, lo que le permite identificar problemas en la comunicación y el mejor tratamiento para estos. Los fonoaudiólogos atienden los trastornos en la articulación del lenguaje, problemas de fluidez, trastornos orales, motores y de la voz, así como trastornos en el lenguaje receptivo y expresivo.

Tipo de terapias

El terapeuta trabajará con el niño individualmente, en un pequeño grupo o directamente en una sala de clases para ayudar a sobrellevar las dificultades que presenta cada trastorno en particular. Las estrategias a seguir incluyen:

- **Actividades de intervención del lenguaje.** En estos ejercicios el fonoaudiólogo interactuará con el niño jugando y hablando. Puede utilizar fotos, libros, objetos o eventos actuales para estimular el desarrollo del lenguaje. También será él quien pronunciará correctamente las palabras como

ejemplo y utilizará ejercicios de repetición para fortalecer el habla y los mecanismos del lenguaje.

- **Terapia de articulación.** Estos ejercicios de producción de sonidos incluyen la pronunciación correcta de sílabas por parte del terapeuta, generalmente mientras se está jugando. Demostrará físicamente al niño cómo emitir ciertos sonidos (por ejemplo, el sonido de la “r”) y cómo mover la lengua para producirlos.
- **Terapia oral y motora de la alimentación.** Se utilizará una variedad de ejercicios que incluyen masaje facial y movimientos para ejercitar la lengua, labios y mandíbula, a fin de fortalecer los músculos de la boca. El terapeuta trabajará con diferentes texturas y temperaturas de alimentos para incrementar la atención oral del niño mientras come y traga.

Las **terapias por trastornos de lenguaje** pueden ser necesaria por varias razones:

- Problemas de audición
- Retrasos cognitivos (intelectuales) u otros retrasos del desarrollo
- Musculatura oral débil
- Defectos de nacimiento como labio leporino
- Autismo
- Problemas motores
- Problemas respiratorios
- Trastornos al tragar
- Lesiones cerebrales traumáticas

La terapia debe comenzar lo antes posible. Los resultados son mejores en niños menores de 3 años. Esto no significa que los niños más grandes no se

beneficien de la terapia, pero el resultado será más lento porque tendrán que cambiar patrones ya aprendidos.”³⁶

RETARDO GRAVE DEL LENGUAJE (AFASIA)

Consiste en la desaparición del lenguaje existente como consecuencia de una lesión cerebral traumática, tumoral, mal formativa o inflamatoria producida en un niño que ya tenía adquirido el lenguaje de manera parcial o total. Se suprime la comunicación verbal y gestual. Aparecen problemas en la articulación, en el vocabulario y en la sintaxis.

Suele diferenciarse en:

1. Afasia congénita: referida a la no aparición del lenguaje en niños que, a priori, no presentan otros síndromes. Se distinguen tres tipos de lesiones:

-prenatales (malformaciones craneales...)

-perinatales (anoxia)

-postnatales (traumatismo...)

2. Afasia adquirida o infantil: aquella que tiene lugar una vez que el lenguaje ya ha sido adquirido total o parcialmente.

Independientemente de esta clasificación inicial, recogemos la *clasificación más tradicional*, teniendo en cuenta las áreas del lenguaje más afectado:

a) Afasia sensorial o receptiva: la lesión se localiza en la zona de Wernicke. Los sujetos que la padecen no comprenden el significado de las palabras aunque pueden hablar sin dificultad.

b) Afasia motora o expresiva: la lesión se sitúa en la zona de Broca. En este caso, el sujeto comprende el significado de las palabras pero no puede expresarse.

c) Afasia mixta: se trata de una lesión más amplia que afecta tanto a las áreas motoras como receptoras del lenguaje.

³⁶<http://www.facemama.com/nino/trastornos-de-lenguaje-y-terapias.html> consultada el 03 de marzo de 2017)

A continuación se muestra otra clasificación de los problemas que se genera a partir del lenguaje con denominación a diferentes ámbitos de este:

| ÁMBITO DEL LENGUAJE | PROBLEMA | CARACTERÍSTICAS | TRATAMIENTO |
|---------------------|------------------------|---|--|
| Ámbito comunicativo | -Autismo | - Su lenguaje se caracteriza por la presencia de ecolalia (repetición de frases o palabras sueltas sin sentido). | -Tratamiento médico |
| | -Retraso mental | -Se caracteriza por un funcionamiento intelectual significativamente inferior. | -Tratamiento biológico, Terapia Psicológica, pedagogía terapéutica, formación técnica, programas educativos a la familia y sociedad. |
| Ámbito del habla | -Dislalia | -Son alteraciones en la articulación de los fonemas y dificultad en la pronunciación. La causa es el factor hereditario | -Estimulación de la capacidad del niño, de la coordinación, Realización de ejercicios. |
| | -Disartria | -Alteración de la articulación propia de lesiones en el sistema nervioso central, así como de enfermedades de los músculos de la lengua, faringe y laringe, responsables del habla. | -El tratamiento debe enfocarse a la postura, tono y fuerza muscular, respiración, fonación, resonancia, articulación y entonación. |
| | -Disfemia o tartamudez | -Alteración del ritmo del habla y de la comunicación caracterizada por una serie de repeticiones o bloqueos espasmódicos en la emisión del discurso. | -Logopedia |
| Ámbito de voz | -Afonía | -Situación en la cual se merma la capacidad de producir comunicación oral y la imposibilidad de producir sonidos. | |
| | -Disfonía | -Anomalía de la fonación debido a afecciones de la laringe y del aparato respiratorio | |

PROBLEMAS EN EL ÁMBITO COMUNICATIVO

AUTISMO: Es un tipo de psicosis infantil que consiste en una perturbación mental en la cual el niño se aísla del medio de manera que nos puede parecer que padece una sordera o un retraso mental. La adquisición del lenguaje está muy perturbada e incluso puede no aparecer. Su lenguaje se caracteriza por la presencia de ecolalia (repetición de frases o palabras sueltas sin sentido).

También se caracteriza por la ausencia del YO y el posesivo “mío”.

Son niños que tienen comportamientos inadaptados que se manifiestan mediante la autolesión y reacciones violentas.

TRATAMIENTO

“Cientos de profesionales y médicos han realizado diversos estudios para desarrollar un tratamiento efectivo para el autismo infantil. Sin embargo, en la actualidad no es posible curar este trastorno de desarrollo cognitivo, ya que cada niño autista presenta un cuadro médico y de comportamiento diferentes, y es complicado demostrar empíricamente las bases de fundamentación del autismo.

En cualquier caso, lo que sí que es importante que sepa es que la mayoría de los niños autistas que reciben un diagnóstico sobre su trastorno antes de los 24 meses de edad, presentan una mejoría significativa en su comportamiento.

Dicho de otra forma, un niño autista que reciba un buen tratamiento para el autismo infantil, aprenderá a convivir en sociedad y se comunicará con más naturalidad. De hecho, un buen porcentaje de niños autistas terminarán desarrollando un comportamiento normal dentro de la sociedad.

La rapidez y el grado en el que el niño autista adoptará un comportamiento adecuado dependerá, fundamentalmente, de si dicho niño tiene un retraso mental. Por esta razón, el tratamiento más efectivo para los niños con autismo será aquel cuyo principal objetivo sea mejorar y potenciar el propio desarrollo de la comunicación

verbal, gestual y social. Estos **tratamientos del autismo infantil** vienen acompañados de actividades escolares y académicas para niños autistas, así como de ejercicios para que el niño aprenda a hablar, aunque no siempre terminan consiguiéndolo.

En cuanto a tratamiento médico del autismo, debemos decir que no existen medicamentos concretos para el autismo, aunque por otro lado sí que existen los medicamentos para enfermedades mentales, cuadros de agresividad, y comportamientos obsesivos. Lo mejor, sin duda alguna, es consultar con tu especialista de confianza.

Por último, son cada vez más los padres que optan por tratamientos alternativos para mejorar el desarrollo del niño autista, cursos para niños autistas y terapias, aunque, antes de aplicarlos es de vital importancia que se consulte con un especialista, sobretodo en tratamientos alternativos como por ejemplo la administración de suplementos vitamínicos, la aplicación de una dieta especial ó el desarrollo de diversas actividades que estimulen el desarrollo del niño.”³⁷

RETRASO MENTAL: se caracteriza por un funcionamiento intelectual significativamente inferior a la media que está asociado con algunas habilidades adaptativas, tales como:

Comunicación, cuidado personal, habilidades sociales, autogobierno...etc.

TRATAMIENTO

“La medicina no posee los medios para curar a un retardado, una vez que el cuadro se ha instalado. El éxito terapéutico reside, en realidad, en el diagnóstico precoz. Se debe prevenir y diseñar un programa terapéutico integral que trate de frenar los diversos factores que en cada caso estén en juego. Sin embargo, se puede programar:

³⁷<https://autismoinfantil.org/tratamiento-del-autismo-infantil/> (consultada 16 de marzo del 2017)

1. Tratamiento biológico: psicofarmacología.
2. Terapia psicológica: técnicas conductuales: individual y grupal.
3. Terapéutica recreativa: ludoterapia, deporte, actividades artísticas.
4. Pedagogía terapéutica: durante el período escolar.
5. Formación técnica: talleres protegidos.
6. Programas educativos a la familia y la sociedad.
7. Organización de servicios especializados.

El abordaje terapéutico debe ser multidimensional.”

PROBLEMAS EN EL ÁMBITO DEL HABLA.

La articulación es “el acto de colocar correctamente los órganos articulatorios en posición adecuada para producir fonemas específicos”.

Denominamos alteraciones de la articulación fonemática a la producción incorrecta de uno o varios sonidos combinados. Alrededor de los 6 años los niños suelen alcanzar su corrección articulatoria, pero antes o después pueden aparecer alteraciones en el punto de articulación.

1. DISLALIA

- Son alteraciones en la articulación de los fonemas coaccionadas por la dificultad para pronunciarlos de forma correcta.
- No hay malformación de los órganos periféricos del habla y afecta tanto a vocales como consonantes.
- La causa es el factor hereditario y afecta más a varones que a mujeres.

El tratamiento de la dislalia consiste en entrenar y ejercitar los movimientos de los órganos articulatorios para que el niño logre la habilidad que le permitirá finalmente

decir el fonema alterado. En el caso de que haya causas orgánicas debe ser sometido a los especialistas necesarios.

TRATAMIENTO

“Es conveniente saber que los niños con dislalias necesitan tratamiento con un especialista que aplicará el tratamiento adecuado, con la ayuda de juegos y mucha colaboración de la familia. Y es que la dislalia es un problema que no desaparece sin la intervención de un especialista. La intervención de un logopeda o de un maestro en audición y lenguaje, cuyo objetivo es que el niño aprenda a articular los sonidos correctamente, empieza con una evaluación del nivel articulatorio del niño, y un programa basado en los siguientes pasos:

1. Estimulación de la capacidad del niño para producir sonidos, reproduciendo movimientos y posturas, experimentando con las vocales y las consonantes. Se le enseñará a comparar y diferenciar los sonidos.
2. Estimulación de la coordinación de los movimientos necesarios para la pronunciación de sonidos: ejercicios labiales y linguales. Se enseña al niño las posiciones correctas de los sonidos más difíciles.
3. Realización de ejercicios donde el niño debe producir el sonido dentro de sílabas hasta que se automatice el patrón muscular necesario para la articulación del sonido.
4. Al llegar a este punto, el niño estará preparado para empezar con las palabras completas, a través de juegos.
5. Una vez que el niño es capaz de pronunciar los sonidos difíciles, se tratará que lo realice fuera de las sesiones, es decir, en su lenguaje espontáneo y no solo en las sesiones terapéuticas.

El tratamiento consiste en ejercitar la musculatura que está interviniendo en la producción de los sonidos. La terapia se centra en juegos que facilitan la adquisición de las habilidades necesarias. Requiere implicación y participación tanto del niño como de su familia, para que el proceso pueda ser seguido y complementado por ellos en casa. Cuando la causa del trastorno viene por malformaciones físicas se requerirá un procedimiento médico para ayudar al niño a que supere las dificultades en el desarrollo de las capacidades del habla.

Cuando la causa del trastorno es por retrasos fonológicos, será necesaria una intervención educativa especializada para conseguir la adquisición de las habilidades para producir los sonidos del habla de forma completa. Hay casos, como los del frenillo lingual que se necesita de una intervención quirúrgica.”³⁸

2. DISARTRIA

- Es una alteración de la articulación propia de lesiones en el sistema nervioso central, así como de enfermedades de los nervios o de los músculos de la lengua, faringe y laringe, responsables del habla.

Según la lesión:

- Disartria flácida: localizada en la neurona motriz inferior.
- Disartria espástica: localizada en la neurona motriz superior.
- Disartria atáxica: localizada en el cerebelo
- Disartria hipocinética: localizada en el sistema extrapiramidal.

TRATAMIENTO

“Hay que observar todos estos aspectos para poder llevar a cabo un correcto tratamiento de la disartria. Los componentes del sistema del habla pueden verse alterados en cuanto a la fuerza, direccionalidad, amplitud, tiempo y resistencia.

Por ello, los procesos motores que hay que observar para poder llevar a cabo un correcto tratamiento son:

³⁸<https://www.guiainfantil.com/1044/tratamiento-de-la-dislalia-infantil.html>(consultada el 02 de marzo de 2017)

- Respiración
- Fonación
- Resonancia
- Articulación
- Entonación

Todos estos aspectos dependen los unos de los otros, por lo que el tratamiento deberá tener en cuenta esta característica tan importante.

Es muy importante identificar correctamente los síntomas ya que existen algunos que, siendo parecidos, pueden proceder de trastornos muy diferentes.

La importancia de los síntomas al tratar la disartria depende de su influencia en la ininteligibilidad del habla. Por tanto, no será necesario cambiar los síntomas que influyen poco en la medida en que no molesten al niño y a su facilidad comunicativa.

El tratamiento debe enfocarse a la postura, tono y fuerza muscular, respiración, fonación, resonancia, articulación y entonación. Por tanto, el tratamiento de la disartria deberá llevarse a cabo teniendo en cuenta muchas variables que no se deberán tratar de forma independiente si se quiere llevar a un desarrollo óptimo de las habilidades del habla.”³⁹

³⁹<https://www.bebesymas.com/desarrollo/trastornos-del-habla-tratamiento-de-la-disartria> (consultada el 03 de marzo de 2017)

3. DISFEMIA O TARTAMUDEZ

- Es una alteración del ritmo del habla y de la comunicación caracterizada por una serie de repeticiones o bloqueos espasmódicos durante la emisión del discurso.
 - La sintomatología de este trastorno es muy abundante, por lo que difícilmente pueden determinarse dos tartamudos casi extremadamente iguales.
- También se le denomina tartamudez, tartajeo, atranco y suele ir acompañado de angustia por la persona que lo padece. Es más frecuente en varones que en mujeres. Existen dos formas de disfemia:
- **Tónica**
 - **Clónica**

TRATAMIENTO

“El tratamiento de ese trastorno va a depender de la etapa en la cual se encuentra. Se calcula que las dos terceras partes de los niños con alteraciones en la fluidez al hablar las superarán espontáneamente, sin necesidad de tratamiento, pero es indispensable saber si se trata de un niño con riesgo futuro de tartamudez. Si se confirma el diagnóstico, se debe comenzar un tratamiento antes de los 6 años, cuando el lenguaje todavía no está consolidado. A esta edad el cuadro clínico puede revertirse completamente.

La tartamudez infantil se puede curar perfectamente en el 80%, con tratamiento en Logopedia. El tratamiento será más complejo en los casos de etapas más avanzadas. Consistirá en entrenar las habilidades de fluidez del habla del niño, a través de un terapeuta del lenguaje, aparte de tratar los aspectos conductuales del niño.”⁴⁰

Es de gran importancia detectar este tipo de dificultades en el lenguaje desde la etapa infantil ya que es el momento donde se puede corregir mayormente las fallas

⁴⁰<https://www.guiainfantil.com/educacion/logopedia/tartamudez/sintomasTrat.htm> (consultada el 06 de marzo de 2017)

articulatorias, fonológicas, etc., mostrando en los tratamientos la posibilidad para las familias de poder ayudar a sus hijos.

PROBLEMAS DE VOZ

- Cualquier alteración laríngea ocasiona trastornos en la emisión de la voz. Muchas veces por excesos o defectos de sus emisiones.
- La etiología de estos trastornos es múltiple (bronquitis crónica, asma, vegetaciones, accidentes, pólipos, nódulos, inflamaciones, etc.)

1. AFONÍA

Situación en la cual se merma la capacidad de producir comunicación oral de origen multivariable y que se presenta en diferentes grados hasta llegar a la imposibilidad total de producir sonidos mediante la utilización de los órganos de fonación.

2. DISFONÍA

Anomalía de la fonación (voz ronca, apagada, bitonal) consecuencia habitual de una disfunción del aparato fonador, en particular debido a afecciones de la laringe y del aparato respiratorio.”⁴¹

La barrera de lenguaje se presenta como trastorno del lenguaje, y del habla, es de vital importancia el conocer de manera general los aspectos en los cuales afecta el lenguaje del niño tanto de manera personal, familiar y socialmente, incluyendo un poco el aspecto médico y el cómo es que afecta su desarrollo y desenvolvimiento del niño preescolar.

⁴¹<https://www.uclm.es/profesorado/ricardo/AlumnosEE/LENGUAJE2005.doc> (consultada el 27 de febrero de 2017)

3.6 EFECTOS EN LA FAMILIA

Las reacciones o los efectos en la familia de manera general suelen compartir ciertas similitudes a continuación se presentan las situaciones que atraviesa la familia ante estas situaciones de alguna barrera de aprendizaje:

“CONFLICTOS EN LA FAMILIA

La situación familiar juega un papel importante en el desarrollo del lenguaje del niño. Si éste se siente seguro en ella, se desarrollará normalmente. Pero si la familia es conflictiva, obstaculizará tal evolución.

Una familia emocionalmente estable suele brindar seguridad y confianza al niño, generando una condición favorable para el desarrollo armónico de su personalidad y, con ella, del lenguaje.

En cambio, una familia desorganizada y conflictiva suele generar una serie de desajustes emocionales en el niño, careciendo además de la ayuda y estimulación de sus padres en la adquisición del lenguaje, lo cual, por lo general, constituye un factor causal del retraso en el habla.

ACTITUDES DE LOS PADRES

Hay padres, especialmente madres, que sobreprotegen a los hijos, provocando un retardo en el desarrollo del habla. Son personas que adivinan todas las necesidades del niño, actúan, piensan y hablan por él y no disciernen que esta protección exagerada, tan absurda, es en realidad negativa e invalidante.

En contraste a la sobreprotección, los padres que tienen actitudes indiferentes y rechazantes frente a las solicitudes o necesidades del niño, le crean sentimientos de minusvalía y desajustes emocionales que interfieren en el desarrollo de su lenguaje.

Además, esta clase de niños suelen tener escasas oportunidades para aprender a hablar, debido precisamente a la indiferencia o rechazo de los padres.”⁴²

En relación con los sentimientos ante esta problemática por la que pasa la familia se presenta generalmente de la siguiente manera:

“Sentimientos de los padres ante la información del problema frecuentemente esta situación ocurre en unos padres que ya padecen cierto nivel de confusión y desorientación. Su buena percepción les dice que algo no anda bien y comienza un largo camino por médicos de familia, pediatra, neurólogos, psiquiatras o psicólogos, quienes (y sin culparlos) dan información como “ya va a pasar”, “son celos del hermanito”, “es un niño sobreprotegido”, “es un problema emocional” o “va a pasar solo con el crecimiento”.

Si bien estos comentarios pueden generar una falsa tranquilidad, en unos meses nuevamente se encuentran reconsultando ya que no solo aquellos síntomas que preocuparon la primera vez no desaparecen, sino que se agregan nuevos, entre ellos la pérdida de alguna habilidad que ya había adquirido.

El momento

El momento en el que finalmente un profesional comunica a los padres sobre el problema suele ser vivido y recordado como una situación muy dura y desgarradora, difícil de superar y de olvidar. Esta situación, verdaderamente “dolorosa y resquebrajante” conlleva una serie de emociones, reacciones, y actitudes que merecen especial interés, ya que la desinformación sobre los propios sentimientos generalmente genera mayor conflicto, culpa, y desmoronamiento del sistema familiar.

⁴²http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/linguistica/leng_ni%C3%B1o/El_Hab_y_Retra_desarro.htm (consultada el 07 de marzo de 2017)

La noticia

La noticia sobre la discapacidad de un hijo suele generar una reacción muy grande y con potencial agresivo (descomunal), surge un conflicto entre la situación que toca vivir y los recursos con los que se cuenta (desproporcionado), y aparecen inmediatas consecuencias que afecta tanto a padres, hermanos, como abuelos (desequilibrante).

Lo que ocurre verdaderamente en el momento de recibir el diagnóstico es una crisis, interpretando la crisis como aquella situación en la que la persona se ve obligada a enfrentar una dificultad sin los medios para resolverla. Es un momento terriblemente crítico en el que se ven derrumbadas todas las expectativas normales frente a la llegada de un hijo, o sea un conflicto entre lo deseado y la realidad. Por otro lado la situación no permite tomarse un tiempo cómodo para encajarla y adaptarse, por el contrario exige una adaptación instantánea para atender el problema.

La repercusión

Más allá de los efectos que se producen en los padres y que recientemente comenté, la situación afecta a la familia en forma completa, lo que podríamos llamar “situación de crisis familiar” que conlleva algún grado de desorganización y desajuste que afecta en el plano estructural, organizativo, emocional, y experiencial. Lo anteriormente descrito se corresponde más con la dinámica interna de la familia, pero es muy evidente el efecto que la situación genera en la dinámica externa, o sea a las relaciones de la familia con el exterior: relaciones con otras personas, proyectos sociales, económicos y festejos familiares, responsabilidades de los hijos, y responsabilidades laborales.

Variables que afectan la situación de crisis

Hay dos variables que afectan en forma directa a la situación de crisis, tanto en forma cuali como cuantitativa, estas son: CHECAR

1- Tipo de trastornos, sabemos ya cuáles son las características del SR (cronicidad, evolución, tratamiento, afectaciones concomitantes, etc).

2- Características previas del sistema familiar (tipo de relación, clima emocional, capacidad de adaptación, nivel de cohesión entre los miembros, capacidad organizativa).

Reacciones comunes frente al diagnóstico

La familia ante la situación de crisis, al igual que cada miembro en forma individual, experimenta una serie de sentimientos, muchas veces reprochables, incontrolables, e imposibles de comprender. Muchas veces estos sentimientos se apartan del sistema de creencias de la persona, lo que hace que los oculten, los nieguen, o los rechacen, incrementando aun más su dolor y el aislamiento. Hay que comprender que en situación de crisis los sentimientos, las emociones no se juzgan, sino se acompañan.

REACCIONES Y EMOCIONES MÁS FRECUENTES

Negación

Esta reacción es la que podría explicarse con la frase que todos debemos haber experimentado alguna vez “a mi no me puede estar pasando esto”, y es frecuentemente ésta negación la que lleva a aceptar primeros diagnósticos más sutiles y de mejor pronóstico.

Enfado

Es un sentimiento que aparece rápidamente tras la negación y al darse cuenta que el mecanismo anterior comienza a ser insuficiente. En menor o mayor grado nadie se salva de ser alcanzado por el enojo, desde los profesionales que son los primeros que dan la noticia, los cónyuges entre sí, los abuelos. Es un enojo que surge de los sentimientos de impotencia, de la incapacidad de poder explicarse una realidad tan angustiada, del miedo.

Miedo

Esta es una emoción inmediata, frecuente y normal ante una situación desconocida. Más específicamente en esta situación, el miedo surge de un sin fin de preguntas

que no pueden responderse: interrogantes sobre el futuro, sobre la capacidad de auto valerse en la vida, posibilidades de estudiar, y finalmente la preocupación por quién se hará cargo cuando los padres ya no estén. También es frecuente el miedo al rechazo, o cómo puede afectar la situación a los hermanos.

Culpa

Este es uno de los sentimientos más frecuentes y más torturante. Comienzan a hacerse planteos sobre que hicieron y dejaron de hacer, a replantearse si durante el embarazo hicieron lo correcto, o comienzan a buscar algún acontecimiento al que puedan asociar la situación (golpes en el embarazo, algún golpe del niño en la cabeza) y que fueron considerados como de escasa importancia, dando lugar ahora a la culpa y al remordimiento.

Confusión

Surge por la gran cantidad de información recibida en muy poco tiempo, un sin fin de interrogantes, prisa por comenzar alguna acción terapéutica, palabras nuevas, búsqueda de información, dudas, etc. Esta emoción tiene sus manifestaciones a nivel somático (corporal) con tensión muscular, alteraciones del sueño, cansancio, dificultades de concentración. También surge la irritabilidad, y la incapacidad para tomar decisiones. Paralelamente comienzan a entrar en su privacidad una serie de personas extrañas hasta el momento (médicos, terapeutas, psicólogos, psicomotricistas, etc.) a los que no los une ningún vínculo afectivo anterior.

Desilusión

Es un sentimiento que surge al ver los padres no concretado un proyecto de acuerdo a los parámetros sociales que usamos para decir si algo es exitoso o no. Es una situación que los padres pueden llegar a sentir contra su orgullo personal.

Rechazo

Es un sentimiento frecuente pero que a su vez genera en quien lo siente más culpa y remordimientos, empeorando aún más la crisis. El rechazo puede ir dirigido a los

profesionales que dieron la información, hacia la pareja, y hasta el mismo hijo, siendo muy frecuente el deseo de muerte para el niño.

Momentos de las diferentes crisis

Bien el momento del diagnóstico es el de mayor impacto, nuevas situaciones de crisis surgen a medida que pasa el tiempo, y es bueno saber para anticiparlas y asumirlas con mayor integridad.

Estas crisis suelen ocurrir al momento de plantearse la posibilidad de escolarizarlo o no, en la adolescencia, cuando los padres se hacen mayores.

Tipos de reacciones del vínculo familiar

Cómo reaccionan los padres entre sí al problema es de gran importancia, ya que de eso dependerá en buena parte el equilibrio y el bienestar de la familia, incluyendo a los otros hijos si los hay.

Criar un niño con discapacidades inevitablemente genera conflictos y tensión entre los padres.

Por otra parte la reacción de la madre y del padre suelen ser diferentes, así como la madre suele ser más activa y resolutiva, aunque suelen reaccionar más emocionalmente. Los padres suelen mostrar mayor preocupación por el futuro y el bienestar a largo plazo.

Otras veces la madre o el padre puede dedicarse excesivamente a la atención del niño, olvidándose de la pareja y las necesidades del otro.

Es también importante mencionar cómo afecta a cada hermano en forma individual y cómo afecta la relación entre ellos. Las reacciones más frecuentes son la de ocuparse del hermano discapacitado asumiendo roles que a veces llegan a estar más allá de las capacidades de su edad, otras veces disfrutan y se enorgullecen al observar cómo se producen avances y aprendizajes por ellos ejercidos. Suelen tornarse más maduro, altruistas, y humanitarios.

También pueden presentar sentimientos negativos, comenzando por los celos al notar que un hermano discapacitado demanda más atención, cuidados, visitas

médicas y gastos. Otras veces se les hace difícil enfrentar la situación frente a amigos y compañeros, temiendo el rechazo o la burla.

Los abuelos siempre están involucrados en este sufrimiento, no solo por el nieto con una discapacidad, sino también porque se hacen cargo del sufrimiento de sus hijos.”⁴³

La información presentada en este capítulo nos da un panorama amplio de la barrera de aprendizaje del lenguaje, la cual es de gran importancia ya que es la base de la investigación.

El capítulo muestra los tipos de trastornos que hay en el aspecto del lenguaje, y todo lo que implica esta problemática tanto para los padres de familia como para los mismos niños, además de que este apartado permite tener un panorama más amplio de las situaciones en las que se encuentran específicamente los niños que presentan esta barrera dentro de CAPEP.

Es de gran importancia el conocer todas las implicaciones que se tienen en la problemáticas del lenguaje, rescatando que de acuerdo a la complicación del niño preescolar se vive de diferente manera tanto para él como para la familia, ya con la población de CAPEP que presenta diferentes circunstancias, para esto la relevancia de mostrar el tratamiento que se puede seguir para mejorar el lenguaje de cada uno según sus complicaciones y en complementación con el proceso de atención que ellos reciben dentro de la institución, ya que los padres de familia buscan alternativas de solución para sus hijos.

Cada uno de los niños que presentan algún trastorno del lenguaje les es de gran ayuda el tratarlos ya que siendo en la etapa de la infancia la mejor edad para corregir su lenguaje y que le será de mucha relevancia ya que en un futuro podrán consolidar una mejor relación con las personas que les rodean y tener una vida normal y valerse por ellos mismos.

⁴³<https://parroquialjaen.wordpress.com/2010/09/03/sentimientos-de-la-familia-ante-un-hijo-con-discapacidades/>
(consultada el 07 de marzo de 2017)

CAPÍTULO IV

EL DUELO

Este capítulo de la investigación es fundamental para poder identificar el proceso que viven los pares de familia ante el problema de lenguaje de su hijo, ya que se rescatará lo que es el duelo así como los tipos de duelo que hay estableciendo sus características.

Se desarrollan las etapas del proceso de duelo dando después un acercamiento a como se vive ya en una discapacidad de un hijo y como se enfrenta.

4.1 DEFINICIÓN DE DUELO

Para poder definir lo que es el duelo es necesario primeramente conocer lo que es el proceso ya que este es parte de un proceso y que en el transcurso de la vida del ser humano se pasa en todo momento por diversos procesos comenzando desde el embarazo con un proceso de gestación, y así a lo largo de la vida se encuentran procesos que hay que vivir.

Se presentaran varias acepciones de lo que es un proceso con la finalidad de construir una definición que se logre adaptar al enfoque de la investigación.

Se entiende por proceso como:

1.- “Una secuencia de pasos dispuesta con algún tipo de lógica que se enfoca en lograr algún resultado específico”.⁴⁴

2.- “Es la acción de avanzar o ir para adelante, al paso del tiempo y al conjunto de etapas sucesivas advertidas en un fenómeno natural o necesarias para concretar una operación artificial”.⁴⁵

⁴⁴<https://definicion.mx/proceso/> (consultada el 06 de marzo del 2017)

⁴⁵<http://definicion.de/proceso/>(consultada el 06 de marzo del 2017)

3.- “Acción que se desarrolla a través de una serie de etapas, operaciones y funciones que guardan relación mutua, y tienen un carácter continuo”.⁴⁶

Por lo tanto, el significado de proceso que se tomara en cuenta llegando a una conclusión a partir de las definiciones anteriores es la siguiente:

Es una secuencia de acciones que se desarrollan a través de una serie de etapas y operaciones que guardan una relación mutua que son de carácter continuo y se busca lograr algún resultado específico.

Una vez ya definido lo que es el proceso se muestra lo que es como tal el duelo para así rescatar lo que es el duelo como proceso:

“El **duelo** es el proceso psicológico que se produce a partir de alguna pérdida. Etimológicamente significa *duellum* o combate, *dolus*–dolor. Es la reacción frente a la pérdida de algo significativo, las cuales pueden ser desde una persona, un animal, una cosa, una relación, etc. Es una experiencia emocional humana y universal, única y dolorosa; el hecho de enfrentarse a esta pérdida se le llama elaboración de duelo y conduce a la necesidad de la adaptación a una nueva situación.

Hay que resaltar que el sentimiento de pérdida no sólo se manifiesta después de que ésta ocurre, también suele presentarse antes, como por ejemplo en el diagnóstico de una enfermedad terminal o en situaciones más triviales de la vida como el temor a perder algún objeto material o la amistad y el cariño de ciertas personas. Así, podemos entender al duelo como un sentimiento de miedo que se encuentra presente en cualquier etapa de nuestra vida, desde que somos pequeños y nuestro primer temor es vernos desamparados por parte de nuestra protectora, hasta que somos mayores y diario nos enfrentamos a sufrir cualquier pérdida, lo que se vuelve un círculo vicioso que nos llena de angustias que en muchas ocasiones no tienen una razón bien fundamentada.”⁴⁷

⁴⁶Diccionario de Trabajo Social, Ander-Egg, Ezequiel, edit. Lumen, Argentina, 1995, p. 239

⁴⁷<https://personalidadenduelo.wordpress.com/discusion-teorica/sobre-duelo/definicion-y-tipos-de-duelo/> (consultada el 06 de marzo del 2017)

En la vida diaria tenemos que enfrentarnos a situaciones no tan agradables sin embargo como seres humanos estas mismas nos hacen crecer y evolucionar, todo en la vida está relacionado con procesos donde se manejan pérdidas y ganancias a través de las experiencias vividas.

4.2 TIPOS DE DUELO

Para dar pasó a las etapas como tal del duelo es importante mostrar los tipos de duelo que como personas se llega a atravesar, resaltando en cada uno sus características generales.

Existen diferentes tipos de duelo los cuales son los siguientes:

“Duelo desautorizado.- Es en el que se experimenta una pérdida que no puede ser reconocida o expresada abiertamente ante la sociedad. Por ejemplo:

- Relaciones no reconocidas de exparejas, amantes, relaciones homosexuales.
- Pérdidas no reconocidas de, aborto, esterilidad, enfermedad mental, abusos.
- Pérdida de personas que no son reconocidas en la pérdida, como por ejemplo niños, personas mayores, y enfermos mentales.
- Muertes censuradas, por ejemplo, sida, suicidio, homicidio, sobredosis.

Duelo traumático.- En este caso se incluyen un conjunto de síntomas cómo:

- Búsqueda y añoranza por el difunto.
- Soledad excesiva.
- Pensamientos intrusivos respecto al difunto.
- Sentimientos de confusión e incredulidad.
- Pérdida de la seguridad y la confianza.
- Trastornos de sueño y baja autoestima.
- También se presentan síntomas de depresión y ansiedad.
- Se pueden presentar afecciones como cáncer, abuso de alcohol y tabaco pensamientos suicidas, y trastornos cardiacos.

Existen dos caminos del duelo traumático:

a) Muerte repentina y/o violenta, siendo un suceso que puede destruir el mundo de presuposiciones de la persona que se queda.

b) Cualquier pérdida es significativa para personas que tienen relaciones vulnerables en sus vínculos con que se van o las cosas que se pierden, su mundo y su self (sí mismo).

Duelo complicado.- Muerte súbita y no anticipada, especialmente si es traumática, violenta o desfigurativa.

- Muerte por enfermedad extremadamente larga.
- Muerte de un niño.
- Muertes por causas que el doliente percibe como evitables.
- Relación predañada con el fallecido marcada por el enfado, ambivalencia o marcada dependencia.
- Percepción de falta de apoyo por el doliente.

Duelo enmascarado.- el superviviente puede llegar a desarrollar síntomas similares a los que experimentase la persona querida antes de morir. En estos casos es importante que el médico tratante pregunte sobre los síntomas del fallecido, para evaluar y así descartar que el paciente pueda o no entrar en esta categoría.”⁴⁸

“Duelos evolutivos: infancia, pubertad, adolescencia, emancipación.

Duelos sociales: cambios de status, desempleo, jubilación. Una persona también puede hacer duelo tras la ruptura de una relación íntima o en casos de separación de los padres, cambio de país, pérdida de una casa que ha sido importante, y en general, ante pertenencias, personas y relaciones significativas. Asimismo, duelos por pérdidas de sueños, proyectos, ideales, y duelos por enfermedades largas, o

⁴⁸<https://personalidadenduelo.wordpress.com/discusion-teorica/sobre-duelo/definicion-y-tipos-de-duelo/> (consultada el 06 de marzo del 2017)

guerras. Interiorizando estas creencias limitantes que se resumen en “No puedo confiar en la vida”, el duelo será mucho más costoso en su proceso, pudiendo llegar a hacerse patológico. Con ellas, nos instalaremos en el sufrimiento en lugar del dolor, y lucharemos contra lo que ha sucedido, culpando al mundo, a Dios, o a quien podamos.

No aceptar desde niños el cambio, la falta de aceptación que la vida es más grande que nosotros, del ciclo natural de la vida, que todo cambia y nada es eterno, me complicará transitar por ese duelo y aceptar realmente las pérdidas.

Una misma pérdida tiene un significado diferente para las personas, porque cada uno la percibe de manera distinta. Y el impacto emocional, dependerá del tipo de vínculo que la persona tenía con el ser que pierde.

Anticipatorio: En caso de muertes anunciadas. Como por ejemplo, enfermedades, o separaciones en las que ya se tomó la decisión.

Retardado: En aquellas personas que “se controlan”, o “no tienen tiempo de ocuparse de sí mismas” o escapan al dolor y a la realidad de la muerte del ser querido mediante una hiperactividad. Durante meses o incluso años, cualquier recuerdo o imagen, desencadena el duelo no resuelto.

Crónico: Que arrastra el doliente durante años, absorbido por los recuerdos, incapaz de reincorporarse a la vida normal. Es el duelo eterno.

Patológico: Caracterizado por un agotamiento nervioso, síntomas hipocondríacos, identificación con el fallecido o dependencia de los fármacos o el alcohol. Depresión clínica. Aislamiento. Negación crónica. Requiere una ayuda profesional.

El duelo patológico es el de las heridas que nunca cicatrizan... Pasan años y años y por no entregarse a ese dolor terrible, se eterniza el duelo, se deja de vivir, se vive sin ilusión, se huye para no enfrentarse a ese dolor tan fuerte.

Pasan quince, veinte años, y cada vez que uno llega hasta acá, porque le teme tanto a la desolación, huye hacia la bronca, se esconde en la negación, se vuelve un niño, se queda en la culpa, corre hacia atrás, hacia cualquier lugar, con tal de no enfrentarse al alma en ruinas. Y si no hacemos algo para romper el círculo vicioso, volvemos una y otra vez para atrás, cambiando dolor por sufrimiento e instalándonos en él.”⁴⁹

Cada persona es única en la vida y por lo tanto se llegan a tener reacciones muy diversas en cada una de las situaciones que se presentan en la misma vida, esto haciendo referencia a la tipología presentada.

4.3 ETAPAS DEL DUELO

Se presenta en este apartado las etapas características del proceso de duelo en las cuales se describe en cada una de las 5 etapas como es la evolución de la etapa, y rescatando de manera general el manejo característico de cada una de ellas.

PRIMERA ETAPA DEL DUELO: LA NEGACIÓN

Se presenta la definición como tal de negación desde la Psicología:

“la negación como uno de los mecanismos de defensa del ser humano para enfrentar un conflicto, negando su existencia o su incidencia en el propio bienestar. Es muy común que una persona que ha perdido a un ser querido no sea capaz de enfrentar su muerte; muy a menudo, esta situación puede no revertirse jamás. Sin embargo, el cerebro es capaz de desarrollar diferentes estrategias para evadir un problema, y una de ellas es la exageración del mismo; en este caso, se desvía la atención de las causas y las razones, para enfocarse en el hecho mismo y potenciar así su repercusión.”⁵⁰

Ahora respecto se describe cómo es que se vive esta etapa desde el duelo que se vive en situación de pérdida:

⁴⁹<https://www.psicoactiva.com/blog/cuando-sufrimos-una-perdida-tipos-de-duelo-y-como-resolverlos/> (consultada el 30 de mayo del 2018)

⁵⁰<https://definicion.de/negacion/> (consultada el 21 de septiembre de 2018)

“Cuando una persona se entera de la enfermedad terminal o muerte de un ser querido, su primera reacción es negar la realidad de esta noticia devastadora.

La negación consiste en el rechazo consciente o inconsciente de los hechos o la realidad de la situación. Este mecanismo de defensa busca amortiguar el shock que produce la nueva realidad para sólo dejar entrar en nosotros el dolor que estamos preparados para soportar. Se trata de una respuesta temporal que nos paraliza y nos hace escondernos de los hechos. La frase que podría resumir la esencia de esta etapa es “Esto no me puede estar pasando a mí”.

En este primer momento, el mundo pierde sentido y nos abruma. Nos preguntamos cómo podemos seguir adelante. No es que estemos negando que la muerte o la pérdida se hayan producido sino que nos invade un sentimiento de incredulidad de que la persona que amamos no la veremos nunca más. Los sentimientos de esta etapa nos protegen brindando a nuestro cuerpo y mente un poco de tiempo para adaptarse a esta nueva realidad sin la persona fallecida. Luego el doliente comienza a sentirse como si lentamente estuviera despertando, recordando lo sucedido progresivamente.

Si bien la negación es una parte normal del proceso de duelo es importante destacar que si el doliente perdura durante mucho tiempo en ella puede llegar a ser perjudicial ya que al no aceptar lo que les ha ocurrido, no son capaces de enfrentar esta pérdida y seguir adelante. Cuando esta negación se hace persistente, la represión podría también dar lugar a enfermedades físicas como malestar estomacal, dolor de pecho o hipertensión.

SEGUNDA ETAPA DEL DUELO: LA IRA

“La ira es una emoción compuesta por un conjunto de sentimientos negativos, que puede conllevar a actos de violencia. La ira es una emoción muy compleja que experimentamos todas las personas, está presente en cualquiera de nuestras

acciones y puede surgir por diversas circunstancias como un conflicto laboral, trato injusto e irrespetuoso, frustración por no lograr algo, entre otros.”⁵¹

Cuando ya no es posible ocultar o negar esta muerte comienza a surgir la realidad de la pérdida y su consecuente dolor.

Si bien los sentimientos de enojo estarán presentes con distinta intensidad durante todo el proceso de duelo, es en esta etapa donde la ira toma el protagonismo dirigiéndose este enojo al ser querido fallecido, a nosotros mismos, a amigos, familiares, objetos inanimados e inclusive a personas extrañas. Se siente un resentimiento hacia la persona que nos ha dejado causando un inmenso dolor en nosotros pero este enojo se vive con culpa haciéndonos sentir más enojados aún. La frase que podría contener la esencia de esta etapa es “¿Por qué yo? ¡No es justo!”, “¿Cómo puede sucederme esto a mí?” Esta comprensión del “por qué” de las cosas puede ayudarte a encontrar una cierta paz.

Puedes preguntarte, “¿Dónde ha estado Dios cuando me sucedía esto?”. De acuerdo a la psiquiatra Elisabeth Kübler-Ross, es importante que los familiares y amigos del doliente dejen que éste exprese libremente su ira sin juzgarlo o reprimirlo ya que este enojo no sólo es temporal sino que, principalmente, necesario. Debajo de esta ira ilimitada se encuentra el dolor producido por esta pérdida. Si somos capaces de identificar esta ira y expresarla sin temores podremos comprender que ella es parte del proceso de curación.

Para eso se pueden emplear diversos métodos de expresión como escribir una carta al ser querido fallecido para expresar tu enojo, establecer un diálogo imaginario con ellos para compartir tus sentimientos, hablar con un amigo o familiar, realizar ejercicios físicos o bien practicar la meditación como un camino para calmar y canalizar estas emociones abrumadoras.

⁵¹<https://www.significados.com/ira/> (consultada el 21 de septiembre de 2018)

TERCERA ETAPA DEL DUELO: LA NEGOCIACIÓN

La negociación se presenta como tal en su definición de la siguiente manera:

“La negociación supone un proceso de diálogo entre dos o más personas o partes entre las cuales se ha suscitado un conflicto, por lo general motivado a que las partes involucradas tienen algunos intereses en común y otros opuestos.”⁵²

En esta etapa surge la esperanza de que se puede posponer o retrasar la muerte de la persona moribunda.

La etapa de negociación puede ocurrir antes de la pérdida, en caso de tener a un familiar con enfermedad terminal, o bien después de la muerte para intentar negociar el dolor que produce esta instancia. En secreto el doliente busca hacer un trato con Dios u otro poder superior para que su ser querido fallecido regrese a cambio de un estilo de vida reformado. Este mecanismo de defensa para protegerse de la dolorosa realidad no suele ofrecer una solución sostenible en el tiempo y puede conducir al remordimiento y la culpa interfiriendo con la curación.

Se desea volver a la vida que se tenía antes de que muriera el ser querido y que éste vuelva a nosotros. Se concentra gran parte del tiempo en lo que el doliente u otras personas podrían haber hecho diferente para evitar esta muerte. Las intenciones de volver el tiempo atrás es un deseo frecuente en esta etapa para así haber reconocido a tiempo la enfermedad o evitar que el accidente sucediera. La frase que resume esta etapa es “¿Qué hubiera sucedido si...?” Nos quedamos en el pasado para intentar negociar nuestra salida de la herida mientras pensamos en lo maravillosa que sería la vida si éste ser querido estuviera con nosotros.

Esta fase del duelo suele ser la más breve de todas las etapas ya que se trata del último esfuerzo para encontrar alguna manera de aliviar el dolor por lo que supone un trabajo agotador para la mente y el cuerpo al tener que lidiar con pensamientos y fantasías que no coinciden con la realidad actual. Por eso es importante conectarse

⁵²<https://www.significados.com/negociacion/> (consultada el 21 de septiembre)

con las personas y actividades del presente siguiendo una rutina que le brinde a tu mente la comodidad de realizar tareas regulares.

CUARTA ETAPA DEL DUELO: LA DEPRESIÓN

“La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.”⁵³

En esta cuarta etapa el doliente comienza a comprender la certeza de la muerte y expresa un aislamiento social en el que se rechaza la visita de seres queridos.

Se siente tristeza, miedo e incertidumbre ante lo que vendrá. Sentimos que nos preocupamos mucho por cosas que no tienen demasiada importancia mientras que levantarse cada día de la cama se siente como una tarea realmente complicada. Estos sentimientos muestran que el doliente ha comenzado a aceptar la situación. La frase que contiene la esencia de esta etapa es “Extraño a mi ser querido, ¿por qué seguir?”

En esta etapa la atención del doliente se vuelve al presente surgiendo sentimientos de vacío y profundo dolor. Se suele mostrar impaciente ante tanto sufrimiento sintiendo un agotamiento físico y mental que lo lleva a dormir largas horas. Además la irritabilidad y la impotencia toman un gran protagonismo ya que durante esta etapa se enfrenta a la irreversibilidad de la muerte.

Si bien el doliente siente que esta etapa durará por siempre es importante considerar que la depresión de este proceso de duelo no es sinónimo de enfermedad mental sino que se trata de una respuesta adecuada a una gran pérdida por lo que las emociones de la depresión deben ser experimentadas para sanar.

⁵³<http://www.who.int/topics/depression/es/> (consultada el 21 de setiembre del 2018)

QUINTA ETAPA DEL DUELO: LA ACEPTACIÓN

“La aceptación también puede hacer referencia al proceso de admitir un hecho acontecido en el pasado, buscando su superación y poder continuar viviendo mirando hacia el futuro.”⁵⁴

Es el momento en donde hacemos las paces con esta pérdida permitiéndonos una oportunidad de vivir a pesar de la ausencia del ser querido.

El doliente llega a un acuerdo con este acontecimiento trágico gracias a la experiencia de la depresión. Esta etapa no significa que estamos de acuerdo con esta muerte sino que la pérdida siempre será una parte de nosotros. Este proceso nos permite reflexionar sobre el sentido de la vida así como lo que queremos de la vida a partir de ahora. La frase que resume la esencia de esta etapa es “Todo va a estar bien”.

Esta etapa consiste en aceptar la realidad de que nuestro ser querido se ha ido físicamente por lo que debemos comprender que esta nueva realidad que vivimos sin él será nuestra realidad permanente de ahora en adelante. Se trata de aprender a convivir con esta pérdida y crecer a través del conocimiento de nuestros sentimientos. Comenzamos a depositar nuestras energías en nuestras amistades y en nosotros mismos estableciendo una relación distinta con la persona fallecida.

La rutina diaria toma un mayor protagonismo en la vida del doliente mientras que ya no se invocan los recuerdos del ser querido con sentimientos de culpa. Esta introspección te permitirá realizar una evaluación de tu vida y analizar cuál es el crecimiento obtenido durante este proceso a partir del cumplimiento de asuntos irresueltos. Esto se debe a que puedes observar que las cosas malas le suceden a la gente buena y a la gente mala también, por lo que la muerte no es percibida como un “castigo” sino como parte de la vida.”⁵⁵

⁵⁴<https://definicion.mx/aceptacion/> (consultada el 21 de septiembre de 2018)

⁵⁵<https://manejodelduelo.com/etapas-del-duelo-segun-elizabeth-kubler-ross/> (consultada el 07 de marzo de 2017)

Estas 5 etapas descritas son propias del proceso de duelo destacando que la denominación varía de acuerdo al autor, las etapas presentadas son de las más usuales y/o comunes.

4.4 PROCESO DEL DUELO DE LOS PADRES CON UN HIJO QUE PRESENTA ALGUNA BARRERA DE APRENDIZAJE (LENGUAJE).

En este apartado se presentaran las diversas etapas por las cuales atraviesa los padres de familia cuando se encuentran con un hijo que presenta algún tipo de problemática con alguna barrera de aprendizaje.

“Cuando a un hijo se le diagnostica una deficiencia, el entorno familiar sufre un fuerte golpe, y los padres experimentan diferentes fases psicológicas y emocionales que pueden variar según cada caso.

En el momento en que se diagnostica una discapacidad a un niño, además de la propia realidad de la enfermedad, hay que tener en cuenta la fuerte repercusión que acomete en el entorno familiar, sobre todo en los padres del pequeño, que ven cómo todos los ámbitos de su vida cambian para siempre.

Las reacciones emocionales ante la discapacidad de un hijo pueden ser muy variadas según cada caso, aunque todos los padres suelen pasar por fases similares desde el momento del diagnóstico.

De todas maneras, las reacciones y el devenir de la deficiencia dependerán de diversos factores, como el grado de incapacidad del hijo, la dinámica familiar antes del diagnóstico, la situación económica, social e intelectual de la familia o las creencias religiosas.

Elizabeth Kubler-Ross identifica cinco etapas emocionales que suelen atravesar los padres con un hijo con discapacidad y que, en función de cada situación, pueden durar más o menos tiempo, presentarse a la vez, volver a aparecer más adelante, etc. Las cinco etapas son:

1. Negación: los padres se aferran a la idea de que el diagnóstico será erróneo.

2. Agresión: los padres pueden culparse mutuamente de la discapacidad del niño, o desatar su ira contra el médico, la religión o la vida, o incluso contra el propio hijo. Estas reacciones suelen ser fruto de la impotencia, aunque acaban sintiendo culpa o vergüenza por su comportamiento.
3. Negociación: aún no aceptan el diagnóstico por completo, pero los padres ya dialogan con el médico y el niño sobre el problema.
4. Depresión: a estas alturas, el agotamiento de los padres, tanto físico como mental, ya es un fuerte lastre, y suelen manifestarse síntomas de la depresión.
5. Aceptación: los padres aceptan parcial o totalmente la discapacidad del niño, aunque las etapas anteriores pueden volver a aparecer.

Los padres experimentan diferentes reacciones cronológicas ante el diagnóstico de una deficiencia de un hijo:

1.- Reacción tras el nacimiento: ante un embarazo, las ilusiones y fantasías de los padres respecto a su hijo son muchas. El anuncio de la discapacidad supone el derrumbe de todas estas expectativas. Primero, los padres suelen interrogar al médico sobre las posibles causas, prestando especial atención a si se trata de una discapacidad hereditaria. Aunque, al principio, la culpa suele recaer sobre los médicos, pronto se traslada a los mismos progenitores, algo que puede traducirse en depresión y aislamiento social. Si, al contrario, la deficiencia no es muy importante, los padres suelen minimizarla y no darle mucha importancia, una reacción también negativa para el desarrollo de la discapacidad.

2.- Reacción de Negación y/o Aceptación Parcial: en los casos leves de discapacidad, la reacción de los padres suele ser de negación o minimización, y por lo tanto, no suelen ser conscientes de las dificultades del niño para realizar ciertas actividades, no se le presta ayuda y se le exigen cosas que no puede hacer. Así, sólo se consigue que el niño se sienta solo, inseguro e inferior a los demás. Si la discapacidad es evidente, los padres no suelen aceptarla por completo, aunque digan lo contrario. Suelen verse dominados por sus sentimientos de pesimismo hacia el futuro y culpabilidad, y tienen reacciones bruscas de autodefensa, que no ayudan a la labor médica.

3.- Reacción de Aceptación: en este caso, pueden producirse dos posturas diferenciadas. Los padres pueden adoptar una posición de sobreprotección del hijo, una aceptación basada en la resignación y la piedad, que no ayuda al niño a superar sus obstáculos, sino que le hace vivir con la sensación de ser un enfermo. O, por otro lado, los padres pueden no entender realmente el problema que padece su hijo y pueden entorpecer el desarrollo positivo de la incapacidad.

4.- Reacción Depresiva Existencial: además de la preocupación ante un futuro incierto después del diagnóstico, los padres padecen una ansiedad profunda por no saber qué pasará cuando ellos mueran. Este sentimiento se puede mezclar con los de culpa y fatalidad al intentar encontrar unos sustitutos que cuiden del hijo cuando ellos falten, privando, por ejemplo, a los hermanos, de una vida plena.”⁵⁶

Nacimiento

“El embarazo, por lo general, es vivido como un periodo de crisis. No es pues de extrañar que cuando el embarazo culmina con el nacimiento de un niño discapacitado se produzca inevitablemente un estado de conmoción, el cual tiene sus antecedentes inclusive antes de que comience la gestación. De paso, diré que un hijo se articula en la dialéctica del deseo inconsciente de los padres. Los humanos fantaseamos sobre la realidad de nuestros hijos antes de empezar a concebirlos. Esto les da una existencia en la realidad psíquica de los padres desde entonces. Se hacen una idea del tipo de niño que esperan, lo que produce una imagen ideal o fantaseada del hijo. Un hijo que encaja en la dialéctica del deseo de cada padre, por lo cual podemos decir que esperan un hijo en particular. Bajo este contexto, en el caso del nacimiento de un niño(a) discapacitado(a) se puede deducir el impacto en los padres por el encuentro con el niño “real”. La dinámica, expectativas, planes y proyectos de vida familiar y personal se ven alterados de forma más o menos radical. Tal discrepancia puede ser tan grande que los padres se encuentren, al menos temporalmente, sin recursos para superar la situación a la que deben enfrentarse.

⁵⁶<http://faros.hsjdbcn.org/es/articulo/reaccion-padres-ante-discapacidad-hijo> (consultada el 07 de marzo de 2017)

Los padres no solo esperan tener un hijo sano y “normal”, sino que también sienten la necesidad de crear algo bueno. Es este uno de los significados sublimes que los humanos le damos a la procreación, crear otro ser y recrearnos al mismo tiempo. El nacimiento de un niño con un grave trastorno congénito puede acabar con ese orgullo y cerrar definitivamente con la posibilidad de prolongar la línea familiar.

En los padres puede darse una serie de sentimientos, que impiden comprender la situación y que muchas veces los paraliza. Son una serie de reacciones naturales ante los aspectos negativos de la limitación, surgen como una defensa primitiva ante el sufrimiento psicológico, actúan como un anestésico, de efecto inmediato, aunque temporal, que da a la estructura psíquica tiempo para elaborar un sistema de defensa más adecuado. Esta es una situación altamente angustiante, y en un intento por controlarla, se desencadenan mecanismos de defensa, (como el pensamiento mágico omnipotente y la negación entre otros), los cuales prevalecen inicialmente y a menudo durante un largo periodo de tiempo. Es característico en este momento que los padres tengan una visión muy limitada de su situación. Están aturdidos y presentan dificultades para responder ante las personas y situaciones de la vida diaria. Esto incide en la manera como entienden las cosas que el equipo de profesionales que atienden a su hijo le dicen acerca de su diagnóstico y pronóstico. La información que en ocasiones se le intenta transmitir, es en palabras de los profesionales, “... como sino las entendieran”, se produce un desfase entre el saber y la verdad: comprenden las palabras pero no escuchan la verdad, pues está implica un dolor intenso y en muchos casos es destructivo para la estabilidad emocional. Otras situaciones vividas por algunos padres durante todo el proceso de confrontación y asimilación de la situación son:

Depresión: Entendida como una tristeza crónica que invade a toda la persona, y afecta las relaciones que establece con los otros, incluido el menor

Sentimientos de culpa: Hacia sí mismo o hacía el otro. El cual depende de ciertas asociaciones “internas” o inconscientes frente al rechazo o deseo de muerte del menor.

Comportamientos reactivos: Algunos padres, en el intento de esconder a sus hijos, llegan a esconderse ellos mismos hasta aislarse de sus amigos y parientes.
Vergüenza: El desarrollo del menor al ser diferente produce sentimientos de turbación y vergüenza en presencia de otras personas.

La continua frustración: por la dependencia o bajo desarrollo de su hijo(a).

Señales negativas de una inadecuada elaboración del duelo

Hasta el momento he hablado de un proceso de reorganización que llevaría a los padres a buscar los medios operativos de elaboración de la situación, que posibilitarían crear un vínculo lo "suficientemente sano" con el niño y el entorno, proporcionando a aquel, el sostén afectivo necesario para su estructuración psíquica. Llevando a los padres a que asuman una actitud más realista frente a él y su discapacidad, favoreciendo la identificación de sus necesidades y los apoyos específicos que requiere. Sin embargo algunas de estas reacciones pueden de estereotiparse y volverse rígidas, trayendo graves consecuencias, en cuanto impiden una adaptación activa a la realidad, afectando de esta manera la elaboración del duelo. Sin olvidar lo que se dijo anteriormente acerca de que es imposible pronosticar exactamente el curso del proceso que una pareja de padres va a tener en la aceptación o no de su hijo discapacitado, existen algunos indicadores que pueden señalar mostrando dificultades en dicho proceso. Algunos de ellos son:

Excesivo apego.

Sobreprotección.

Trato negligente o de abandono.

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

Abandono frente a sí misma(o).

Actitud Sacrificada Sobre exigencia al menor.

Sobre estimulaciones.

Percepción irreal de pronóstico (Baja o alta).

Actitudes de huida.”⁵⁷

Como ya se mencionó anteriormente los seres humanos a lo largo de la vida tenemos pérdidas y duelos de todo tipo para lo cual se atraviesa por un “proceso”, es por esto de la importancia de conocer y sobretodo concientizara las personas sobre cada una de estas situaciones que se dan en algunas familias y cómo viven el proceso de duelo, ya que son una de las problemáticas que se hacen presentes en la vida de muchas familias y que son más frecuentes de lo que en la realidad la sociedad dimensiona como los hijos que nacen con diversas barreras de aprendizaje.

Los padres de familia idealizan su hogar para la crianza de sus hijos, pero una vez que presentan la problemática de uno de sus hijos en el aspecto del lenguaje y/o cualquier otra barrera de aprendizaje se ven afectados y es donde comienzan a vivir este proceso. La finalidad de la investigación es el conocer el proceso por el cual están pasando los padres de familia de CAPEP que tienen un hijo con problema de lenguaje.

En el momento que un padre de familia llega por medio de canalización a la institución para que su hijo reciba la atención que necesita se puede observar los momentos que atraviesa cada uno en base a las etapas del proceso de duelo, primeramente en la entrevista que se les realiza para la atención en CAPEP los padres de familia tienen la esperanza de que el diagnóstico por lo que se les canalizo sea de manera errónea como se muestra en la etapa de la negación, una a vez que se les confirma que necesita de atención en su gran mayoría su reacción tiende a justificarse en lo económico y en el tiempo como parte del comienzo de dicho duelo. Posteriormente los padres de familia muestran su dinámica familiar, y en el transcurso del ciclo escolar de su hijo se observan las diversas reacciones que van presentando como las inasistencias a las citas de orientaciones, al área médica, y/o trabajo social, cuando el proceso del duelo va evolucionando se logra ver en la

⁵⁷<http://aprendeonlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/iatreia/article/viewFile/3805/3521> (consultada el 27 de agosto del 2018)

constancia del seguimiento de las recomendaciones de cada uno de los especialistas de la institución. En el avance que va presentando cada niño se logra ver el acompañamiento de los padres en este proceso. Se llega a tener regresiones de una etapa a otra, hasta lograr la evolución de estas etapas.

CAPÍTULO V

CENTRO DE ATENCIÓN PSICOPEDAGÓGICA DE EDUCACIÓN PREESCOLAR (CAPEP)

En este capítulo se describirá principalmente información de dicha institución con la finalidad de conocerla de manera general, rescatando que es una institución que pertenece a la Secretaría Pública establecida como parte de Dirección General de Educación Especial.

5.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Antecedentes de México

“En 1965 dio inicio la operación de un servicio de educación especial surgido en la estructura de educación preescolar de la SEP, como resultado de la iniciativa de maestras de dicho nivel educativo, que observaban la necesidad de que algunos niños recibieran apoyos que le permitieran superar rezagos en su desarrollo y aprendizaje.

En su surgimiento, dicho servicio fue denominado “Laboratorio de Psicotecnia de Preescolar”, cambiando en 1968 a “Laboratorio de Psicología”.

En 1971 se fundó el primer Laboratorio foráneo, en la ciudad de Mérida, y en el siguiente año, como parte de la atención que se brindaba en los Laboratorios, se crearon los “grupos de maduración” bajo la responsabilidad ya de personal de las áreas de Trabajo Social, Psicología y educadoras con especialización en deficiencia mental, audición y lenguaje y trastornos del aparato locomotor.

En 1974, los Laboratorios cambian su denominación por “Laboratorio de Psicología y Psicopedagogía” (LAPSY) y se crea dicho servicio en las ciudades de Veracruz, Orizaba, Xalapa y Pachuca, en ese orden. La atención que entonces se brindaba a los niños estaba normada a través de un programa basado en la educación especial

para niños con deficiencia mental educable en preescolar, editado por el LAPSY, donde se especificaban las características de los niños a atender y los criterios de aceptación.

Entre 1975 y 1980, se crearon otros 9 LAPSY más al interior de la república, en 1982 cambian su nombre por el de “Centros de Atención Compensatoria de Educación Preescolar” (CACEP), y en 1983, por el de “Centros de Atención Preventiva de Educación Preescolar” (CAPEP). En 1985 los servicios cambian su nombre por el de “Centros de Atención Psicopedagógica de Educación Preescolar” (CAPEP), con cuyo nombre continúan operando actualmente en 22 entidades del país.

La atención psicopedagógica que los CAPEP brindaron hasta 1998 se desarrollaba, en términos generales, mediante las siguientes acciones: los niños preescolares que presentaban alguna “dificultad en su aprendizaje” (en aspectos como lenguaje, psicomotricidad, o de tipo emocional) eran detectados en sus Jardines de Niños por personal de los CAPEP canalizados a los edificios donde operaban dichos centros; algunos de tales alumnos se incorporaban de manera permanente durante uno o dos ciclos escolares, a fin de recibir “estimulación múltiple” en grupos “homogéneos” de atención escolarizada, y algunos otros niños permanecían en sus Jardines de Niños y asistían una o dos veces a la semana a recibir alguna terapia específica al edificio del CAPEP⁵⁸.

Antecedentes a nivel local

“En el año de 1982 se funda el Centro de Atención Psicopedagógica de Educación Preescolar CAPEP, en la Ciudad de Uruapan, inicialmente en espacios que fueron facilitados en el Jardín de niños “Martin Gonzáles Vázquez” ubicado en el fraccionamiento El Mirador, por lo que se gestionó con las autoridades correspondientes la adjudicación de un terreno para comenzar la construcción de las instalaciones apropiadas, un área del Jardín de niños paso a formar parte de CAPEP mismo que se ubica en Regina n° 211.

⁵⁸ <http://www.sev.gob.mx/educacion-inicial-preescolar/historia-de-capep/>

En el mismo año de fundación se comenzó a construir un área de oficinas, sala de usos múltiples, intendencia y bodega; posteriormente otra parte donde se encuentra la cocina, sanitarios para uso del niño y personal, una sala de psicomotricidad.

De 1982 al 1994 se construyó la parte de diagnóstico con nueve cubículos para atender terapias y área médica, con sala de espera y dos cámaras de gessell.

En el año de 1994, se construyen tres aulas para atender a grupos de estimulación múltiple, estando ya completo en cuanto a estructura física, sin embargo se edifica en un terreno poco adecuado, en cuanto a la ubicación a algunos padres de familia se les hace complicado el acceso al fraccionamiento donde se encuentra el centro escolar ya que algunos vienen de los alrededores de la Ciudad y por cuestiones económicas”⁵⁹.

5.2 CARACTERÍSTICAS DE LA INSTITUCIÓN

Centro de Atención Psicopedagógica de Educación Preescolar Uruapan, con una ubicación en la calle Regina # 211 fraccionamiento el Mirador con un horario de atención de 8:30 am a 4:00 pm donde comprende turno matutino (maestras de grupo, profesor de educación física, el personal administrativo, la directora de la institución, y psicomotricidad) y vespertino (las psicólogas se dividen unas tienen el turno matutino, y otras vespertino, las de área de lenguaje tienen los dos horarios de igual manera el área médica y la dentista, trabajo social, intendencia y la responsable del programa DYP). Para los alumnos el horario es de 9 am a 12 pm, mientras que en el turno vespertino asisten niños a orientación de 12:30 pm a 2:30 pm.

La institución tiene por objetivo general que “El niño preescolar con alteraciones en el desarrollo superará bloqueos emocionales y cognitivos que impiden su integración social a través de los aprendizajes obtenidos y la movilidad del vínculo de los padres y el hijo.

La misión es el “Brindar a los niños y niñas preescolares apoyo especializado atendiendo a la diversidad, proporcionando atención psicopedagógica por medio de

⁵⁹ Revisión de documentación de la institución: manual de organización, antecedentes y funciones de Trabajo Social en Capep (elaborado por L.T.S. Elizabeth Suarez Barreto de Capep Uruapan), secretaria de educación pública,

un equipo interdisciplinario de especialistas en diferentes campos acorde a las necesidades de los alumnos(as), a través de actividades académicas que buscan elevar la adquisición de aprendizaje y los niveles de autoestima y comunicación a partir de una efectiva y afectiva relación padres-madres-hijos (as). Con un compromiso a partir del trabajo formativo tanto del personal, educadoras y padres-madres de familia trascendiendo a través de programas de atención en C.A.P.E.P, y jardines de niños, con el propósito que el alumno adquiriera las herramientas necesarias que le permita integrarse a la sociedad con mayores posibilidades de éxito”.

Y como visión es “Visualizamos una escuela activa e integral con calidad profesional en un ambiente colaborativo que fortalezca la integración para brindar una atención de excelencia que propicie el desarrollo de seres humanos críticos, propositivos y autónomos con un sentido de pertenencia a la comunidad. Con personal de un alto sentido ético y moral con objetivos y metas claras a corto, mediano y largo plazo, mediante una metodología psicopedagógica bien definida contando con apoyos didácticos actualizados, además de una infraestructura funcional acorde a las necesidades de atención que se brinda a la población.

Los Valores son “Promover la participación comprometida de todos los participantes de este contexto escolar a través de una labor de orientación sistémica que nos permita ejercer valores humanos de respeto, tolerancia, humildad, responsabilidad, honestidad, solidaridad y equidad, en un marco de una educación básica de calidad”.

SERVICIOS QUE PRESTA

Población a la que atiende

Características de los preescolares que presentan alteraciones en el desarrollo que requieren atención en “CAPEP”

- Se distraen con facilidad
- Necesita que le repitan las cosas
- Habla en voz muy alta o muy baja

- Vocabulario escaso
- Dificultad para recordar lo que acaba de escuchar y retener la información y volver a usarla (memoria a corto y largo plazo).
- Dificultad en su coordinación motriz gruesa y fina (falta de coordinación al caminar hacer deportes o amarrarse el cordón del zapato, tomar la crayola, etc.)
- Adaptación inadecuada
- Ritmo de trabajo lento
- Habilidad para la lectura, escritura y matemáticas, por debajo de lo esperado para su edad y capacidad intelectual.
- Bajo rendimiento global o rendimiento irregular.
- Déficit auditivo y visual.

Cabe destacar que en estos casos se hace una canalización con diferentes preescolares en las cuales se logra identificar a un niño con alguna de estas características y son atendidos mediante orientaciones por la tarde en CAPEP.

Atiende problemas de lenguaje, de conducta, de motricidad, y con características de barreras de aprendizaje más severas.

Población interna:

Como población interna se encuentran los niños que cursan dentro de CAPEP el preescolar donde los servicios que prestan, es el brindarles una educación especial dando a los niños ese derecho donde se les ofrece una atención completa para su desarrollo dando el tratamiento necesario para cada niño, con atención de orientación, de lenguaje, de psicomotricidad y grupo de estimulación múltiple.

Los niños que atiende son niños con problemas de aprendizaje, de lenguaje, de conducta, y de psicomotricidad. Con una edad de 4 a 5 años, el tipo de familias son de bajos recursos y predominan las familias nucleares

Tipo de necesidades sociales que atiende

CAPEP brinda la oportunidad de satisfacer la necesidad social de la educación preescolar a niños que presentan algún tipo de dificultad y que ocupan de una atención psicopedagógica en la edad preescolar, ya sea problemas en el desarrollo del lenguaje, aprendizaje y de conducta, también de tipo psicomotor, así como el personal que colabora en la institución (Población interna).

También atiende las necesidades sociales de dar orientación a niños que son detectados con algún problema de aprendizaje, lenguaje, de conducta, tomando en cuenta las características mencionadas anteriormente y a los cuales se les da un seguimiento de manera interdisciplinaria. (Población externa).

Procura trabajar mucho en la dinámica familiar así como su integración haciéndoles saber a los padres el papel importante de ellos en el desarrollo de su hijo.

5.3 PROCESO DE ATENCIÓN QUE BRINDA A LOS NIÑOS

Existe un proceso que llevan los especialistas de CAPEP para el seguimiento que se les brinda a los niños con las diversas problemáticas que presentan las cuales se mencionan en el punto anterior de este capítulo.

Se describe de manera general el proceso que se realiza desde el momento que llega el niño a CAPEP hasta el plan de atención que se desarrolla.

APLICACIÓN DE LA HISTORIA PSICOPEDAGÓGICA (HPG)

Los niños que llegan a CAPEP por lo general son niños canalizados desde sus preescolares donde fueron inscritos.

La historia psicopedagógica consta de dos partes donde dentro de la institución se conforman parejas de especialistas mientras que un especialista entrevista a los padres de familia otra aplica una valoración al niño candidato a asistir a CAPEP.

En la entrevista con los padres se aplica un formato específico de la institución en la cual se indaga en cómo se presentó la gesta del niño, peso, talla, etc., la parte

central es la dinámica familiar que se está viviendo y se cuestiona la parte de la canalización de su hijo a CAPEP. Mientras el otro especialista aplica una serie de pruebas cognitivas, de lenguaje, psicomotoras y psicológicas del niño para así valorar la situación del niño. Finalmente los dos especialistas se reúnen con su análisis de la situación compartiendo la información obtenida y a partir de esta se establece la canalización del niño, es decir se designan las áreas en las que será atendido el niño y se plantea el diagnóstico.

PLAN DE ATENCIÓN

En esta parte se reúnen los especialistas para así generar el plan de atención que se le brindara a cada niño, se analiza a cada niño para así establecer en conjunto con el equipo interdisciplinario abarcando cada uno según su especialidad. Durante el transcurso del ciclo escolar se da seguimiento a cada uno de los niños.

Una vez que está por terminarse el ciclo escolar el equipo interdisciplinario se reúne para analizar el avance que ha tenido el alumno, rescatando la situación actual respecto a su problema por la cual es atendido y tomando en cuenta su contexto familiar actual para así poder establecer una canalización final del niño para avanzar de grado escolar, es decir comenzar con la primaria.

Durante la atención que se les brinda a los niños en CAPEP se realizan orientaciones a padres de familia con temas de interés enfocados en cada una de las áreas referentes a la atención.

5.4 ANTECEDENTES DE TRABAJO SOCIAL EN LA INSTITUCIÓN

CARACTERÍSTICAS DE LA INTERVENCIÓN PROFESIONAL

En diferentes investigaciones y trabajos realizados, coinciden en afirmar que el origen de muchos de los problemas que presentan los individuos se encuentra en la convivencia familiar y educacional. Al nacer y aun antes actuaron sobre ellos diversos factores tanto biológicos como psicosociales y sociales que facilitaron o entorpecieron su proceso de desarrollo, así como su integración a la vida y al mundo que les rodea, ubicando al preescolar que presenta alteraciones en su desarrollo, en

su contexto biopsicosocial, resulta necesaria la participación del Trabajador Social en los Centros de Atención Psicopedagógica de Educación Preescolar, a fin de que este profesional promueva la participación de la familia en la solución de los problemas detectados en el menor.

ANTECEDENTES

El departamento de trabajo social existe dentro de la institución desde el año de 1989 donde en este fungía como tal la licenciada en pedagogía Silvia Guillen Andrade durante seis meses, posteriormente quedó a cargo de la Trabajadora Social Yesenia Magdalena Menchaca.

En lo que respecta de las anteriores practicantes en el año de estuvo la L.T.S. Yesenia Magdalena Menchaca Cueto en 1989.

Realizó entrevistas con los padres de familia, modifico los formatos de visita domiciliaria y de la historia social, también elaboró un perfil de la población, en cuanto a los proyectos que presento fueron encaminados a la salud en los aspectos de higiene y alimentación estos en conjunto con el área médica. Realizó eventos para recaudación de fondos para actividades con los niños.

Estableció vinculaciones con instituciones como el DIF, IMSS, e hizo canalizaciones de niños.

Ha habido más practicantes, pero se desconoce esa información por parte de la Trabajadora Social.

ORGANIZACIÓN INTERNA ACTUAL

L.T.S. María Elizabeth Suarez Barreto, es la única Trabajadora Social dentro de la institución fungiendo como tal.

FUNCIONES QUE REALIZA TRABAJO SOCIAL

Investigación

Diagnóstico

Organización

Orientación

Programación

Planeación

Canalización

Vinculación

Educación

Promoción

Gestión

ACTIVIDADES QUE REALIZA TRABAJO SOCIAL

- 1.- Participa en la etapa de pre diagnóstico o diagnóstico intensivo que se realiza durante los meses de septiembre y octubre.
- 2.- Proporciona 10 atenciones a la semana por turno de 20 horas.
- 3.- Proporciona 17 atenciones a la semana, por turno de 35 horas.
- 4.- Recibe familias canalizadas al área de trabajo social, con el pase de atención psicopedagógica debidamente registrado.
- 5.- Elabora el registro de asistencia por especialidad en los Centros de Atención Psicopedagógica de Educación Preescolar.
- 6.- Lleva su registro de actividades diarias
- 7.- Elabora y/o actualiza el directorio de las instituciones que coadyuvan en la atención que recibe el preescolar que asiste al Centro.

8.- Aplica la historia social y/o psicopedagógica, realiza visitas a la comunidad (domicilio particular, centro de trabajo de los padres, jardín de niños, instituciones del sector salud).

9.- Aplica la historia social, cuando la familia cumple con los parámetros de aceptación establecidos para recibir atención en el área.

10.- Atiende individualmente a las familias que le son canalizadas.

11.- Promueve campañas de bienestar social.

12.- Integra y mantiene actualizados los expedientes individuales de las familias que atiende, con los siguientes documentos;

a) pase de atención psicopedagógica

b) historia social

c) informe de Trabajo Social

13.- Lleva a cabo la visita domiciliaria al centro de trabajo del padre o tutor del preescolar, a solicitud del especialista, cuando el educando manifiesta alteraciones en su conducta, generadas dentro del ámbito familiar.

14.- Elabora un informe social, cada vez que realiza una visita a la comunidad.

15.- Atiende grupos de padres, a fin de proporcionarles información y orientación sobre aspectos sociales que beneficien la integración familia.

16.- Integra en grupo de padres, con 20 personas.

17.- Programa cada una de las sesiones con una duración de aproximadamente de 60 a 90 minutos.

18.- Invita, previa autorización de la directora del Centro, a los ponentes que considere pertinentes para el manejo de los contenidos a tratar en las orientaciones psicopedagógicas a padres.

19.- Elabora un formato de programación de juntas con padres, por cada grupo que atiende.

20.- Participa en las reuniones interdisciplinarias para la revisión de casos, con base en las fechas autorizadas por la Dirección General de Educación Preescolar.

21.- Participa en las juntas de apoyo técnico programadas para tu área de especialidad, con base en las fechas autorizadas por la Dirección General de Educación Preescolar.

22.- Participa con el equipo interdisciplinario en la revisión clínica de los casos que se atendieron durante el año escolar, para dar la canalización final.

23.- Participa en los periodos de capacitación y actualización que son programados para el personal del área. (Inicio y fin de ciclo escolar)

Parámetros de aceptación

Las familias asisten al área de Trabajo Social puede presentar alteraciones en uno o varios de los siguientes aspectos:

ETAPA DE DIAGNÓSTICO

- Familias incompletas en donde la dinámica se ve alterada por esta situación.
- Familias en donde uno de los miembros altera la dinámica familiar (padres alcohólicos, drogadictos, bigamia).
- Padres que alteran la dinámica familiar debido al rechazo físico o emocional hacia el niño motivo de atención en el C.A.P.E.P. o grupo anexo.
- Familia en donde se reporta que alguno de los padres no asume su rol entorpeciendo el desarrollo integral del niño.
- Abandono total o parcial del menor, por su familia de origen, ya sea por causas justificadas o no, siempre y cuando afecte el desarrollo del mismo.
- Familia sobreprotectora que de uno u otra forma afecta el desarrollo del niño.

ETAPA DE TRATAMIENTO

- Familia que durante la atención psicopedagógica que recibe el niño muestren inconformidad hacia la misma.
- Familia que durante el periodo de atención que recibe el niño se enfrentan a situaciones traumáticas tales como: (muerte de algún miembro, enfermedad, divorcio, separaciones, golpes), que afectan el desarrollo del niño.
- Familias que se encuentran poco cooperadoras durante la atención psicopedagógica que recibe el preescolar (no cooperan en la estimulación de sus hijos).

Únicamente Trabajo Social interviene a nivel de caso.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Contribuir al bienestar social de la población que asiste a C.A.P.E.P., abarcando los aspectos de protección e integración familiar, educación, salud, alimentación, recreación y vivienda.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Contribuir en la investigación , diagnóstico y tratamiento de los menores mediante el trabajo interdisciplinario
- Sensibilizar a los padres de familia sobre la importancia de su papel en la formación de sus hijos.
- Orientar a la familia sobre las alternativas de solución a los problemas que interfieren en el tratamiento del menor.
- Coordinar el enlace entre C.A.P.E.P. y otras instituciones para brindar ayuda a la población que presente problemas de tipo social (salud, educación, vivienda y apoyo legal).

Quien formula los objetivos del área es la Secretaría de Educación Pública

RELACIÓN ENTRE LOS OBJETIVOS DE TRABAJO SOCIAL CON LOS DE LA INSTITUCIÓN.

Institución

El niño preescolar con alteraciones en el desarrollo superará bloqueos emocionales y cognitivos que impiden su integración social a través de los aprendizajes obtenidos y la movilidad del vínculo de los padres y el hijo.

Trabajo Social

Contribuir al bienestar social de la población que asiste a C.A.P.E.P., abarcando los aspectos de protección e integración familiar, educación, salud, alimentación, recreación y vivienda.

La relación entre estos dos objetivos es de manera complementaria ya que la institución busca que el menor supere esos bloqueos que está teniendo para su adecuado desarrollo y dentro de lo que le corresponde a Trabajo Social es el incluir en este proceso a los padres de familia retomando aspectos importantes, ayudando a la institución a cumplir con la integración de los padres de familia y a crear ese vínculos afectivo con ellos.

PROYECTOS QUE DESARROLLA TRABAJO SOCIAL ACTUALMENTE

Trabajo Social participa en el programa de escuela segura en el cual participa dentro del filtro que se les realiza en la hora de la entrada a los niños y orientaciones individuales, también tiene participación dentro de las actividades del equipo interdisciplinario. Trabajo Social participa dentro de todos los programas contribuyendo con los padres de familia, en la sensibilización del papel tan importante que juega el padre y la madre.

CAPÍTULO VI

INVESTIGACIÓN DE CAMPO

6.1 Definición del universo de trabajo

El universo de esta investigación se retomó específicamente el grupo de 2° año ya que la población es poca, retomando los niños que tiene el problema de lenguaje, se decidió realizarse así ya que el grupo retomado tenía un proceso de subsecuentes, es decir que eran niños que iban a continuar con su proceso en tercer grado, lo cual es de suma importancia y para la investigación ya que son niños que tiene un proceso de atención más completo dentro de la institución y esto permite profundizar más en el aspecto del proceso de asimilación que están pasando los padres con la situación problema de sus hijos.

6.2 Elaboración del instrumento

Para la elaboración del instrumento se realizó una Operacionalización de la hipótesis la cual consta de una variable que son los padres de familia (**anexo 1**)

Se elaboró un instrumento dirigido a los padres de familia para poder obtener la respuesta de la hipótesis de la investigación, este consta de 22 preguntas de las cuales 5 cerradas, 13 mixtas y 4 abiertas (**anexo 2**)

6.3 Recolección de datos

Para poder rescatar la información se aplicó un cuestionario dirigido a los padres de familia, se buscó a los padres de familia durante el transcurso de las mañanas de una semana para lograr que todos pudieran responder ya que algunas veces los padres no llegaban a llevar a su hijo al preescolar dando indicaciones de como contestar cada una de las preguntas.

La aplicación del instrumento fue del 03 al 06 de julio del 2017, dentro de las limitantes que se presentó para la recaudación fue el tiempo ya que estaba por concluirse el ciclo escolar, pero afortunadamente se logró encontrar a todos los

padres, los cuales son la población objeto de la investigación. Cabe mencionar que de los padres entrevistados la mayor parte fueron las madres y solo se contó con la participación de un padre respondiendo al cuestionario. Los padres siempre se mostraron con la disponibilidad contestar.

6.4 Presentación de resultados

Se presentan los resultados de los cuestionarios respondidos por los padres de familia de 2° grado con su hijo con problemas de lenguaje, donde se presenta primeramente una descripción general de los padres de familia para después se muestran los resultados mediante un cuadro con las respuestas, una gráfica, y su interpretación.

Cabe mencionar que el proceso de duelo de los padres atendidos en CAPEP objetos de la investigación se desarrolla específicamente en cada etapa propia del duelo. Donde se abordan sentimientos, expectativas de los padres hacia sus hijos, y sobre todo como han ido evolucionando en el duelo como padres y como familia.

**INSTRUMENTO DIRIGIDO
A LOS
PADRES DE FAMILIA**

DESCRIPCIÓN DE LOS PADRES DE FAMILIA

Se presenta una reseña de las características de los padres de familia de los alumnos de segundo grado de CAPEP atendidos en el ciclo escolar 2016-2017, los cuales son el objeto de estudio de la presente investigación.

Los padres de familia son relativamente jóvenes con un rango promedio de 20 a 40 años de edad.

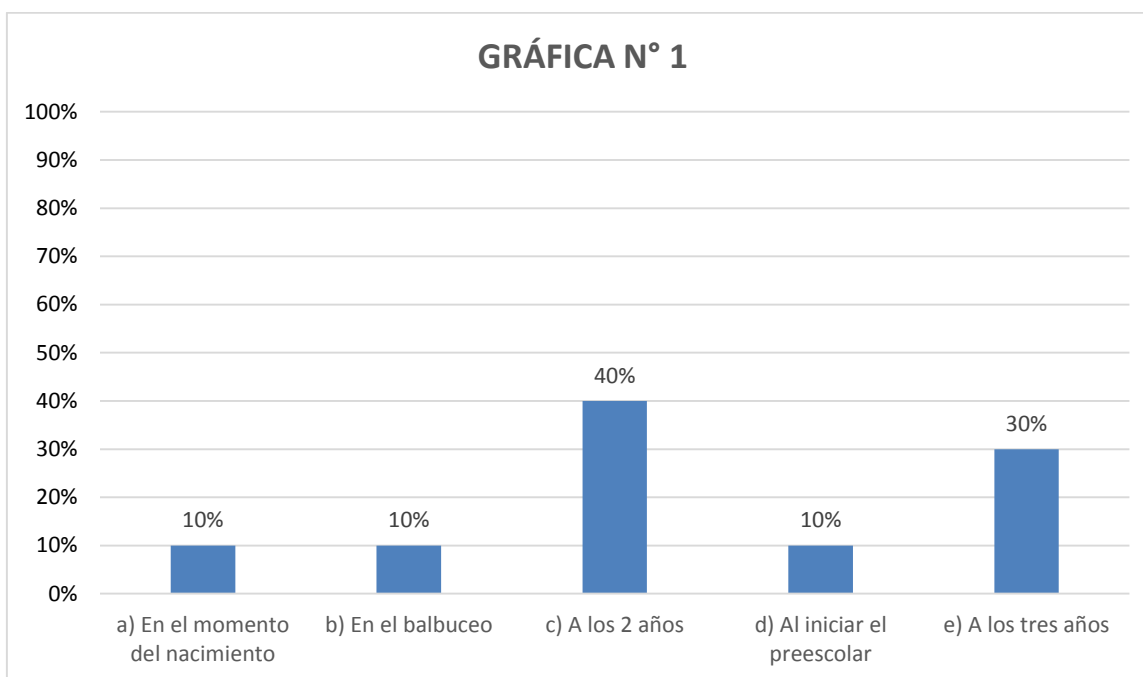
El estado civil es uno de los datos con mayor relevancia para conocer a la población, donde los padres de familia son en su mayoría casados y le prosigue la unión libre, donde principalmente la población objeto son familias nucleares.

El perfil de la población también lo determina el grado de estudio, para describir, en la mayoría de los padres de familia cuentan con una escolaridad media superior, es decir, tienen la preparatoria concluida.

La ocupación de los padres varía de acuerdo al ramo en el que se desempeñan, pero predominan los varones tienen una ocupación laboral de empleados, en el caso de las madres de familia algunas trabajan fuera del hogar, en su mayoría son empleadas, sin dejar de resaltar que también se dedican a cuidar de su hogar, la mayoría de las madres se dedican exclusivamente al hogar.

1. ¿En qué momento se enteró de la dificultad de lenguaje de su hijo?

| CONCEPTO | FRECUENCIA RELATIVA | FRECUENCIA ABSOLUTA |
|---------------------------------|---------------------|---------------------|
| a) En el momento del nacimiento | 1 | 10% |
| b) En el balbuceo | 1 | 10% |
| c) A los 2 años | 4 | 40% |
| d) Al iniciar el preescolar | 1 | 10% |
| e) A los tres años | 3 | 30% |
| TOTAL | 10 | 100% |



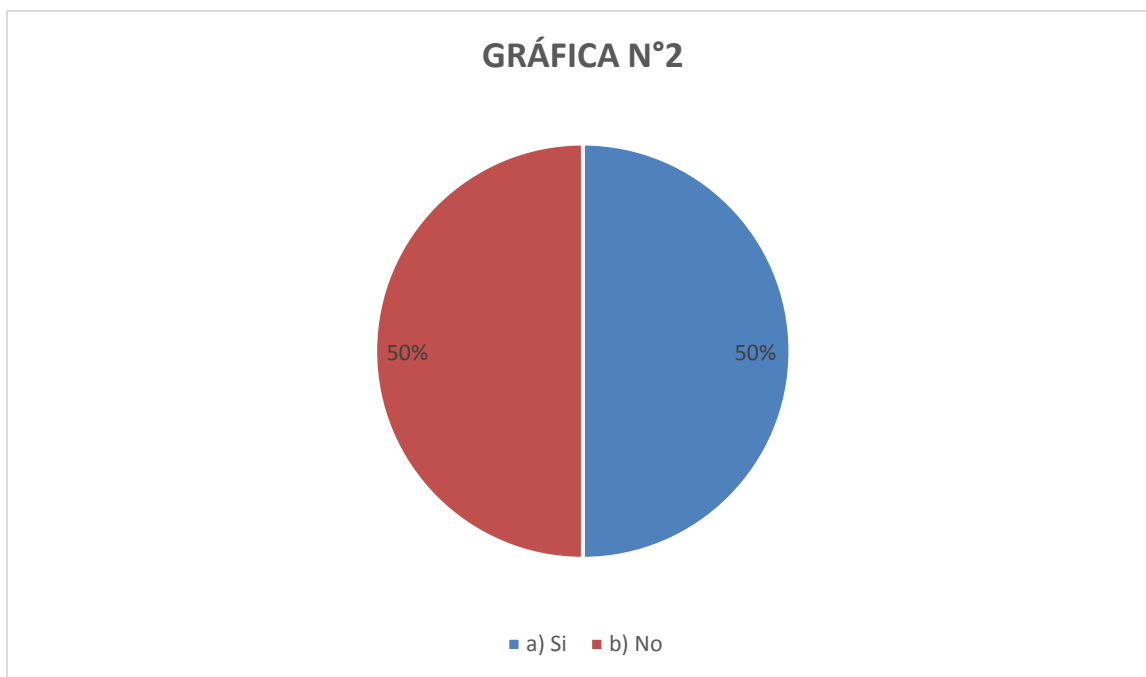
FUENTE: Encuesta directa 2017

INTERPRETACIÓN

El momento en que los padres se dieron cuenta de la dificultad del lenguaje de su hijo es de suma importancia, siendo esto antes de iniciar su vida escolar y a la vez se acerca el momento del inicio del preescolar, mostrando que los padres de familia se percatan de la situación de acuerdo a como se va presentado el desarrollo de su hijo.

2. ¿En su familia alguien llevo a notar la dificultad de leguaje de su hijo?

| CONCEPTO | FRECUENCIA RELATIVA | FRECUENCIA ABSOLUTA |
|--------------|---------------------|---------------------|
| a) Si | 5 | 50% |
| b) No | 5 | 50% |
| TOTAL | 10 | 100% |



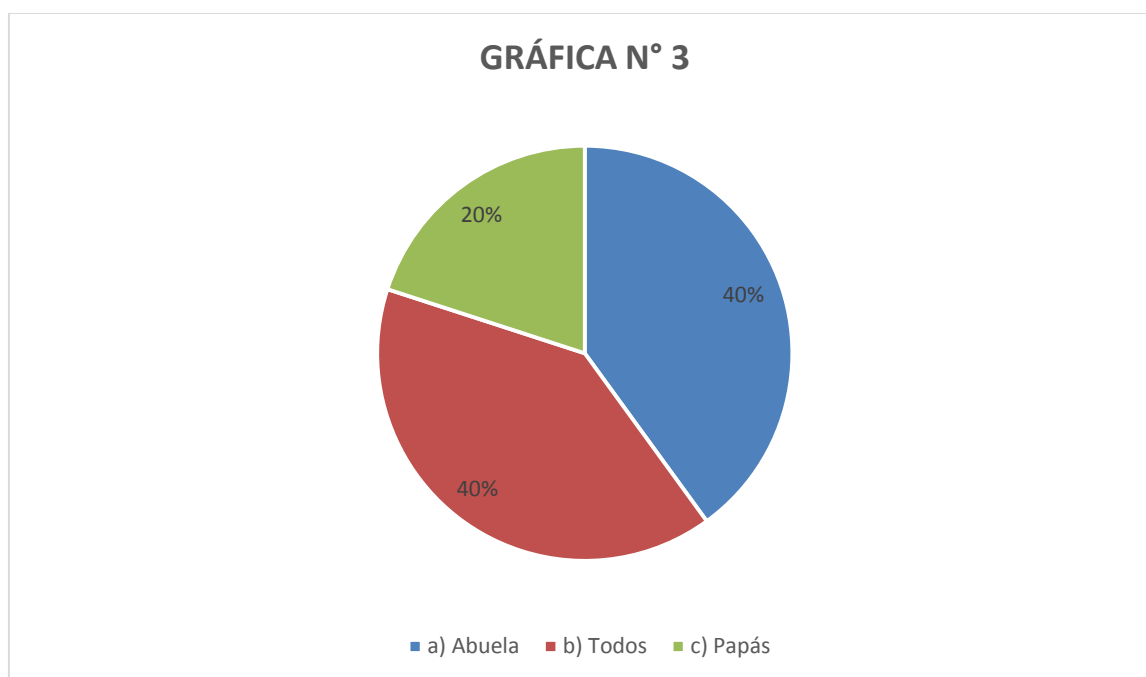
FUENTE: Encuesta directa 2017

INTERPRETACIÓN

La mitad de los padres de familia minimizaron la dificultad de su hijo, esto da paso a la primera etapa del proceso de duelo que es la negación, la otra parte se percataron de la situación debido a que alguien más noto la dificultad de lenguaje de su hijo donde la información de la siguiente gráfica da soporte a lo ya dicho.

2.1. ¿Quién?

| CONCEPTO | FRECUENCIA RELATIVA | FRECUENCIA ABSOLUTA |
|--------------|---------------------|---------------------|
| a) Abuela | 2 | 40% |
| b) Todos | 2 | 40% |
| c) Papás | 1 | 20% |
| TOTAL | 5 | 100% |



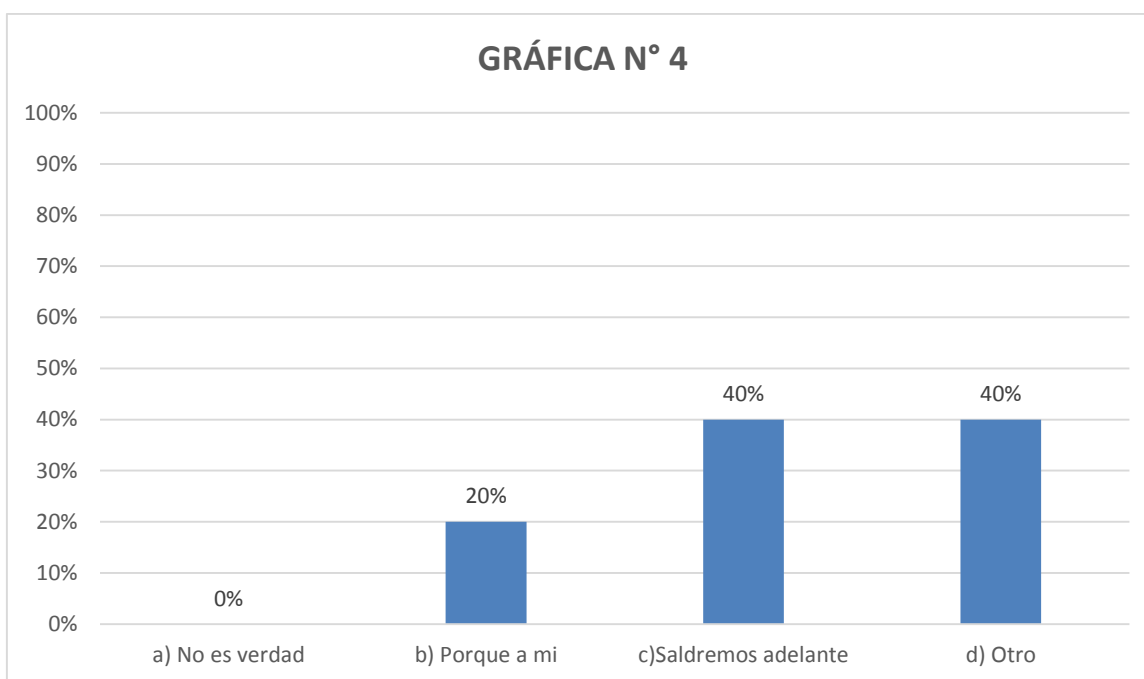
FUENTE: Encuesta directa 2017

INTERPRETACIÓN

Se puede ver que las personas que se dieron cuenta de la dificultad de lenguaje del niño(a) es la abuela quien juega un papel importante dentro de la familia, por otra parte también se percataron otros familiares cercanos al niño.

3. ¿Qué fue lo primero que pensó al saber el diagnóstico de lenguaje de su hijo?

| CONCEPTO | FRECUENCIA RELATIVA | FRECUENCIA ABSOLUTA |
|-----------------------|---------------------|---------------------|
| a) No es verdad | 0 | 0% |
| b) Porque a mi | 2 | 20% |
| c) Saldremos adelante | 4 | 40% |
| d) Otro | 4 | 40% |
| TOTAL | 10 | 100% |



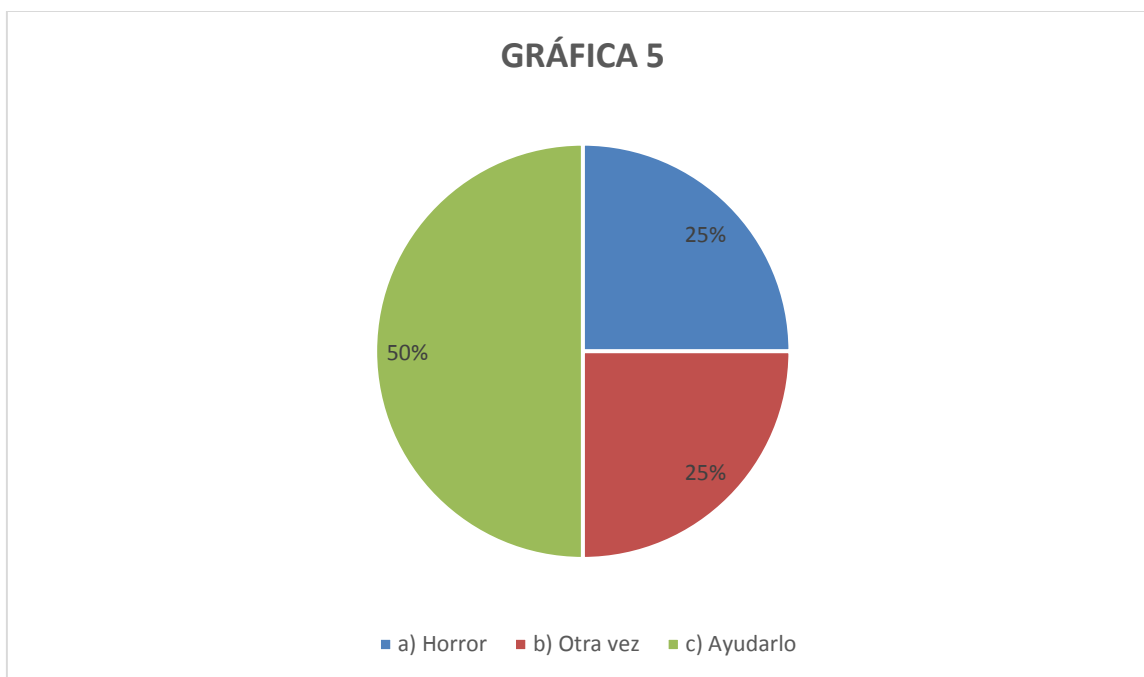
FUENTE: Encuesta directa 2017

INTERPRETACIÓN

Se muestra la primera reacción que tuvieron los padres a partir del diagnóstico de su hijo donde resaltan la parte de salir adelante con la situación presentada, en menos porcentaje encontramos un indicador característico de la primera etapa de duelo la negación donde hay reacciones como “porque a mí”.

3.1 d) Otro: ¿Cuál?

| CONCEPTO | FRECUENCIA RELATIVA | FRECUENCIA ABSOLUTA |
|--------------|---------------------|---------------------|
| a) Horror | 1 | 25% |
| b) Otra vez | 1 | 25% |
| c) Ayudarlo | 2 | 50% |
| TOTAL | 4 | 100% |



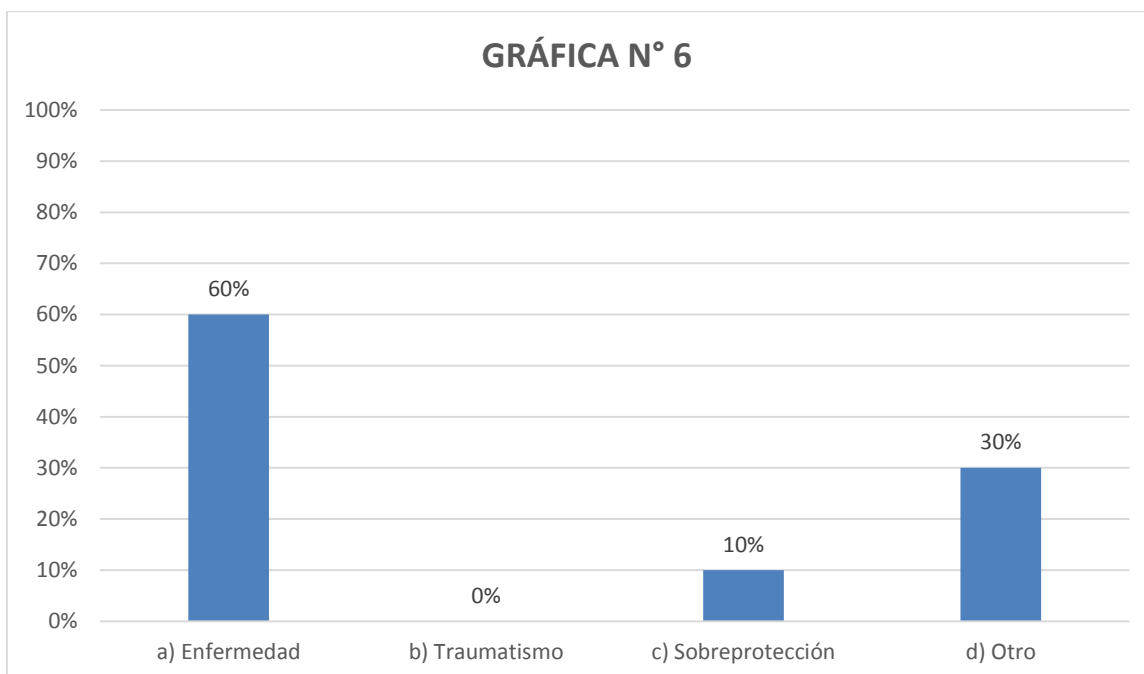
FUENTE: Encuesta directa 2017

INTERPRETACIÓN

Esta gráfica se desprende de la anterior ya que corresponde al inciso “d” de la pregunta, donde un porcentaje considerable mencionaron otro pensamiento en el momento del diagnóstico de su hijo, podemos ver y destacar que las respuestas son muy particulares ya que cada caso se presenta de manera muy específico, donde de acuerdo a la teoría del proceso de duelo se encuentran en la parte de la negación en ese momento de la situación, expresado como “otra vez”, “horror”.

4. ¿Qué fue lo que ocasiono la dificultad de lenguaje de su hijo?

| CONCEPTO | FRECUENCIA RELATIVA | FRECUENCIA ABSOLUTA |
|--------------------|---------------------|---------------------|
| a) Enfermedad | 6 | 60% |
| b) Traumatismo | 0 | 0% |
| c) Sobreprotección | 1 | 10% |
| d) Otro | 3 | 30% |
| TOTAL | 10 | 100% |



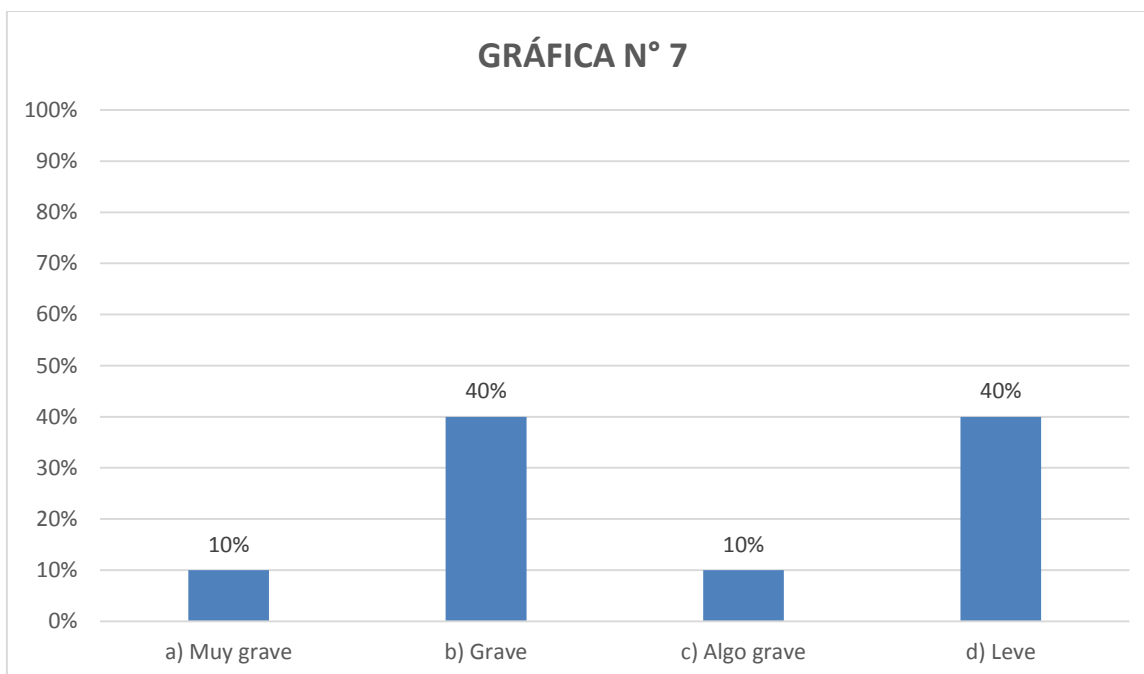
FUENTE: Encuesta directa 2017

INTERPRETACIÓN

Encontramos que en un porcentaje considerable la causa principal de esta dificultad de lenguaje que presentan en los niños es debido a enfermedades las cuales influyen o son el principal factor en el desarrollo del lenguaje de los niños, es decir que es la razón del retraso de lenguaje, sin dejar de mencionar que los padres que mostraron otra causa la cual es que tienen antecedentes de familiares que presentaron dificultades en el lenguaje.

5. ¿Usted cómo considera que es la dificultad de lenguaje que presenta su hijo?

| CONCEPTO | FRECUENCIA RELATIVA | FRECUENCIA ABSOLUTA |
|---------------|---------------------|---------------------|
| a) Muy grave | 1 | 10% |
| b) Grave | 4 | 40% |
| c) Algo grave | 1 | 10% |
| d) Leve | 4 | 40% |
| TOTAL | 10 | 100% |



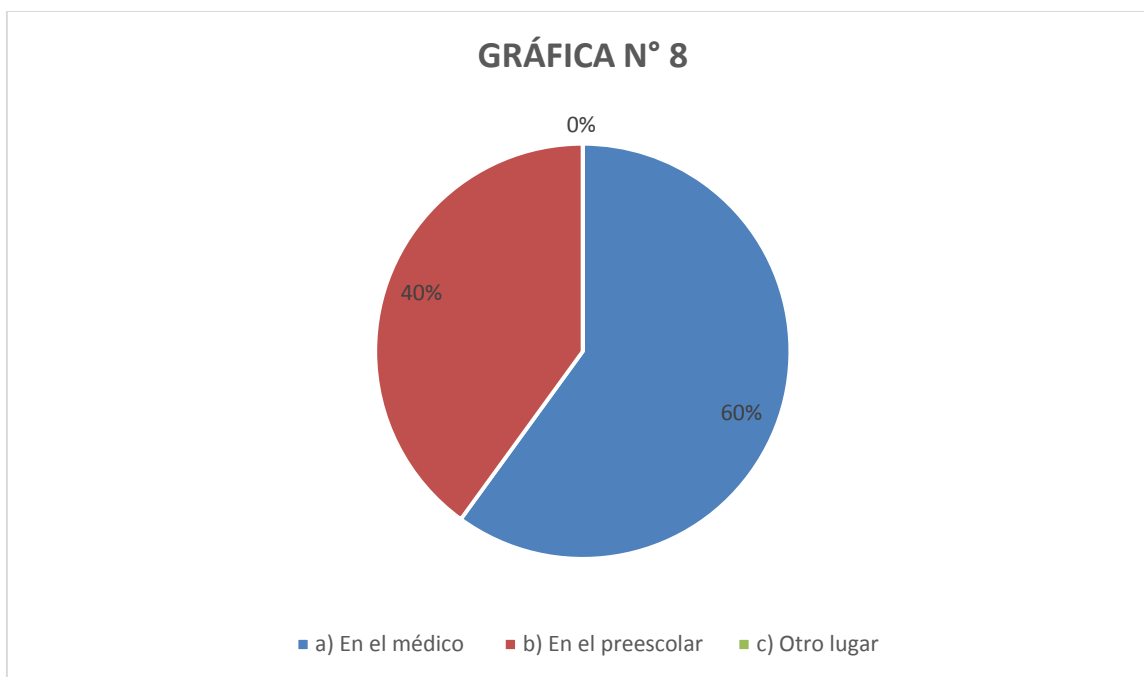
FUENTE: Encuesta directa 2017

INTERPRETACIÓN

Los padres de familia consideran que la situación de su hijo es grave en un porcentaje considerable, son niños cuya enfermedad tiene afectaciones más severas y que abarca otros aspectos de su vida no solo en el lenguaje, afectaciones tales como psicomotrices e intelectuales. Sin dejar que en porcentaje igual los padres perciben de manera leve la dificultad de su hijo.

6. ¿En dónde le dieron el diagnóstico su hijo?

| CONCEPTO | FRECUENCIA RELATIVA | FRECUENCIA ABSOLUTO |
|---------------------|---------------------|---------------------|
| a) En el médico | 6 | 60% |
| b) En el preescolar | 4 | 40% |
| c) Otro lugar | 0 | 0% |
| TOTAL | 10 | 100% |



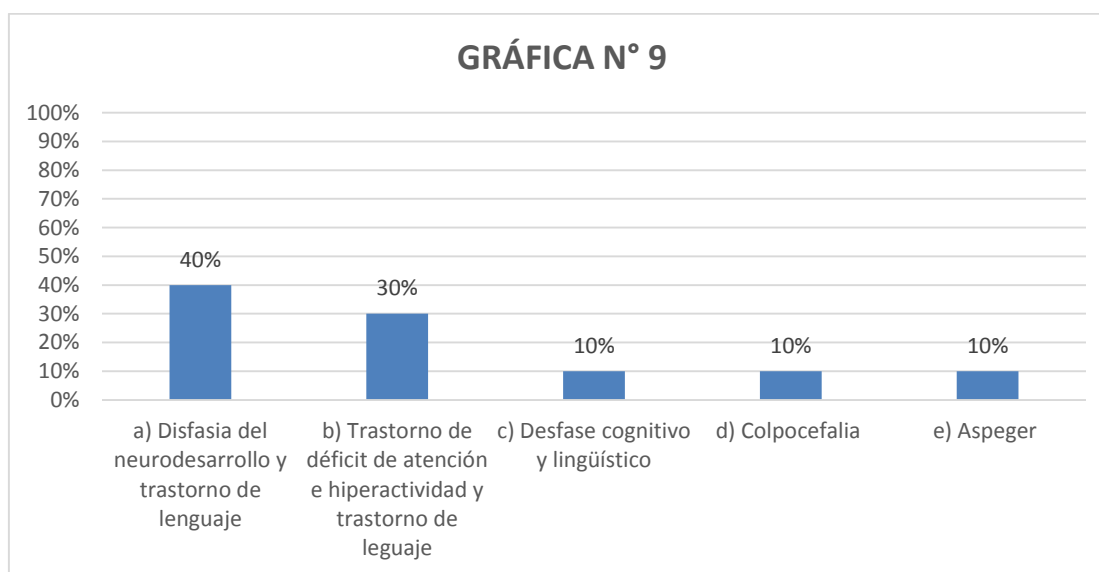
FUENTE: Encuesta directa 2017

INTERPRETACIÓN

Los padres en su mayoría rescatan que el diagnóstico lo recibieron principalmente en el médico, esto rescatando que la situación de estos niños es debido a que su situación está relacionada con una disfasia en el neurodesarrollo del niño. Y con un porcentaje menor se dio a conocer en el preescolar respectivo de cada niño con un trastorno del lenguaje y déficit de hiperactividad.

7. ¿Qué diagnóstico le dieron?

| CONCEPTO | FRECUENCIA RELATIVA | FRECUENCIA ABSOLUTA |
|--|---------------------|---------------------|
| a) Disfasia del neurodesarrollo y trastorno de lenguaje | 4 | 40% |
| b) Trastorno de déficit de atención e hiperactividad y trastorno de lenguaje | 3 | 30% |
| c) Desfase cognitivo y lingüístico | 1 | 10% |
| d) Colpocefalia | 1 | 10% |
| e) Aspeger | 1 | 10% |
| TOTAL | 10 | 100% |



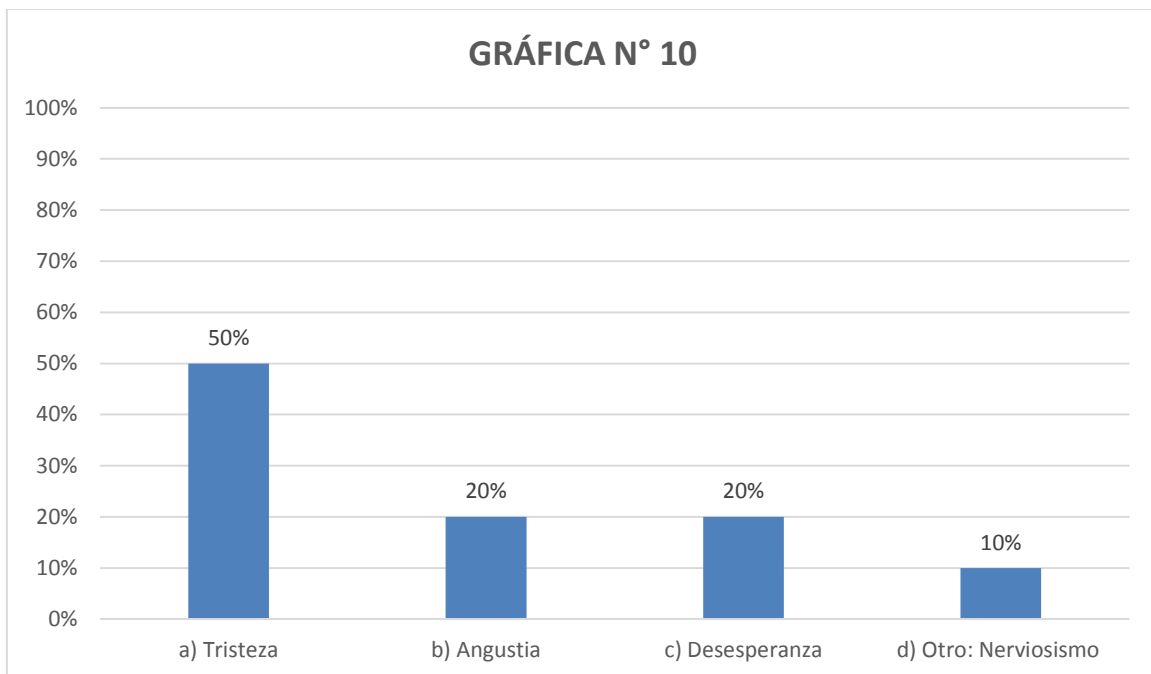
FUENTE: Encuesta directa 2017

INTERPRETACIÓN

Del diagnóstico del niño, es de donde parte el duelo de los padres de familia, mencionando que con un mayor porcentaje de los casos de los niños presentan una disfasia la cual afecta al desarrollo del habla teniendo un retraso neurológico, es decir, que son casos que ocupan de atención médica, así como terapias de lenguaje y aprendizaje. Prosiguiendo el diagnóstico del Trastorno de déficit de atención e hiperactividad y de lenguaje. Sin dejar de lado los otros diagnósticos que son de índole neurológico más directamente con la parte del cerebro del niño.

8. ¿Cómo fue que recibió usted el diagnóstico de su hijo?

| CONCEPTO | FRECUENCIA RELATIVA | FRECUENCIA ABSOLUTA |
|-------------------------|---------------------|---------------------|
| a) Tristeza | 5 | 50% |
| b) Angustia | 2 | 20% |
| c) Desesperanza | 2 | 20% |
| d) Otro: Nerviosismo | 1 | 10% |
| TOTAL | 10 | 100% |



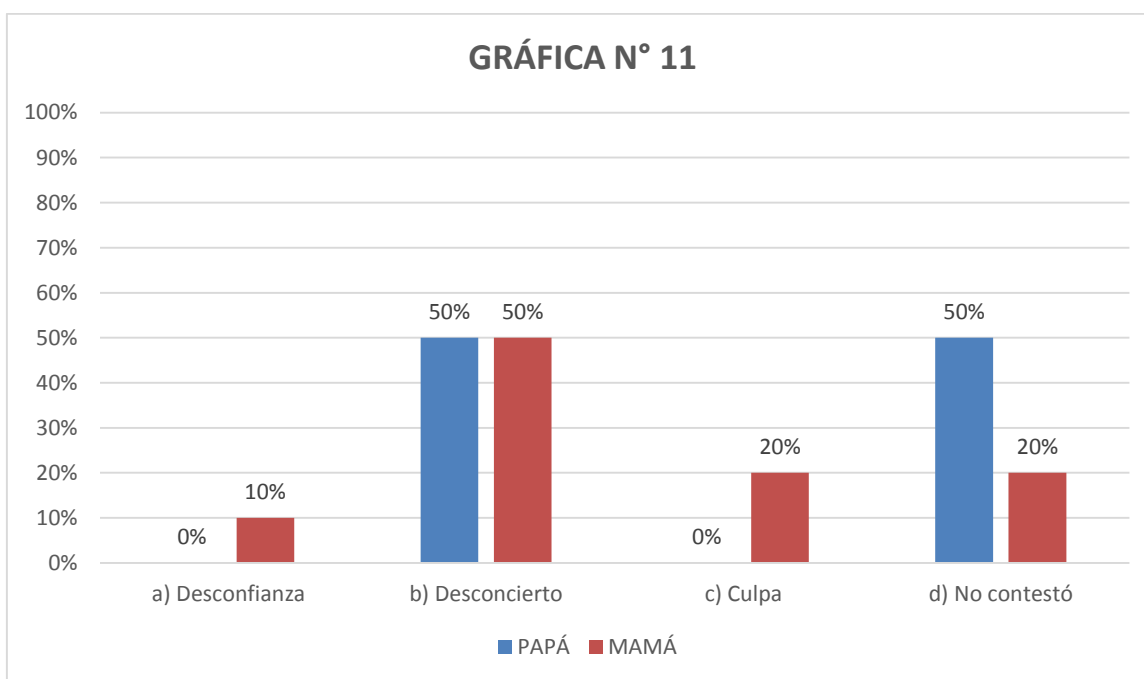
FUENTE: Encuesta directa 2017

INTERPRETACIÓN

Los padres de familia experimentan diferentes sentimientos a partir del diagnóstico recibido, con un porcentaje considerable se presentó a manera de tristeza que teóricamente con las etapas de duelo que se atraviesan como parte del proceso, confirma que este es uno de los sentimientos de la primera etapa “la negación”, sin dejar a de lado que la angustia y la desesperanza también se hacen presentes en la población objeto.

9. Frente a la dificultad que presenta su hijo ¿Cuál fue su primera reacción a partir del diagnóstico?

| REACCIÓN | | | | | |
|-----------------|-----------|-------------|-----------------|-----------|-------------|
| PADRE | | | MADRE | | |
| CONCEPTO | FR | FA | CONCEPTO | FR | FA |
| a) Desconfianza | 0 | 0% | a) Desconfianza | 1 | 10% |
| b) Desconcierto | 5 | 50% | b) Desconcierto | 5 | 50% |
| c) Culpa | 0 | 0% | c) Culpa | 2 | 20% |
| d) No contestó | 5 | 50% | d) No contestó | 2 | 20% |
| TOTAL | 10 | 100% | TOTAL | 10 | 100% |



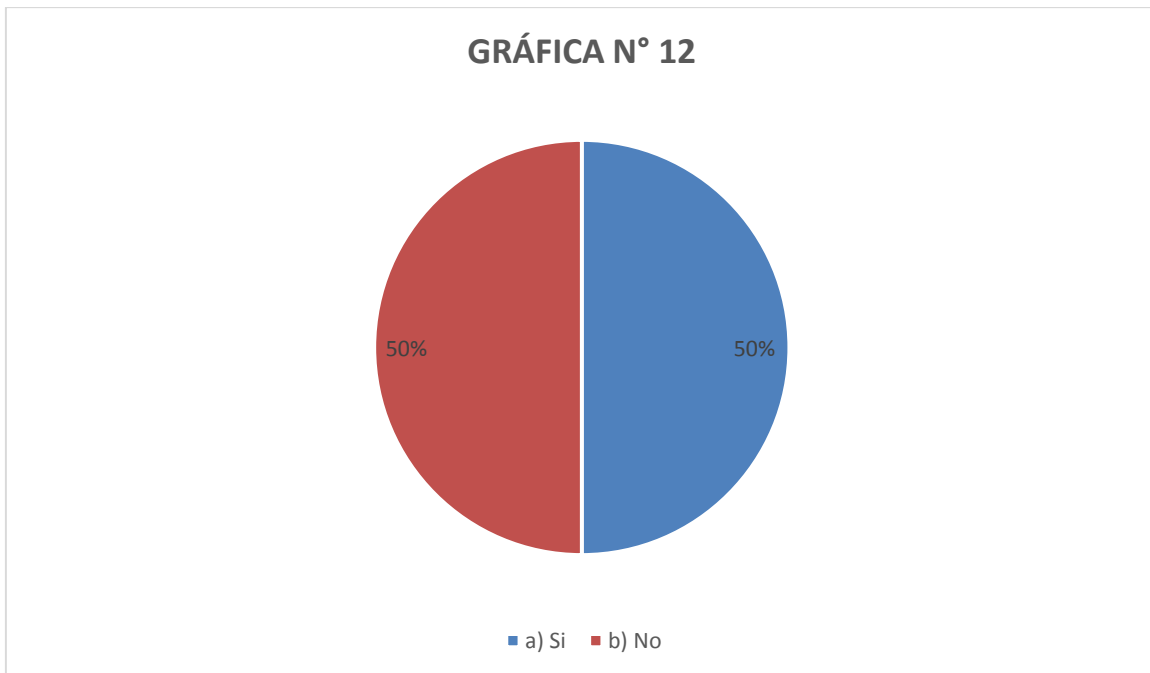
FUENTE: Encuesta directa 2017

INTERPRETACIÓN

Como primera reacción rescatable frente al diagnóstico es el desconcierto lo cual da paso a un mecanismo de defensa frente al shock de la noticia lo cual caracteriza la etapa de la negación.

10.- ¿Después de obtener el primer diagnóstico de su hijo buscaron una segunda opinión?

| CONCEPTO | FRECUENCIA RELATIVA | FRECUENCIA ABSOLUTA |
|--------------|---------------------|---------------------|
| a) Si | 5 | 50% |
| b) No | 5 | 50% |
| TOTAL | 10 | 100% |



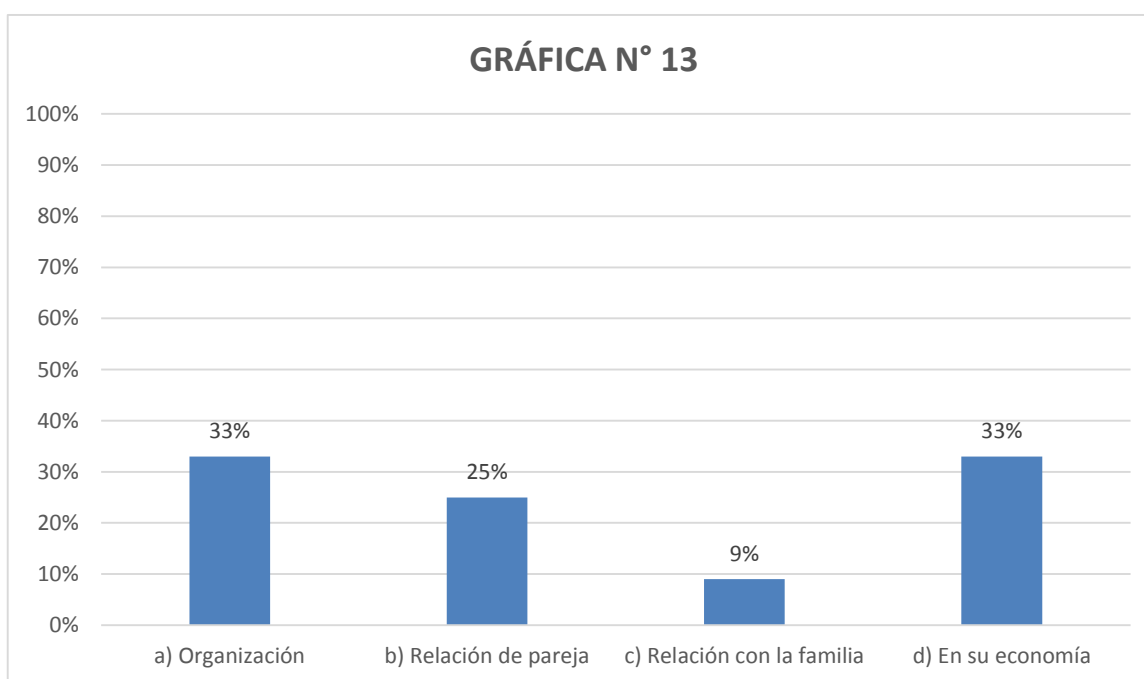
FUENTE: Encuesta directa 2017

INTERPRETACIÓN

Los padres de familia después de recibir el diagnóstico de lenguaje de su hijo la mitad de ellos obtuvieron una segunda opinión a lo que se puede deducir que tenían la esperanza de que fuera erróneo.

11.- ¿Una vez confirmado el diagnóstico cuales fueron los cambios que se presentaron en su familia?

| CONCEPTO | FRECUENCIA RELATIVA | FRECUENCIA ABSOLUTA |
|----------------------------|---------------------|---------------------|
| a) Organización | 4 | 33% |
| b) Relación de pareja | 3 | 25% |
| c) Relación con la familia | 1 | 9% |
| d) En su economía | 4 | 33% |
| TOTAL | 12 | 100% |



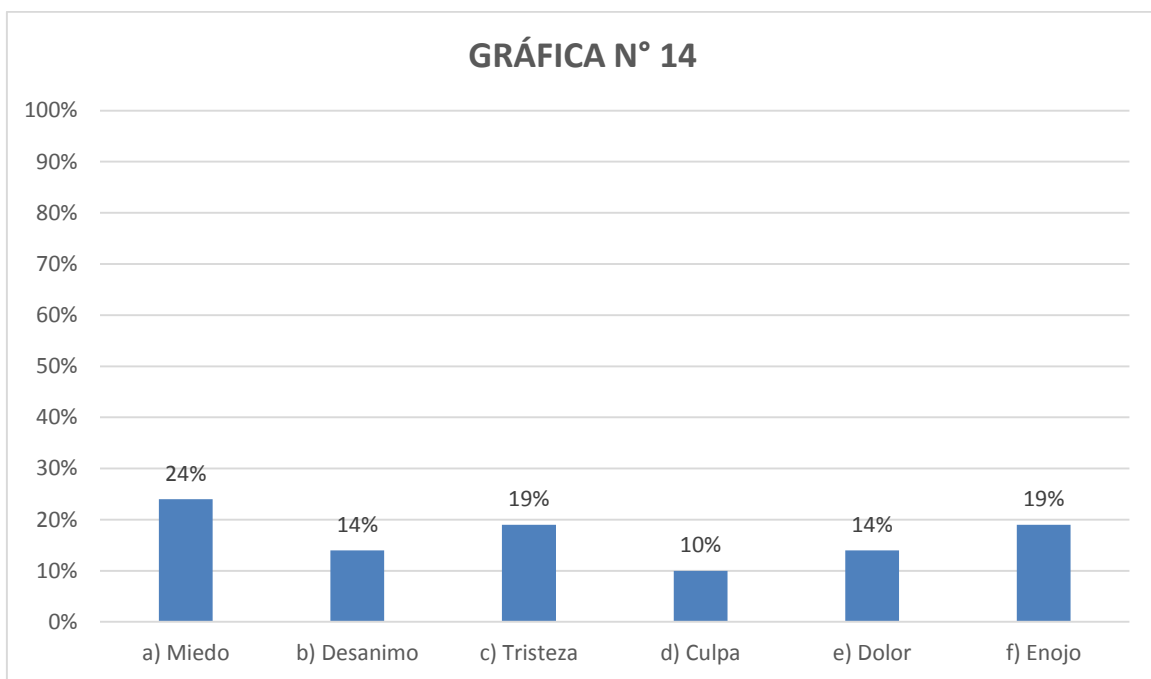
FUENTE: Encuesta directa 2017

INTERPRETACIÓN

Los cambios son inevitables una vez confirmado el diagnóstico de sus hijos, los padres resaltan que principalmente su vida familiar cambio en su organización y sobre todo en su economía, sin dejar de lado que considerablemente se vio afectada en la relación de pareja, desatando más cambios dentro de la familia.

12. ¿ Señale los sentimientos y emociones que usted ha experimentado a partir de la dificultad de lenguaje de su hijo?

| CONCEPTO | FRECUENCIA RELATIVA | FRECUENCIA ABSOLUTA |
|--------------|---------------------|---------------------|
| a) Miedo | 5 | 24% |
| b) Desanimio | 3 | 14% |
| c) Tristeza | 4 | 19% |
| d) Culpa | 2 | 10% |
| e) Dolor | 3 | 14% |
| f) Enojo | 4 | 19% |
| TOTAL | 21 | 100% |



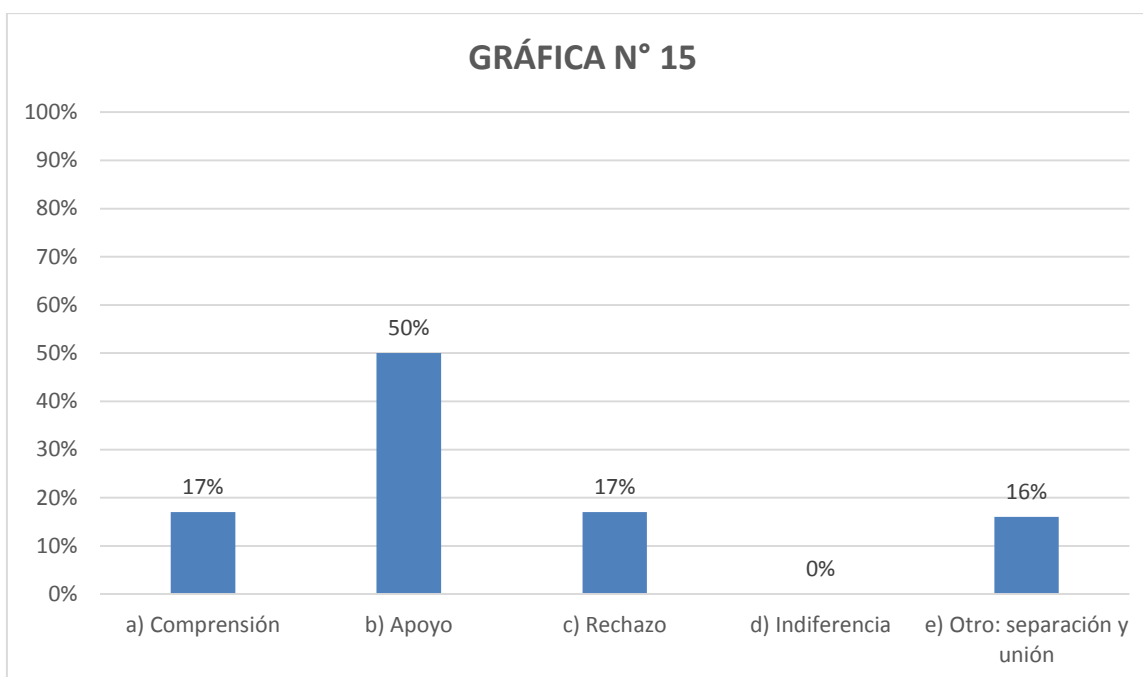
FUENTE: Encuesta directa 2017

INTERPRETACIÓN

Respecto a los sentimientos que los padres han experimentado a partir del diagnóstico de su hijo, mencionan que el miedo se hace presente, así como también la tristeza sumado con el desánimo que representa una característica de la cuarta etapa del proceso de duelo “la depresión”, mientras que se muestra que en misma medida el enojo se ha sentido donde este sentimiento se presenta en la segunda etapa del duelo “la ira”.

13. ¿Cómo ha sido su relación de pareja a partir del diagnóstico de su hijo?

| CONCEPTO | FRECUENCIA RELATIVA | FRECUENCIA ABSOLUTA |
|-----------------|---------------------|---------------------|
| a) Comprensión | 2 | 17% |
| b) Apoyo | 6 | 50% |
| c) Rechazo | 2 | 17% |
| d) Indiferencia | 0 | 0% |
| e) Otro | 2 | 16% |
| TOTAL | 12 | 100% |



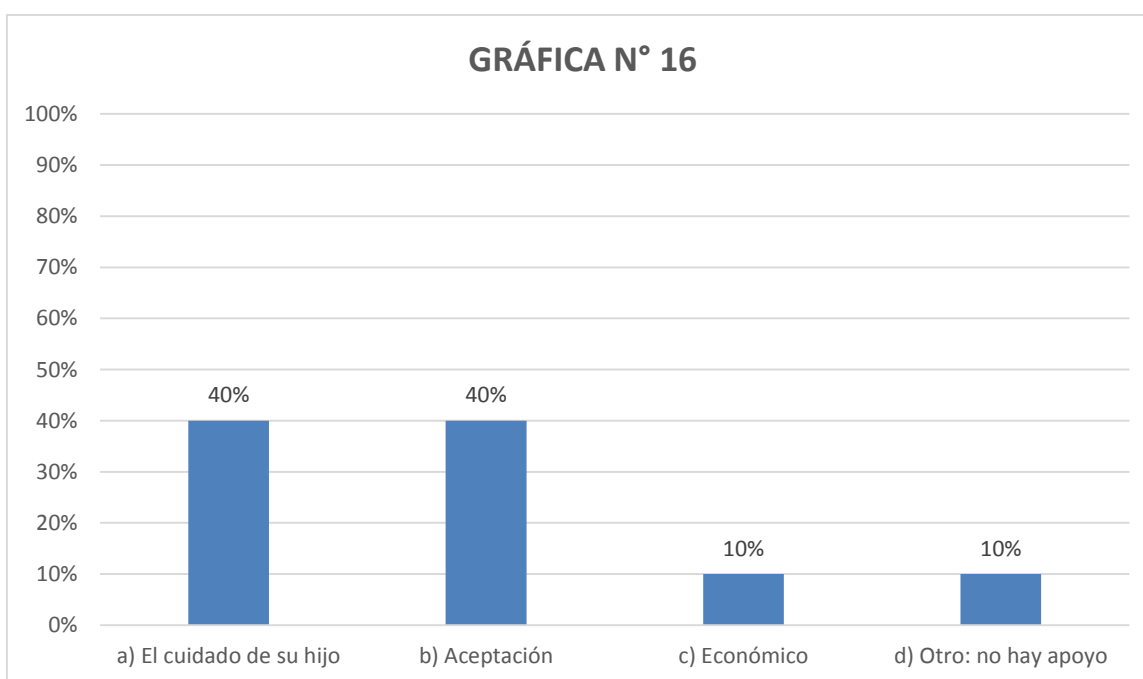
FUENTE: Encuesta directa 2017

INTERPRETACIÓN

A partir del diagnóstico de su hijo los padres se enfrentaron a diversos cambios incluyendo la parte de la relación de pareja, donde comentan que ambos padres se han apoyado ante la situación, algunos casos señalan que con comprensión, de manera positiva, sin dejar de lado que en ciertos casos si se presentó el rechazo.

14. ¿A partir del diagnóstico de su hijo que tipo de apoyo a recibido su niño por parte de su familia?

| CONCEPTO | FRECUENCIA RELATIVA | FRECUENCIA ABSOLUTA |
|--------------------------|---------------------|---------------------|
| a) El cuidado de su hijo | 4 | 40% |
| b) Aceptación | 4 | 40% |
| c) Económico | 1 | 10% |
| d) Otro: no hay apoyo | 1 | 10% |
| TOTAL | 10 | 100% |



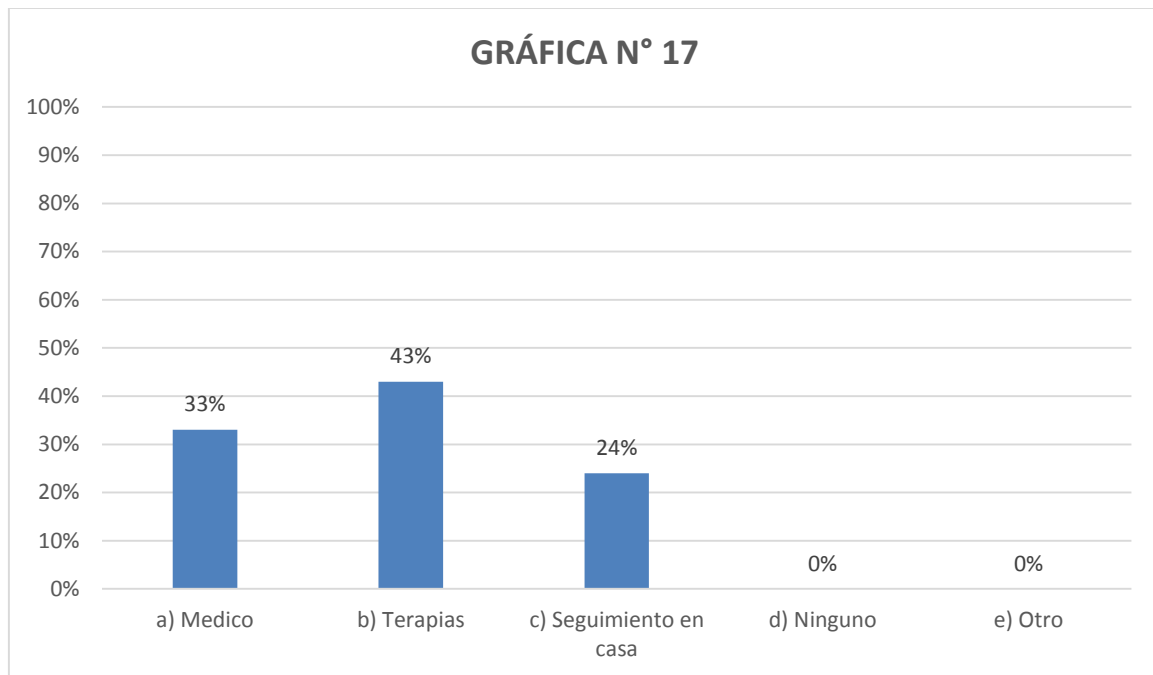
FUENTE: Encuesta directa 2017

INTERPRETACIÓN

La familia juega un papel importante, los padres de familia comentan que su hijo ha recibido aceptación y cuidados por parte de la familia. Esto es fundamental para que los padres enfrenten la situación de duelo.

15. ¿Qué atenciones le han brindado a su hijo a partir del diagnóstico de lenguaje?

| CONCEPTO | FRECUENCIA RELATIVA | FRECUENCIA ABSOLUTA |
|------------------------|---------------------|---------------------|
| a) Medico | 7 | 33% |
| b) Terapias | 9 | 43% |
| c) Seguimiento en casa | 5 | 24% |
| d) Ninguno | 0 | 0% |
| e) Otro | 0 | 0% |
| TOTAL | 21 | 100% |



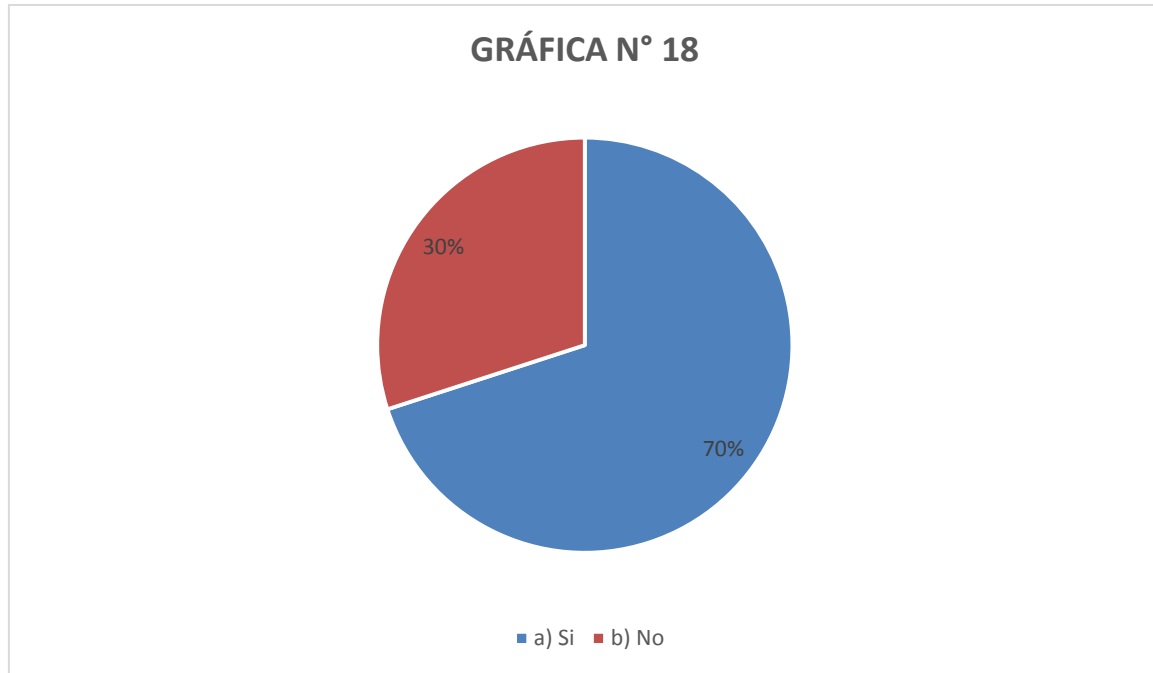
FUENTE: Encuesta directa 2017

INTERPRETACIÓN

La atención que los padres señalan les brindan a sus hijos mayormente hacen referencia a las terapias de lenguaje, que comúnmente son las que reciben dentro de CAPEP, y otros casos señalan que si se necesita los atienden medicamente.

16. ¿Su hijo ha estado bajo tratamiento médico?

| CONCEPTO | FRECUENCIA RELATIVA | FRECUENCIA ABSOLUTA |
|--------------|---------------------|---------------------|
| a) Si | 7 | 70% |
| b) No | 3 | 30% |
| TOTAL | 10 | 100% |



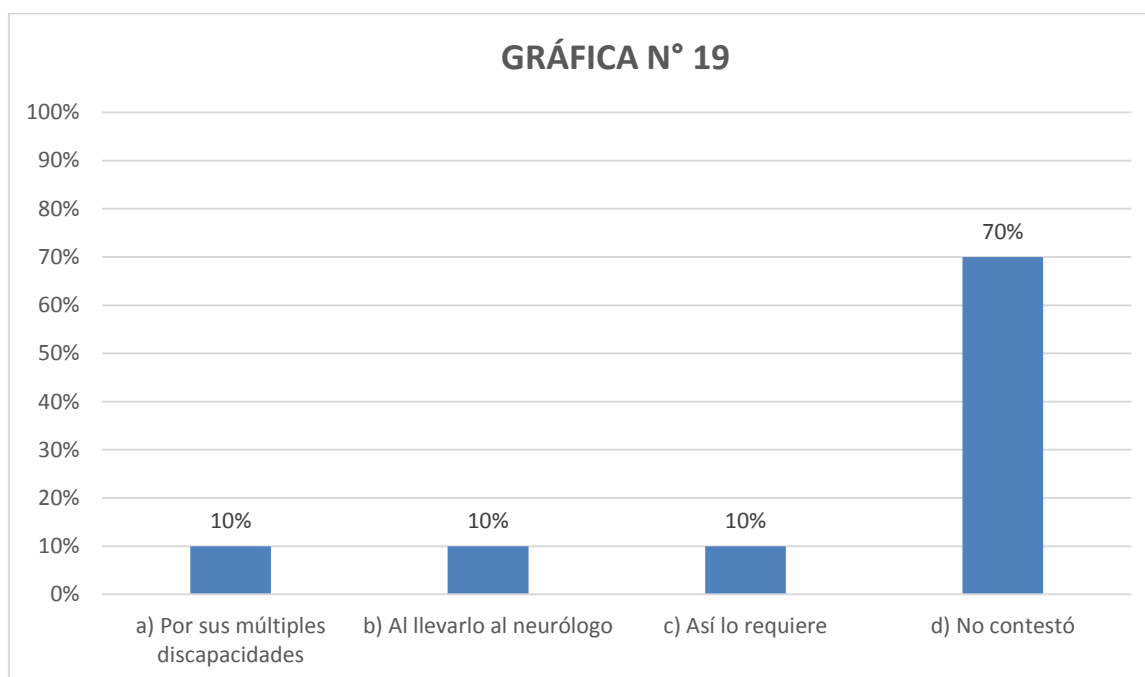
FUENTE: Encuesta directa 2017

INTERPRETACIÓN

Esta gráfica se complementa con la anterior donde se reafirma que en la mayoría los niños si han estado en tratamiento médico cuando lo han requerido, ya que presentan una disfasia en el neurodesarrollo.

16.1 ¿Por qué?

| CONCEPTO | FRECUENCIA RELATIVA | FRECUENCIA ABSOLUTO |
|-------------------------------------|---------------------|---------------------|
| a) Por sus múltiples discapacidades | 1 | 10% |
| b) Al llevarlo al neurólogo | 1 | 10% |
| c) Así lo requiere | 1 | 10% |
| d) No contestó | 7 | 70% |
| TOTAL | 10 | 100% |



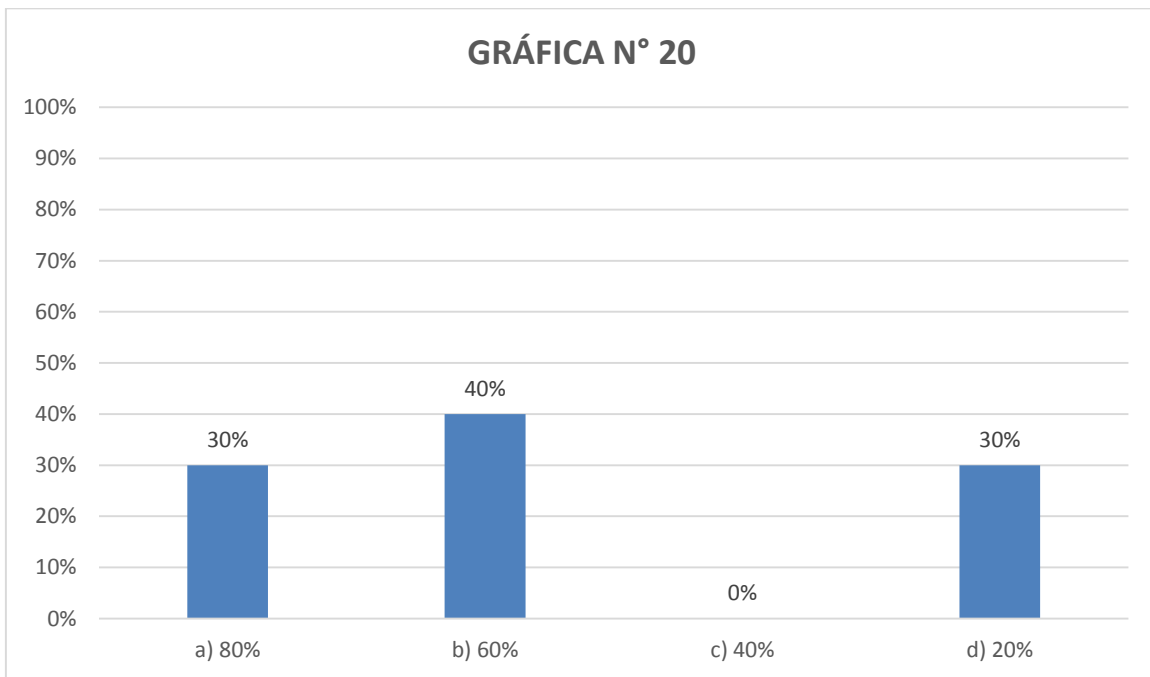
FUENTE: Encuesta directa 2017

INTERPRETACIÓN

Los padres de familia en su gran mayoría no contestaron esta parte del porque sus hijos estuvieron en tratamiento médico. Los pocos que objetaron un porque comentaron que la principal razón es que así lo requería en ese momento.

17. ¿En qué porcentaje usted considera que su hijo estando en CAPEP pueda corregir su lenguaje?

| CONCEPTO | FRECUENCIA RELATIVA | FRECUENCIA ABSOLUTA |
|--------------|---------------------|---------------------|
| a) 80% | 3 | 30% |
| b) 60% | 4 | 40% |
| c) 40% | 0 | 0% |
| d) 20% | 3 | 30% |
| TOTAL | 10 | 100% |



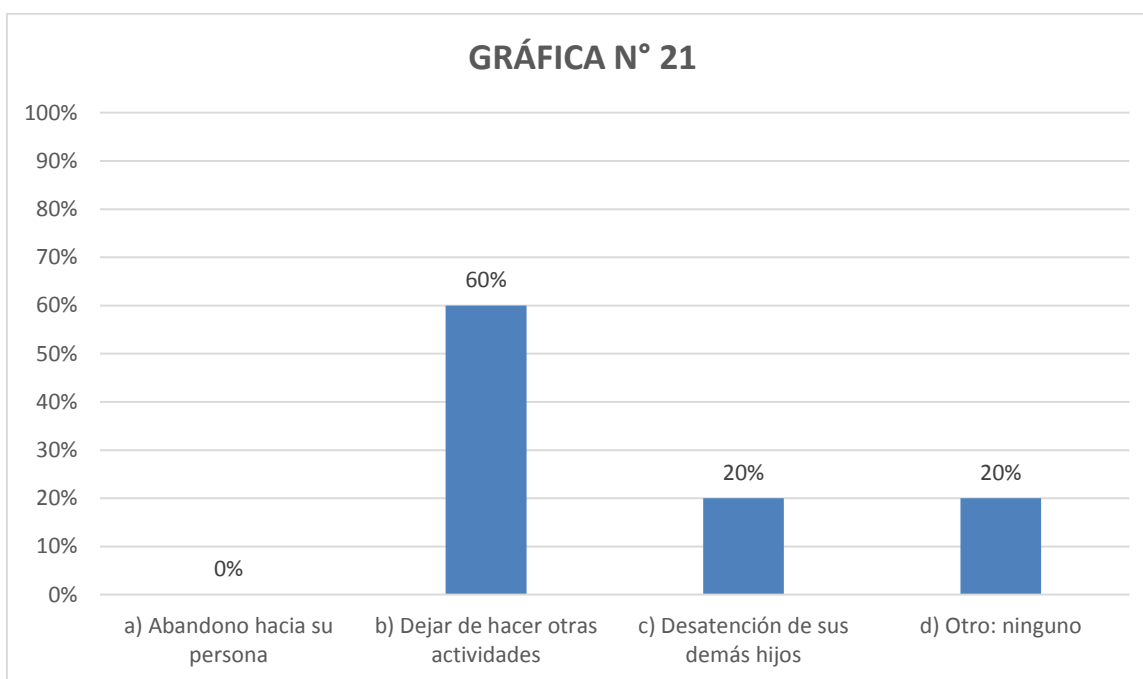
FUENTE: Encuesta directa 2017

INTERPRETACIÓN

Los padres de familia creen que sus hijos pueden mejorar su lenguaje en un 60% recibiendo atención dentro de CAPEP, ya que han visto una gran mejora en ellos a partir de su atención en la institución. Lo cual significa que consideran que la atención les está ayudando a mejorar notablemente el lenguaje de su hijo.

18. ¿Qué ha implicado para usted como persona el tiempo que dedica para la atención de su hijo?

| CONCEPTO | FRECUENCIA RELATIVA | FRECUENCIA ABSOLUTA |
|-------------------------------------|---------------------|---------------------|
| a) Abandono hacia su persona | 0 | 0% |
| b) Dejar de hacer otras actividades | 6 | 60% |
| c) Desatención de sus demás hijos | 2 | 20% |
| d) Otro: ninguno | 2 | 20% |
| TOTAL | 10 | 100% |



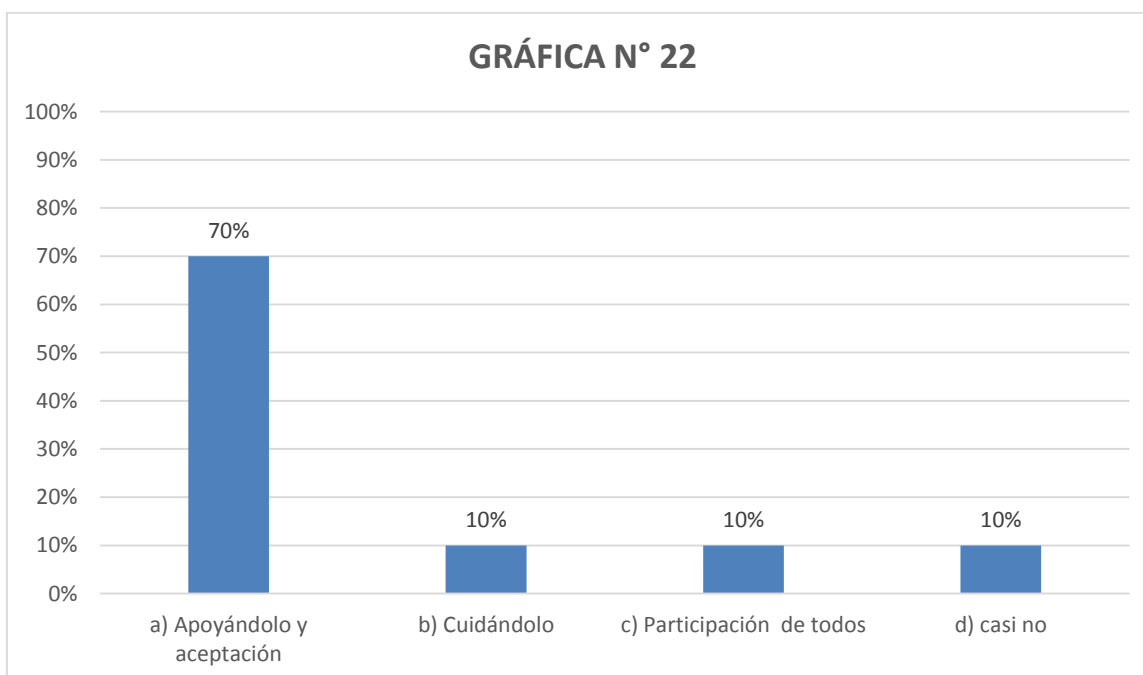
FUENTE: Encuesta directa 2017

INTERPRETACIÓN

Los padres de familia resaltan que los cambios que se les presentaron a partir del diagnóstico de su hijo de manera personal es el tener que dejar de hacer otras actividades para dedicarle más tiempo a la atención de su hijo.

19. ¿En su familia como han apoyado a su hijo a partir del diagnóstico?

| CONCEPTO | FRECUENCIA RELATIVA | FRECUENCIA ABSOLUTA |
|----------------------------|---------------------|---------------------|
| a) Apoyándolo y aceptación | 7 | 70% |
| b) Cuidándolo | 1 | 10% |
| c) Participación de todos | 1 | 10% |
| d) casi no | 1 | 10% |
| TOTAL | 10 | 100% |



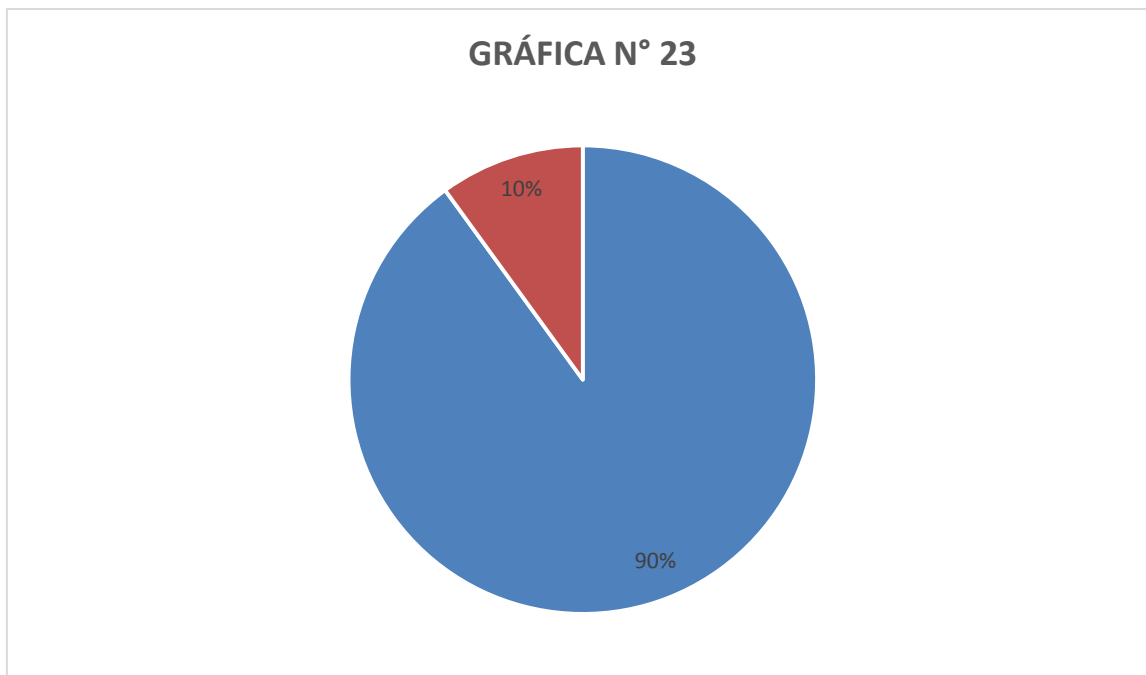
FUENTE: Encuesta directa 2017

INTERPRETACIÓN

El apoyo de la demás familia es importante, la mayoría de los padres comparten que algunos de sus familiares los apoyan aceptando la dificultad de lenguaje de su hijo, y de manera más particular el resto de los padres respondieron que los apoyan en el cuidando del niño y sin dejar de lado muy pocos dijeron que es mínimo el apoyo que llegan a recibir.

20.- ¿Considera usted que ha cambiado su estilo de vida a partir del diagnóstico?

| CONCEPTO | FRECUENCIA RELATIVA | FRECUENCIA ABSOLUTA |
|--------------|---------------------|---------------------|
| a) Si | 9 | 90% |
| b) No | 1 | 10% |
| TOTAL | 10 | 100% |



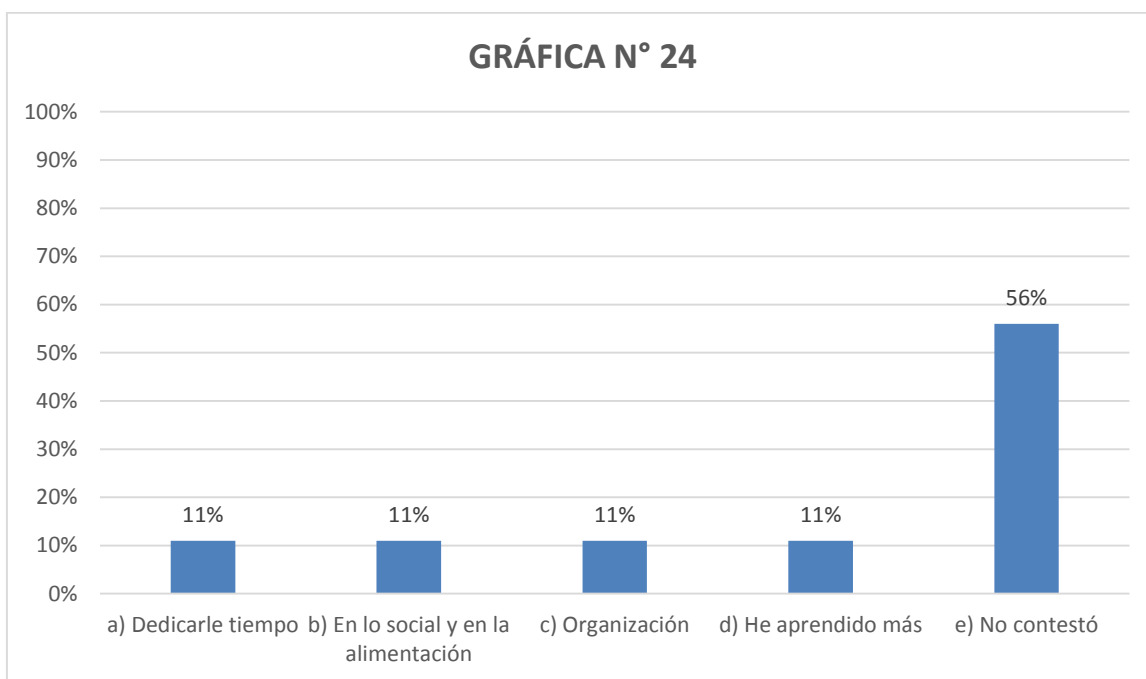
FUENTE: Encuesta directa 2017

INTERPRETACIÓN

En su gran mayoría los padres consideran que de alguna manera cambio el estilo de vida que tenían, esto a partir del diagnóstico recibido de su hijo.

20.1 ¿De qué manera?

| CONCEPTO | FRECUENCIA RELATIVA | FRECUENCIA ABSOLUTA |
|--------------------------------------|---------------------|---------------------|
| a) Dedicarle tiempo | 1 | 11% |
| b) En lo social y en la alimentación | 1 | 11% |
| c) Organización | 1 | 11% |
| d) He aprendido más | 1 | 11% |
| e) No contestó | 5 | 56% |
| TOTAL | 9 | 100% |



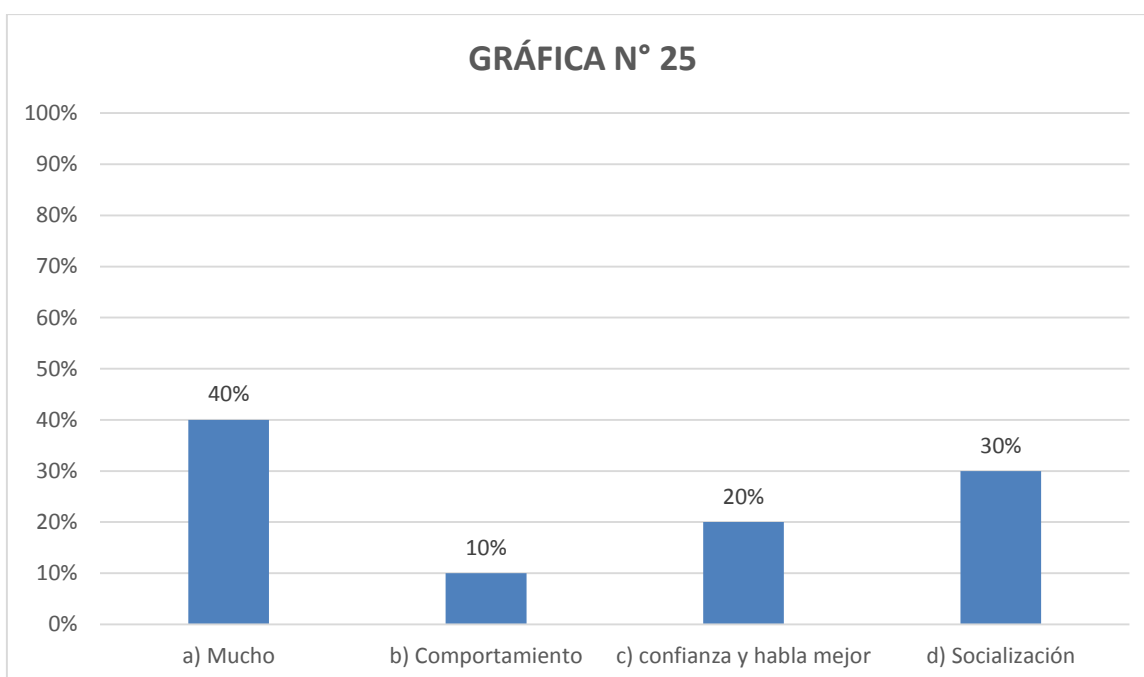
FUENTE: Encuesta directa 2017

INTERPRETACIÓN

De los padres de familia que contestaron que si hubo cambios en su estilo de vida no señalan en que aspectos se dieron estos cambios. La otra parte dijeron que los cambios fueron en el tiempo que dedican a su hijo, también en su relación con la sociedad y en la organización de su hogar.

21. A partir de la atención de su hijo en CAPEP ¿Cuál ha sido el avance que ha notado en su hijo?

| CONCEPTO | FRECUENCIA RELATIVA | FRECUENCIA ABSOLUTA |
|----------------------------|---------------------|---------------------|
| a) Mucho | 4 | 40% |
| b) Comportamiento | 1 | 10% |
| c) confianza y habla mejor | 2 | 20% |
| d) Socialización | 3 | 30% |
| TOTAL | 10 | 100% |



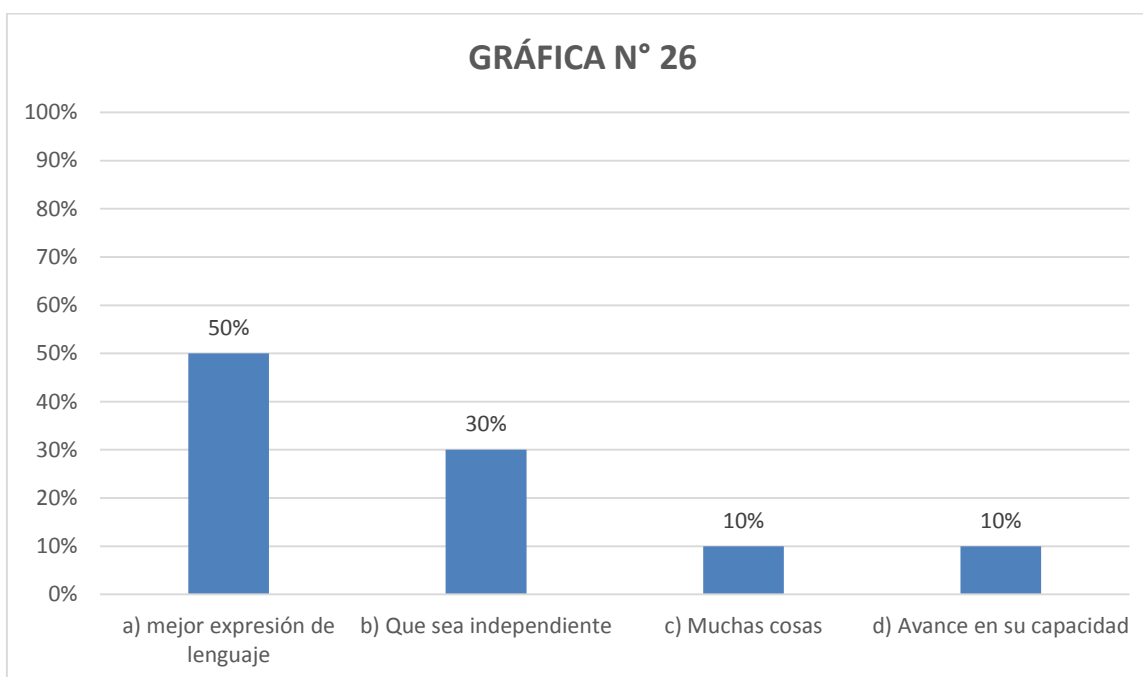
FUENTE: Encuesta directa 2017

INTERPRETACIÓN

Los padres de familia han notado un avance en sus hijos a partir de que comenzaron a recibir atención en CAPEP, principalmente comentan que este avance ha sido mucho, es decir muy notable, sin dejar de lado que esta mejoría se ha visto en la socialización de niño.

22.- ¿Qué le gustaría que lograra su hijo a partir de la atención recibida?

| CONCEPTO | FRECUENCIA RELATIVA | FRECUENCIA ABSOLUTA |
|--------------------------------|---------------------|---------------------|
| a) mejor expresión de lenguaje | 5 | 50% |
| b) Que sea independiente | 3 | 30% |
| c) Muchas cosas | 1 | 10% |
| d) Avance en su capacidad | 1 | 10% |
| TOTAL | 10 | 100% |



FUENTE: Encuesta directa 2017

INTERPRETACIÓN

Las expectativas que los padres de familia para con sus hijos en su mayoría es que logren tener una mejor expresión del lenguaje para así alcanzar un mejor estilo de vida en su futuro, así como que lleguen a ser independientes.

6.5 ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Se desarrollará un análisis de los resultados obtenidos en esta investigación donde primeramente se rescatarán las características de la población objeto dando un perfil de los padres, madres e hijos, para posteriormente desglosar en cada una de las etapas de duelo el proceso que están viviendo los padres de los alumnos atendidos en CAPEP.

CARACTERÍSTICAS DE LAS FAMILIAS ENTREVISTADAS

Las familias en su mayoría son nucleares ya que están formadas por padre, madre e hijo(s) independientemente de que estén unidos en matrimonio y/o en unión libre, lo que es importante rescatar es que se encuentran las dos figuras paternas lo cual es favorable para el proceso que se vive como familia, ya que pueden compartir la responsabilidad y organización de la atención de niño, lo que genera un mejor acompañamiento.

En casos específicos se presenta que una de las familias es de padres separados y una es monoparental, generando en ocasiones conflictos en la atención del niño recurriendo al apoyo de algún familiar principalmente a la abuela.

Predominan las familias de tres integrantes donde están los padres e hijo. En las familias donde hay más hijos otro de ellos presenta un problema similar al hijo atendido en CAPEP.

CARACTERÍSTICAS DE LOS PADRES DE FAMILIA

PADRES DE FAMILIA

El rango de edad de los padres es en promedio de 32 años (son relativamente jóvenes). En su mayoría los padres cuentan con una escolaridad media superior es decir, preparatoria concluida. La ocupación de los padres varía de acuerdo al ramo en el que se desempeñan, pero predomina una ocupación laboral de empleados.

MADRES DE FAMILIA

Las madres son relativamente más jóvenes que los padres con un rango promedio de edad de entre 21 a 42 años, donde se encuentran en edad económicamente productiva. La mayoría de las madres de familia cuentan con una escolaridad media superior, es decir, tienen la preparatoria concluida, sin dejar de hacer mención que a diferencia de los padres, en las madres se encuentra una a nivel de Licenciatura. Las madres de familia en su mayoría se dedican exclusivamente al hogar, destacando que algunas trabajan fuera del hogar, donde en su mayoría son empleadas, sin dejar de resaltar que también se dedican a cuidar de su hogar.

CARACTERÍSTICAS DE LOS NIÑOS ATENDIDOS EN CAPEP EN 2016 A 2017

Los niños tienen entre 5 y 6 años de edad, se encuentran cursando el 2° y/o 3° año de preescolar. En su mayoría son hijos únicos, y menormente son niños con uno o dos hermanos. El diagnóstico de los niños con trastorno del lenguaje son relativamente particulares donde en su mayoría sufre de una disfasia en el neurodesarrollo la cual consiste en un retraso en el desarrollo del cerebro del niño teniendo un efecto en el lenguaje y, siguiendo en menor presencia son niños que tienen el trastorno de déficit de atención e hiperactividad con un trastorno de lenguaje.

PROCESO DE LOS PADRES EN ANTE EL PROBLEMA QUE PRESENTA SU HIJO

ETAPA DE NEGACIÓN

Teóricamente esta etapa dice lo siguiente:

“En este primer momento, el mundo pierde sentido y nos abrumba. Nos preguntamos cómo podemos seguir adelante. No es que estemos negando que la muerte o la pérdida se hayan producido sino que nos invade un sentimiento de incredulidad”.

Lo anterior nos permite ver que en los padres de familia vivieron el momento de diagnóstico de manera inconsciente y que esto los hizo pensar de qué manera

podrían superar la situación dando respuestas como “saldremos adelante utilizándola como una reacción autodefensiva, principalmente por parte de la madre.

“La negación consiste en el rechazo consciente o inconsciente de los hechos o la realidad de la situación. Este mecanismo de defensa busca amortiguar el shock que produce la nueva realidad para sólo dejar entrar en nosotros el dolor que estamos preparados para soportar”.

Los padres de familia al recibir el diagnóstico del trastorno de lenguaje de su hijo en un primer momento se encontraron en esta etapa ya que ellos comentan que su sentir fue que saldrían adelante ante la situación de su hijo. Sin dejar de lado el sentimiento que se presentó de negar que el diagnóstico fuera erróneo.

Parte de esta primera reacción que vivieron los padre de familia frente al diagnóstico de sus hijos es el desconcierto lo cual da paso a un mecanismo de defensa frente al shok de la noticia como se ve en el párrafo anterior que es parte de la etapa de negación.

Otro punto teórico dice que, “los padres se aferran a la idea de que el diagnóstico será erróneo”. Lo cual coincide que en su momento la mitad de la población objeto, busco una segunda opinión frente al diagnóstico de trastorno de lenguaje de su hijo. Rescatando que estas actitudes de los padres se presentaron en el momento del diagnóstico.

Es importante rescatar otro aspecto que comete a esta etapa teóricamente dice lo siguiente:

“Los sentimientos de esta etapa nos protegen brindando a nuestro cuerpo y mente un poco de tiempo para adaptarse a esta nueva realidad sin la persona fallecida. Luego el doliente comienza a sentirse como si lentamente estuviera despertando, recordando lo sucedido progresivamente”.

En los padres de familia se rescata que en su actitud frente a la situación se confirma esto ya dicho debido a que han continuado con sus hijos dándoles la atención que

ellos necesitan, llevado este proceso de ir recordando este hecho que están pasando con el diagnóstico de sus hijos.

ETAPA DE LA IRA

Esta etapa del duelo teóricamente se caracteriza por lo siguiente:

“Si bien los sentimientos de enojo estarán presentes con distinta intensidad durante todo el proceso de duelo, es en esta etapa donde la ira toma el protagonismo dirigiéndose este enojo al ser querido fallecido, a nosotros mismos, a amigos, familiares, objetos inanimados e inclusive a personas extrañas. Se siente un resentimiento hacia la persona que nos ha dejado causando un inmenso dolor en nosotros pero este enojo se vive con culpa haciéndonos sentir más enojados aún”.

En la situación de los padres de familia esta etapa del proceso se presentó en la experiencia de sentimientos de enojo y culpa, resaltando que en menor cantidad de la población señala haber experimentado este sentir. El enojo y la culpa van de la mano donde la población menciona estos sentimientos juntos para referirse a la situación que presenta su hijo, donde se encuentra también con la situación en que ambos padres se echan la culpa como normalmente se llega a expresar.

Lo anteriormente dicho se rescata en el párrafo siguiente:

“Los padres pueden culparse mutuamente de la discapacidad del niño, o desatar su ira contra el médico, la religión o la vida, o incluso contra el propio hijo. Estas reacciones suelen ser fruto de la impotencia, aunque acaban sintiendo culpa o vergüenza por su comportamiento”.

Así queda sustentado esta reacción de los padres en el momento de atravesar esta etapa.

ETAPA DE LA NEGOCIACIÓN

En esta etapa se rescata primeramente que “surge la esperanza”, en estos casos donde se vive este proceso por una barrera de aprendizaje como el Trastorno del lenguaje, donde los padres ven la esperanza de que se mejore la situación de su hijo, esto a partir del avance que han visto de su hijo con la atención que reciben

dentro de CAPEP. Esto se sustenta en el avance que sus hijos han tenido a partir de la atención recibida dentro de CAPEP, a lo que en su gran mayoría respondieron satisfactoriamente considerando que ha sido en un 80 y 60 % donde se logra ver que existe en ellos esa esperanza para la situación que pasa su hijo.

Teóricamente se dice que; “aún no aceptan el diagnóstico por completo, pero los padres ya dialogan con el médico y el niño sobre el problema”.

Aparentemente los padres de familia logran hablar de la situación de su hijo con los especialistas de la institución y con los médicos, pero aún no se acepta completamente el problema de lenguaje que presenta su hijo, como se menciona en el párrafo anterior característico de esta etapa ya que los padres dicen aceptar la condición de su hijo pero se logra ver a través de los resultados arrojados en la investigación y mediante las observaciones a los padres de familia, donde se denota que ellos no lo han asimilado totalmente, debido a que han tenido inconsistencias por ciertos periodos en el proceso de atención que su hijo necesita médica y terapéuticamente, resaltando que no dejan pasar mucho tiempo para reanudar la atención.

ETAPA DE DEPRESIÓN

Esta es la cuarta etapa de duelo donde principalmente se caracteriza por; “el agotamiento de los padres, tanto físico como mental, ya es un fuerte lastre, y suelen manifestarse síntomas de la depresión”

Esta etapa como tal aún los padres no la han experimentado, ya que solo han presentado lapsos donde una gran parte de ellos comparten que han sentido miedo y una profunda tristeza por esta dificultad del lenguaje de su hijo. Debido al acercamiento que se tuvo con los padres se logró ver que en ocasiones han pasado por el agotamiento físico y mental como se dice en la teoría ya que han abandonado en momentos el tratamiento médico e incluso terapéutico y lo retoman posteriormente.

ETAPA DE ACEPTACIÓN

Esta es la última etapa del proceso de duelo que se pasa para poder resolver ya sea la pérdida del ser querido o en este caso aprender a vivir y como lo indica su nombre aceptar el diagnóstico de discapacidad de su hijo.

Teóricamente se dice que esta etapa se caracteriza por que “Los padres aceptan parcial o totalmente la discapacidad del niño, aunque las etapas anteriores pueden volver a aparecer”.

Aparentemente los padres dicen aceptar la situación de su hijo pero como ya se analizó anteriormente hay muchos rasgos de que los padres aún no lo aceptan por completo, experimentado la incertidumbre de pasar por la tristeza, el dolor y el miedo por dicha condición. Lo más rescatable de esta etapa es que se puntualiza que se puede llegar a tener un retroceso a las etapas anteriores hasta que se logre tener una sanación de la cual se hace mención en la etapa anterior, donde los padres de familia creen que han aceptado la dificultad de su hijo y todo lo que esto conlleva en un futuro para su hijo, pero es aquí donde se rescata que aún se presentan aspectos que marcan las demás etapas de este proceso como el miedo y la incertidumbre que son característica de la etapa de “la depresión” de que va a pasar con su hijo al salir de la institución y lo que vayan a enfrentar en un futuro.

CONCLUSIONES

En esta investigación se tomó como principal eje el poder rescatar el proceso que los padres de familia están viviendo a partir de que recibieron el diagnóstico de lenguaje de su hijo los cuales son atendidos en CAPEP Uruapan cursando el 2° año del ciclo escolar 2016-2017 para poder aportar elementos a la institución para el seguimiento con padres de familia en beneficio de los niños con dificultad de lenguaje.

Los padres de familia que tienen un hijo con un problema de lenguaje los cuales tienen características de padres comunes, es decir, que no presentan ninguna complicación en el aspecto del lenguaje ni de otra barrera de aprendizaje, son familias nucleares donde la mayoría están en unión ya sea por medio del matrimonio o en unión libre, son familias convencionales ya que la mayoría de los padres se dedican a trabajar y las madres están presentes en el hogar, solo que son padres de familia que tienen un hijo que presenta una problemática de lenguaje.

Los resultados obtenidos a partir de la investigación ayudo a poder detectar el proceso de asimilación que están pasando los padres de familia ya que se tomó en cuenta el rescatar las reacciones desde un primer momento a partir del diagnóstico de lenguaje de su hijo. Los padres de familia se encuentran viviendo un proceso de asimilación a partir de que recibieron el diagnóstico de su hijo con problema de lenguaje, este mismo se presenta de una manera paulatina y retrograda, es decir que durante este periodo el proceso de asimilación los padres se ven propensos a tener regresiones en las etapas como tal del proceso de duelo, teniendo periodos de esperanza para la situación que atraviesa su hijo de mejoramiento, así como momentos de agotamiento físico y mental donde se presenta estos retrocesos, concretamente este proceso de asimilación de los padres es una lucha constante.

Por otra parte los padres de familia de los niños de 2° año de preescolar atendidos en CAPEP se encuentran específicamente en la etapa de duelo de la negociación ya que pueden dialogar sin problemas sobre la dificultad de lenguaje de su hijo con especialistas de la institución y de los médicos, pero no acaban de aceptar el diagnóstico por completo.

A partir del análisis de los resultados obtenidos se retoma la hipótesis planteada donde “El proceso que viven los padres de familia de los niños con problemas de lenguaje atendidos en CAPEP, se encuentra en la etapa de negociación de su duelo” y como ya se sustenta en el análisis dicha hipótesis se aprueba donde los padres ya han aceptado de cierta manera la dificultad de lenguaje de su hijo ya que logran hablar del tema con los especialistas de CAPEP, y con los médicos, pero que no han aceptado por completo el diagnóstico de lenguaje de su hijo.

PROPUESTA

Proceso de acompañamiento a padres de familia en el tiempo de atención dentro de CAPEP

Después de la realización de la investigación del proceso de duelo que viven los padres de familia de CAPEP frente a la problemática de un hijo con trastorno de lenguaje surge una propuesta, la cual consiste en crear un proceso de acompañamiento a los padres en el tiempo en que su hijo se encuentra recibiendo atención dentro de la institución.

Se consideró esta propuesta ya que una vez obtenidos los resultados se pretende mejorar la situación del niño y para esto es importante prestarle atención a los padres de familia de manera más cercana, del cómo se sienten respecto de la problemática de su hijo, ya que los padres son el motor principal de los niños y que de ellos depende si reciben la atención y las herramientas que pueden brindarles en un futuro, los padres son quienes sobrellevan la situación de su hijo y mediante la presente propuesta se desea trabajar esta parte de duelo que de cierta manera están pasando.

Esta propuesta se presenta para complementar el proceso que se realiza dentro de CAPEP, que consiste en estimular al niño con terapias constantes de aprendizaje, de lenguaje, de psicomotricidad, va encaminada al mejoramiento del niño y de su entorno familiar, si bien hay un trabajo con los padres este radica únicamente en proporcionarles orientaciones respecto a la atención que ellos brindan a los niños y algunas pláticas de interés de cada área que atiende CAPEP, pero en ningún momento se trabaja propiamente con ellos, por lo que se pretende ofrecer un espacio donde los padres puedan expresar su pensar y sentir ante la problemática que presenta su hijo.

Se pretende que la propuesta se adapte a la estructura y proceso de atención que se encuentra establecido dentro de la institución, esto con el fin de coadyuvar en la atención que se ofrece a los padres para que estos se sientan un poco más preparados y seguros para el momento que su hijo tenga que egresar de CAPEP.

OBJETIVO GENERAL

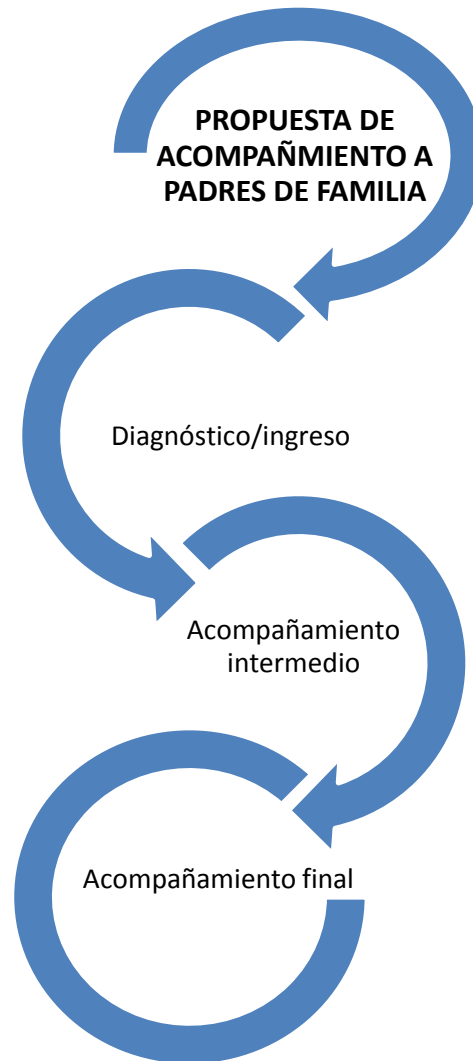
Ofrecer el proceso de acompañamiento para los padres de familia que tienen un hijo con problemática de lenguaje y coadyuvar en su asimilación de dicha situación, para así poder mejorar aún más el avance del niño durante la atención en CAPEP.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer cómo es que se encuentran los padres respecto a la situación que atraviesa su hijo.
- Contribuir en el proceso de asimilación de los padres en la problemática de lenguaje que pasa su hijo.
- Propiciar en la aceptación de los padres de familia respecto a la problemática de lenguaje de su hijo con el acompañamiento brindado dentro de CAPEP.

PROCESO DE ACOMPAÑAMIENTO

De manera general este acompañamiento consta de tres momentos, los cuales son las siguientes:



Diagnóstico de la situación

Dentro del primer acercamiento que se tiene con los padres de familia de los posibles candidatos a asistir a CAPEP que es el momento que se realiza la elaboración de la Historia Psicopedagógica (HPG) ya establecida dentro de la misma, se sugiere que se adapte un segmento para así obtener un diagnóstico inicial de los padres de familia acerca de cómo es que se sienten y/o piensan respecto de la problemática que presenta su hijo.

Diagnóstico: aplicación de la Historia Psicopedagógica

Apartado de “Dinámica familiar” (se sugiere agregar los siguientes cuestionamientos)

Cómo padres de familia ¿que pensaron en un primer momento de la dificultad que presenta su hijo?

¿En este momento como se encuentran con la situación que presenta su hijo?

¿Cómo se encuentra su relación de pareja a partir de que supieron de la dificultad de su hijo?

¿Cómo se siente respecto a que tal vez su hijo reciba atención dentro de CAPEP?

Estos cuestionamientos permitirán en caso de que el niño se quede en la institución para comenzar con el acompañamiento no solo con los niños sino también con los padres, que son los principales responsables de que sus hijos reciban adecuadamente la atención que necesitan.

Una vez cumplida esta primera parte se sugiere una segunda plática con los padres para reforzar esta primera fase del diagnóstico con la finalidad de profundizar más respecto de cómo los padres se encuentran y/o dicen que están respecto al trastorno de lenguaje de su hijo/a.

En caso de que se requiera se lleva a cabo un acompañamiento más cercano y más constante con los padres de familia.

Acompañamiento intermedio

En esta etapa se desarrolla un plan de trabajo para este acompañamiento a los padres con niños con trastorno de lenguaje.

De manera general se sugiere el siguiente plan:

Plan de acompañamiento

| Orientación a padres | Acompañamiento Psicológico | Acompañamiento de Trabajo Social | Acompañamiento del especialista de lenguaje |
|--|---|---|--|
| Dentro de las orientaciones que ya están establecidas como parte del proceso de atención se sugiere realizar al menos dos veces agrupar a los padres de familia que compartan la problemática de lenguaje con el fin de sensibilizar a los padres compartiendo experiencias. | Realizar trabajo profundo con los padres respecto al proceso de duelo que pueden presentar debido a la problemática de lenguaje de su hijo e ir construyendo un perfil de los padres. | Mediante las entrevistas y las visitas domiciliarias que se van presentando el transcurso de la atención en CAPEP confrontar a los padres del porque se está presentando dicha conducta y hacerlos ver que en ellos está la solución para el mejoramiento de su hijo y de ser necesario emitir canalización psicológica a los padres. | En caso de ser necesario realizar una valoración del niño en conjunto con los padres para hacerles ver el avance que han logrado a partir de la atención que están recibiendo en CAPEP y motivarlos a seguir apoyando a su hijo. |

En cada una de las áreas mencionadas se sugiere que en caso que amerite se realice una canalización a los padres de familia a atención tanatologica con la finalidad de obtener más satisfactoriamente el cumplimiento del objetivo de atención en CAPEP.

Acompañamiento final

A lo largo de este acompañamiento no solo a los niños sino también con los padres hacer un recuento y valoración con los padres de familia respecto a cómo se sentían en el momento de que entraron a CAPEP con la problemática de su hijo y como se van con este acompañamiento de proceso juntos con sus hijos y al mismo tiempo que los padres realicen un balance del avance que lograron sus hijos y de la importancia que tiene que ellos trabajen en conjunto con sus niños para su independencia.

Finalmente el equipo interdisciplinario lleve a cabo una evaluación interna de este proceso de acompañamiento brindado a los padres de familia para así poder realizarlas modificaciones pertinentes para su mejoramiento.

BIBLIOGRAFÍA

Ander-Egg Ezequiel, Diccionario del trabajador social, edit. Lumen, Argentina, 1995,

Documentos de la institución de CAPEP Uruapan (Dirección General de Educación inicial y Preescolar, Antecedentes de Trabajo Social CAPEP, Funciones de trabajo social CAPEP y Características generales de CAPEP)

Eroles Carlos, Familia y Trabajo Social: un enfoque clínico e interdisciplinario de la intervención profesional, edit. Espacio, Argentina, 1998,.

Estrada Inda Lauro, Ciclo Vital de la familia, edit. Grijalbo, México, 1997, p.39-143

Leñero Otero Luis, La Familia, edit. Edicol, S.A., México, 1976

Tomas Fernández García, Ponce de León Romero Laura, Trabajo Social, edit. Ediciones Académicas, p. 4587

PÁGINAS ELECTRÓNICAS

<http://alteraciones.galeon.com/retraso.htm>)

<https://autismoinfantil.org/tratamiento-del-autismo-infantil/>

<http://alexffmm.blogspot.mx/2008/12/tipologias-familiares.html>

<https://definicion.mx/aceptacion/>

<https://definicion.de/negacion/>

<http://definicion.de/proceso/>

<https://definicion.mx/proceso/>

<http://dannydemontes.blogspot.mx/2010/11/los-6-problemas-mas-comunes-de-la.html>

<http://faros.hsjdbcn.org/es/articulo/reaccion-padres-ante-discapacidad-hijo>

<https://manejodelduelo.com/etapas-del-duelo-segun-elizabeth-kubler-ross/>

<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001430.htm>

http://muyfitness.com/barreras-comunicacion-ninos-lista_21856/

<https://personalidadenduelo.wordpress.com/discusion-teorica/sobre-duelo/definicion-y-tipos-de-duelo/>

<https://personalidadenduelo.wordpress.com/discusion-teorica/sobre-duelo/definicion-y-tipos-de-duelo/>

<https://parroquialjaen.wordpress.com/2010/09/03/sentimientos-de-la-familia-ante-un-hijo-con-discapacidades/>

<https://parroquialjaen.wordpress.com/2010/09/03/sentimientos-de-la-familia-ante-un-hijo-con-discapacidades/>

<https://prezi.com/ykagiefhtd4i/desarrollo-fisico-y-psicomotor-en-la-etapa-infantil/>

<https://psicologiainfantilzaragoza.wordpress.com/2013/03/07/el-desarrollo-evolutivo-caracteristicas-generales/>

<http://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/viewFile/364/679>

<http://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/viewFile/364/679>

http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/linguistica/leng_ni%C3%B1o/El_Hab_y_Retra_desarro.htm

<http://transtornosnellenguaje.blogspot.mx/2010/09/causas-y-consecuencias.html>

<https://www.bebesymas.com/desarrollo/trastornos-del-habla-tratamiento-de-la-disartria>

<https://www.bebesymas.com/desarrollo/trastornos-del-lenguaje-trastorno-especifico-del-lenguaje>

<http://www.cosasdelainfancia.com/biblioteca-lenguaje03.htm>

http://www.educacionespecial.sep.gob.mx/pdf/glosario/Glosario_final.pdf

<http://www.facemama.com/nino/trastornos-de-lenguaje-y-terapias.html>

<http://www.familiaysalud.es/crecemos/el-preescolar-2-5-anos/desarrollo-psicomotor-en-el-preescolar-2-5-anos>

<https://www.guiainfantil.com/educacion/logopedia/tartamudez/sintomasTrat.htm>

(consultada el 06 de marzo de 2017)

<https://www.guiainfantil.com/1044/tratamiento-de-la-dislalia-infantil.html>

<http://www.monografias.com/trabajos98/desarrollo-infantil-0-3-anos/desarrollo-infantil-0-3-anos.shtml>

<http://www.psicologiacientifica.com/hijos-con-discapacidad-cambios-familia/>

<http://www.parentcenterhub.org/repository/lenguaje/>

<http://www.psicopedagogia.com/definicion/desarrollo>

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80212387003>

http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752004000400014

http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-temprana/funcionamiento_familiar.pdf

<http://www.sev.gob.mx/educacion-inicial-preescolar/historia-de-capep>
http://estarbien.iberomx.com/?page_id=114

<https://www.significados.com/ira/>

<https://www.significados.com/negociacion/>

<http://www.who.int/topics/depression/es/>

<https://www.uclm.es/profesorado/ricardo/AlumnosEE/LENGUAJE2005.doc>

(consultada el 27 de febrero)

<https://www.understood.org/es-mx/learning-attention-issues/child-learning-disabilities/communication-disorders/understanding-language-disorders>

<https://www.understood.org/es-mx/learning-attention-issues/child-learning-disabilities/communication-disorders/understanding-language-disorders>

ANEXOS

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------|---|---|---|----------|------|------|-----------------|-------|-------|-----------------|-------|-------|----------|-------|-------|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Etapa de la ira | <ul style="list-style-type: none"> • Reacción • Cambios • Conflictos | <p>7. ¿Qué diagnóstico le dieron?</p> <p>8. ¿Cómo fue que recibió usted el diagnóstico de su hijo?</p> <p>a) Tristeza b) Angustia c) desesperanza d) Otro ¿Cuál? _____</p> <p>9. Frente a la dificultad de lenguaje de su hijo</p> <p>10. ¿Cuál fue su primera reacción a partir del diagnóstico?</p> <table border="0"> <tr> <td>Reacción</td> <td style="text-align: center;">papá</td> <td style="text-align: center;">mamá</td> </tr> <tr> <td>a) Desconfianza</td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td style="text-align: center;">_____</td> </tr> <tr> <td>b) Desconcierto</td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td style="text-align: center;">_____</td> </tr> <tr> <td>c) Culpa</td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td style="text-align: center;">_____</td> </tr> </table> <p>11. ¿Una vez confirmado el diagnóstico cuales fueron los cambios que se presentaron en su familia?</p> <p>a) Organización b) Relación con la pareja c) relación con su familia d) En su economía</p> <p>12. Señale los sentimientos que usted ha experimentado a partir de la dificultad de lenguaje de su hijo?</p> <p>Miedo () Culpa () Desanimo () Dolor () Tristeza () Enojo ()</p> <p>13. ¿Cómo ha sido su relación de pareja a partir del diagnóstico?</p> <p>a) Comprensión b) Apoyo c) Rechazo d) Indiferencia e) Otro ¿Cuál? _____</p> | Reacción | papá | mamá | a) Desconfianza | _____ | _____ | b) Desconcierto | _____ | _____ | c) Culpa | _____ | _____ |
| Reacción | papá | mamá | | | | | | | | | | | | | |
| a) Desconfianza | _____ | _____ | | | | | | | | | | | | | |
| b) Desconcierto | _____ | _____ | | | | | | | | | | | | | |
| c) Culpa | _____ | _____ | | | | | | | | | | | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Etapa de la negociación | <ul style="list-style-type: none"> • Apoyo familiar | <p>14. ¿A partir del diagnóstico de su hijo que tipo de apoyo a recibido su niño por parte de su familia?</p> <p>a) El cuidado de su hijo b) Aceptación c) Económico</p> | | | | | | | | | | | | |

| | | | |
|--|---|---|---|
| | | <ul style="list-style-type: none"> • Alternativas o soluciones | <p>Otro ¿Cuál? _____</p> <p>15. ¿Qué atenciones le ha brindado a su hijo a partir del diagnóstico de lenguaje? a) Médico b) Terapias c) Seguimiento en casa d) Ninguno e) Otro ¿Cuál? _____</p> <p>16. ¿Su hijo ha estado bajo tratamiento médico? a) Si b) No ¿Por qué? _____</p> <p>17. ¿En qué porcentaje usted considera que su hijo estando en CAPEP pueda corregir su lenguaje? a) 80% b) 60% c) 40% d) 20%</p> |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Etapa de depresión | <ul style="list-style-type: none"> • Emociones • Atención personal | <p>18. ¿Qué ha implicado para usted como persona el tiempo que dedica para la atención de su hijo? a) Abandono hacia su persona b) Dejar de hacer otras actividades c) Desatención de sus demás hijos d) Otro ¿Cuál? _____</p> |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Etapa de aceptación | <ul style="list-style-type: none"> • Estilo de vida • Realidad actual | <p>19. ¿En su familia como han apoyado a su hijo a partir del diagnóstico? 20. ¿Considera usted que ha cambiado su estilo de vida a partir del diagnóstico de su hijo? a) Si b) No ¿De qué manera? _____</p> <p>21. ¿a partir de la atención de su hijo en CAPEP cuál ha sido el avance que ha notado en su hijo? 22. ¿Qué le gustaría que lograra su hijo a partir de la atención que recibe y qué expectativas tiene de su hijo?</p> |

Anexo 2



UNIVERSIDAD DON VASCO A.C.
 INCORPORACIÓN No. 8727-29 A LA
 UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MÉXICO
 ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL



CUESTIONARIO DIRIGIDO A LOS PADRES DE FAMILIA DE LOS NIÑOS ATENDIDOS EN CAPEP

Objetivo: Conocer el proceso que viven los padres de familia con su hijo que presenta dificultades de lenguaje, que asisten a CAPEP Uruapan.

Instrucciones: Lea detenidamente las preguntas y conteste según lo que se pide en cada una de las preguntas. La información que proporcione es confidencial y anónima, su uso será únicamente con fines académicos

DATOS GENERALES

Parentesco de la persona entrevistada con el niño _____ Edad del niño @ _____
 sexo niña () niño () Número de hijos _____
 Otro de sus hijos presenta alguna dificultad de lenguaje _____

| | |
|--|---|
| <p>1. ¿En qué momento se enteró de la dificultad de lenguaje de su hijo?</p> <p>a) En el momento del nacimiento</p> <p>b) en el momento de balbuceo</p> <p>c) a los 2 años d) en el momento de iniciar el preescolar</p> <p>e) Otro ¿Cuál? _____</p> | <p>2. ¿En su familia alguien llevo a notar la dificultad de lenguaje de su hijo?</p> <p>a) Si b) No</p> <p>Quién? _____</p> |
| <p>3. ¿Qué fue lo primero que pensó al saber el diagnóstico de lenguaje de su hijo?</p> <p>a) No es verdad b) Porque a mi c) Saldremos a delante</p> <p>d) Otro _____ ¿Cuál? _____</p> | <p>4. ¿Qué fue lo que ocasiono la dificultad de lenguaje de su hijo?</p> <p>a) Enfermedad b) Traumatismo</p> <p>c) Sobreprotección d) Otro ¿Cuál? _____</p> |
| <p>5.- ¿Usted cómo considera que es la dificultad de lenguaje que presenta su hijo?</p> <p>a) Muy grave b) Grave c) Algo grave d) Leve</p> | <p>6.- ¿En dónde le dieron el diagnóstico de su hijo?</p> <p>a) En el medico b) En el preescolar</p> <p>c) En otro lugar</p> |
| <p>7. ¿Qué diagnóstico le dieron?</p> | <p>8. ¿Cómo fue que recibió usted el diagnóstico de su hijo?</p> <p>a) Tristeza b) Angustia c) desesperanza</p> <p>d) Otro ¿Cuál? _____</p> |
| <p>9. Frente a la dificultad de lenguaje de su hijo ¿Cuál fue su primera reacción a partir del diagnóstico?</p> | <p>10. ¿Después de obtener el primer diagnóstico de su hijo buscaron una segunda opción?</p> |

| | | | |
|---|---|---|---|
| <p>Reacción</p> <p>a) Desconfianza</p> <p>b) Desconcierto</p> <p>c) Culpa</p> | <p>papá</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | <p>mamá</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | <p>a) si b) No</p> <p>¿Por qué? _____</p> |
| <p>11. ¿Una vez confirmado el diagnóstico cuales fueron los cambios que se presentaron en su familia?</p> <p>a) Organización b) Relación con la pareja c) relación con su familia d) En su economía</p> | <p>12. Señale los sentimientos que usted ha experimentado a partir de la dificultad de lenguaje de su hijo?</p> <p>Miedo () Culpa ()</p> <p>Desanimo () Dolor ()</p> <p>Tristeza () Enojo ()</p> | | |
| <p>13. ¿Cómo ha sido su relación de pareja a partir del diagnóstico?</p> <p>a) Comprensión b) Apoyo c) Rechazo</p> <p>d) Indiferencia e) Otro</p> <p>¿Cuál? _____</p> | <p>14. ¿A partir del diagnóstico de su hijo que tipo de apoyo a recibido su niño por parte de su familia?</p> <p>a) El cuidado de su hijo b) Aceptación</p> <p>c) Económico</p> <p>Otro ¿Cuál? _____</p> | | |
| <p>15. ¿Qué atenciones le ha brindado a su hijo a partir del diagnóstico de lenguaje?</p> <p>a) Médico b) Terapias c) Seguimiento en casa</p> <p>d) Ninguno e) Otro</p> <p>¿Cuál? _____</p> | <p>16. ¿Su hijo ha estado bajo tratamiento médico?</p> <p>a) Si b) No</p> <p>¿Por qué? _____</p> | | |
| <p>17. ¿En qué porcentaje usted considera que su hijo estando en CAPEP pueda corregir su lenguaje?</p> <p>a) 80% b) 60% c) 40% d) 20%</p> | <p>18. ¿Qué ha implicado para usted como persona el tiempo que dedica para la atención de su hijo?</p> <p>a) Abandono hacia su persona</p> <p>b) Dejar de hacer otras actividades</p> <p>c) Desatención de sus demás hijos</p> <p>d) Otro</p> <p>¿Cuál? _____</p> | <p>19. ¿En su familia como han apoyado a su hijo a partir del diagnóstico?</p> | |
| <p>20. ¿Considera usted que ha cambiado su estilo de vida a partir del diagnóstico de su hijo?</p> <p>a) Si b) No</p> <p>¿De qué manera?</p> <p>_____</p> | <p>21. ¿a partir de la atención de su hijo en CAPEP cuál ha sido el avance que ha notado en su hijo?</p> | <p>22. ¿Qué le gustaría que lograra su hijo a partir de la atención que recibe y qué expectativas tiene de su hijo?</p> | |