

6



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

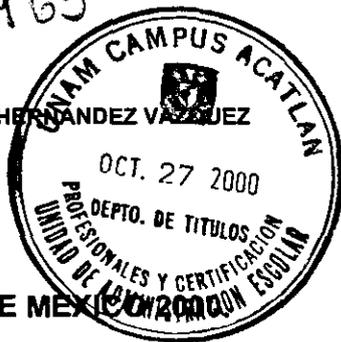
Escuela Nacional de Estudios Profesionales
"ACATLAN"

LA INTEGRACION DEL NIÑO CIEGO A LA FAMILIA A TRAVES DEL DISEÑO DE UN PROGRAMA DE ORIENTACION FAMILIAR

TESIS PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PEDAGOGIA
P R E S E N T A :
ANDREA | CIELO PIÑON

284965

ASESOR: LIC. JESUS MANUEL HERRANDEZ VAQUERO



ACATLAN, ESTADO DE MEXICO





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.

TE DOY GRACIAS SEÑOR
POR HABERME PERMITIDO
LLEGAR A ESTA ETAPA DE MI VIDA,
PORQUE A TRAVÉS DE MI FAMILIA,
DE MIS MAESTROS Y DE MIS AMIGOS
ME HAS DADO CONSTANTE ALIENTO
EN LOS MOMENTOS DE TRISTEZA Y DE DUDA;
PORQUE SIEMPRE HAS CREIDO EN MÍ
AÚN CUANDO YO TE HE OLVIDADO;
PORQUE ME FORTALECES
EN CADA PASO QUE DOY
Y PORQUE EN TODAS PARTES
ENCUENTRO TU SONRISA,
PERO SOBRE TODO
POR HABERME DADO LA VIDA.

ANDREA.

I N D I C E

Introducción	5
Capítulo I. La educación especial	8
1.1 Antecedentes de la educación especial en México	9
1.2 Problemas que requieren educación especial	12
1.2.1 Clasificación	13
1.2.2 Etiología	20
1.4 Legislación de la educación especial	25
Capítulo 2. El niño ciego	30
2.1 La vista	31
2.2 La ceguera	36
2.3 Etiología	39
2.4 Tipos de ceguera	43
2.5 Detección de la ceguera	45
2.6 Conducta y desarrollo del niño ciego	48
2.7 Tratamiento	61
2.7.1 Intervención quirúrgica	61
2.7.2 Apoyo psicológico	64
2.7.3 Apoyo educativo	67
Capítulo 3. El contexto familiar y el niño ciego	74
3.1 La familia y sus funciones	75
3.2 Actitudes de la familia del niño ciego ..	85

Capítulo 4. La orientación familiar como alternativa de atención al niño ciego	92
4.1 La orientación familiar	93
4.1.1 Definición	94
4.1.2 Formación del orientador familiar ..	99
4.1.3 El pedagogo como orientador familiar	
4.2 El orientador familiar y la educación especial	102
	105
Capítulo 5. Diseño del programa de orientación familiar	
5.1 Sustento teórico - metodológico	108
5.1.1 Sustento teórico metodológico desde la óptica de la orientación familiar	109
5.1.2 Sustento metodológico desde la óptica de la estructura didáctica	113
5.1.3 Sustento metodológico desde el sondeo a maestros que atienden a niños ciegos	115
A) Planteamiento de la hipótesis	116
a) Descripción de las variables	117
B) Universo de la investigación y muestra elegida	118
a) Instrumento aplicado ..	119
b) Análisis de los datos	125
c) Interpretación	143
5.2 Estructura del programa	145
a) objetivos	145
b) Modalidad didáctica	146
c) Organización y estructura del programa	148
d) Estrategias de evaluación	174
Conclusiones	181
Glosario	186
Bibliografía.....	199
Anexos	

INTRODUCCION

INTRODUCCION

La orientación familiar a través de diferentes métodos y técnicas trata de apoyar a las familias con el fin de aminorar los problemas que en ella se suscitan en alguna de las etapas por las cuales pasa.

La orientación familiar puede apoyar a la familia cuando en ella existe la presencia de un niño discapacitado. Sin embargo las instituciones educativas que han contribuido con sus servicios de educación especial al desarrollo de las nociones de éste tipo de educación entre la población infantil básicamente, dejan de lado un aspecto importante en la rehabilitación de los niños discapacitados, la familia.

La familia juega un papel importante en toda la sociedad, y en diferentes momentos se presenta como elemento fundamental para su existencia.

El núcleo familiar es el encargado de transmitir valores, costumbres, normas, juicios morales y todo aquello que la sociedad crea importante para su supervivencia, además de formar la personalidad del individuo.

La ceguera considerada como una discapacidad usualmente representa una carga para los padres y para los hermanos del niño ciego. La condición de no poder ver no imposibilita que el sujeto establezca relación con su mundo, pero es evidente que al no ser estimulado visualmente sus oportunidades de relación con éste se ven disminuidas fuertemente, ésto se acentúa aún más cuando la familia adopta conductas equivocadas ante la ceguera y obstaculiza la educación del niño ciego, debido a la mala o nula información que se tenga de la discapacidad.

Las oportunidades de desarrollo que se le presenten al niño ciego durante su vida estarán relacionadas con las conductas que adopte la familia ante dicha situación; debido a ello el presente trabajo propone un programa de orientación familiar dirigido a familias con niños ciegos con el fin de que la educación que se imparte en el interior de la familia no se vea afectada ni tampoco el desarrollo intelectual, físico y emocional de cada uno de sus integrantes .

Antes de entrar de lleno en los aspectos de la ceguera, se creyó conveniente realizar un recuento de la educación especial exponiendo en el capítulo I sus antecedentes, los problemas que requieren educación especial y la legislación.

En el capítulo II encontramos todos los aspectos referente a la ceguera como son: conceptos generales, sus causas y los tipos de ceguera que hay ; conoceremos los tratamientos empleados para el mejoramiento de esta discapacidad y la forma como se desarrolla el niño ciego. Todo ello con el fin de contar con elementos que nos permitan conocerla mejor para ayudar a la familia, a la cual involucraremos en el capítulo III. En este capítulo conoceremos las etapas y funciones que tiene la familia, así como las actitudes que asumen los familiares del niño ciego, mismas que pueden generar problemas en el interior de la dinámica familiar.

Hablamos anteriormente de la orientación familiar como un apoyo a las familias para aminorar los problemas que se generan, es por ello que la consideramos como una alternativa de atención en apoyo a las familias de los niños ciegos, lo que será abordado en el capítulo IV.

En el capítulo V abordaremos los aspectos teóricos - metodológicos, que sustentan el programa de orientación familiar propuesto, así como la parte operacional y la estructuración del programa, apoyada en el trabajo de campo realizado.

CAPITULO I

LA EDUCACION ESPECIAL.

Capítulo I. La educación especial

La infancia es la etapa en la cual el ser humano desarrolla de manera crucial diferentes habilidades, fortalece sus capacidades e integra su personalidad. Sin embargo existen niños que se encuentran “limitados” en el desarrollo de su persona, ello, porque presentan una discapacidad y aunque éstas no siempre son obstáculo para lograr dicho desarrollo se presentan dificultades adicionales a los procesos cotidianos de aprendizaje, adaptación, integración y relación del sujeto con otras personas.

De estas dificultades así como de la caracterización del niño con necesidades especiales se encarga la educación especial actualmente. Aunque es preciso señalar que este tipo de educación como de otros servicios que se ofrecen actualmente a los niños discapacitados no siempre han sido prioritarios ni para el Estado ni para los sistemas educativos.

Vale la pena señalar, antes del tratamiento y apoyo que se recomienda ofrecer al niño ciego, algunos elementos que describen el contexto de la educación especial pues constituyen parte del sustento de cualquier propuesta de intervención.

1.1 Antecedentes de la educación especial en México.

La creación de la Escuela Nacional para Sordomudos en 1867, marcó el inicio de la educación especial en México, la cual ha recorrido un gran camino desde entonces a beneficio de las personas con discapacidades.

En 1870 se fundó la Escuela Nacional para Ciegos y en 1914 el doctor José de Jesús González organizó una escuela para débiles

mentales en la Ciudad de León, Guanajuato, siendo el precursor de la educación en esta área de la educación especial.

De 1919 a 1927 se comenzaron a financiar grupos de capacitación y experimentación pedagógica para la atención de deficientes mentales en la Universidad Nacional de México.

En 1921 se funda el Departamento de Psicopedagogía e Higiene con el fin de *"orientar la educación mexicana sobre los principios de la pedagogía experimental, ello es sobre el conocimiento objetivo del desarrollo biopsicosocial del niño"* (1). En 1931 y 1933 éste departamento organizó tres grupos de niños anormales a los cuales se les impartía educación especial; para 1936 el Departamento se transformó en el Instituto Nacional de Pedagogía

"y su objetivo era hacer las investigaciones científicas en materia de educación y suministrar, de esta suerte, a la Secretaría de Educación Pública las bases técnicas para que ésta oriente y resuelva los complejos y graves problemas que se le tienen encomendados".(2)

Para 1935 el doctor Roberto Solís Quiroga planteó al entonces Licenciado Ignacio García Tellez, la necesidad de institucionalizar la educación especial en México. Como resultado de esta iniciativa se concluyó en la Ley Orgánica de Educación un apartado referente a la protección de los deficientes mentales.

En 1937 se creó la clínica de Conducta y Ortología.

1.- Larroyo Francisco. Historia comparada de la educación en México. Pág. 468.

2.- ibidem, Pág. 469.

En 1943 se fundó la Escuela Nacional de Especialización con la finalidad de formar maestros especialistas para la educación de niños *anormales* (3) y de menores infractores *“la cual tuvo su origen en los ensayos encaminados a plantear y resolver los temas relativos a la educación de los niños anormales mentales de acuerdo con el doctos Solís”* (4) Para 1944 se agregaron las carreras de maestros especialistas en sordomudos y ciegos; y en 1955 la carrera de especialista en el tratamiento de lesiones del aparato locomotor.

En 1954 se creó la Dirección de Rehabilitación y en 1958 se fundó en Oaxaca una escuela de educación especial.

En 1954 el profesor Manuel López Dávila creó la oficina de Coordinación de Educación Especial, dependiente de la Dirección General de Educación Superior e Investigaciones Científicas, quedando a cargo la profesora Odolmira Mayagoitia.

“Durante los siete años en que la profesora estuvo al frente de la Coordinación de Educación Especial logró la apertura de diez escuelas en el Distrito Federal, y doce en el interior del país, según el siguiente detalle: Monterrey, Aguascalientes, Puebla, Tampico, Córdoba, Saltillo, Culiacán, Mérida, Colima, Hermosillo, Chihuahua y San Luis Potosí.” (5)

El 18 de diciembre de 1970 la educación para los niños con necesidades especiales festeja la creación de la Dirección General de Educación Especial, dependiente de la Subsecretaría de Educación Básica, a la cual, le correspondía organizar, dirigir,

3.- En esta época a los niños que presentaban alguna discapacidad se les denominaba *anormales*, término que actualmente es usado en forma peyorativa para referirse a aquellos que difieren de la norma, ya sea en el aspecto físico o intelectual.

4.- Larroyo Francisco. *Op. Cit.* Pág. 469.

5.- SEP/Cuadernos La educación especial en México. Pág. 8

desarrollar, administrar y vigilar el sistema federal de niños discapacitados y la formación de maestros especialistas. *"Más que un acto administrativo este hecho representó un cambio de actitud del Estado hacia la atención de este tipo de educación..."* (6)

De esta forma se consolidó el sueño de los maestros y profesionales mexicanos que en su práctica diaria reconocían la necesidad de un tratamiento especial para estos niños.

La profesora Mayagoitia se hizo cargo de la Dirección General de Educación Especial, terminando su administración en 1976. Durante este periodo se formaron grupos integrados en el Distrito Federal y aparecen los Centros de Rehabilitación y educación Especial (CREE).

Para 1978 se creó la Confederación Mexicana de Asociaciones en Pro del Deficiente Mental A.C., como una necesidad de ayudar y orientar a niños deficientes mentales y a sus padres.

Posteriormente a esta fecha no se han encontrado de manera oficial , datos similares o acontecimientos en pro de la educación especial. Sin embargo, en la actualidad existen, según el censo de 1990, 2103 escuelas registradas que atienden a niños discapacitados física e intelectualmente (Centros Psicológicos, Centros de Capacitación, Unidades de Grupos Integrados, Centros de Intervención Temprana.).

1.2 Problemas que requieren educación especial.

Los diversos tipos de problemas o discapacidades que requieren de una atención especializada son clasificados para fines educativos y

terapéuticos, así mismo, es importante tener en cuenta las causas que los provocaron, pues ello, permitirá definir con más precisión el tratamiento o proceso de intervención a seguir y las posibilidades que tiene la persona de superar la discapacidad que presenta o fortalecer otras áreas que contribuyan a un equilibrio social.

1.2.1 Clasificación.

La educación especial busca los diversos medios psicológicos, médicos y educativos, que les permitan ofrecer soluciones a los problemas de aprendizaje y adaptación que presentan los sujetos afectados por una o más deficiencias (7), entendiéndose por deficiencia *“toda pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica”*.(8)

Así pues se consideran sujetos de educación especial aquellos individuo que presentan dificultades para la realización de tareas relativas a su desarrollo por causas psicológicas o fisiológicas.

De acuerdo a ello y para fines educativos se han establecido categorías que intentan agrupar a los niños con alguna discapacidad según las características que presentan.

Zavalloni (9) presenta la siguiente clasificación:

7.- Posterior al término anormal, se nombró como deficientes a aquellas personas que presentaban alguna característica distinta a la de la norma; cabe señalar que este término hace referencia a la eficiencia o no de una persona, en este caso a la ineficiencia de alguna parte del cuerpo.

El término discapacidad es aplicado actualmente a las personas que no son capaces de realizar una actividad debido a la ausencia o malformación de algún órgano que dañe su estructura biopsicosocial.

8.- Sánchez Cerezo. Diccionario de educación especial. Pág. 764.

9.- Zavalloni. Introducción a la pedagogía especial. Pág. 15 y 16.

Inadaptados físicos	Sensoriales Disminuidos motores	visuales auditivos
Inadaptados mentales	débiles mentales	
Inadaptados sociales	delincuentes caracteriales	

La Organización Mundial de la Salud ⁽¹⁰⁾ determinó la siguiente clasificación.

- Deficiencias motrices y afecciones orgánicas.
- Trastornos del carácter.
- Deficiencias auditivas.
- Retraso mental.
- Trastornos de la palabra y el lenguaje.
- Deficiencias visuales.
- Deficiencia múltiples o asociadas.

Patton en su libro Casos de educación especial determina una tipología parecida a la señalada por la Organización Mundial de la Salud.

10.- Sánchez Cerezo. Op. Cit. Pág. 784

**Trastornos del aprendizaje
y la conducta**

- Problemas de aprendizaje.
- Perturbaciones emocionales y trastornos de la conducta.
- Retraso mental.
- Impedimentos severos y profundos.

**Deterioro físico, sensorial
y de la comunicación**

- Deterioro físico y de la salud
- Deterioro visual.
- Deterioro auditivo
- Trastornos de la comunicación

Otras áreas

Niños superdotados

Diversidad cultural

A continuación se hace una breve descripción de cada una de las tipologías propuestas por Patton por considerar que es la más completa.

1.- Trastornos del aprendizaje y la conducta.

Problemas de aprendizaje.

Por problema de aprendizaje *"se entiende el trastorno de uno o más de los procesos psicológicos básicos asociados con la comprensión o el uso de lenguaje hablado o escrito, que puede manifestarse como una deficiencia para escuchar, pensar, hablar, leer, escribir, deletrear o realizar cálculos aritméticos. Este término incluye condiciones tales como problemas perceptuales, lesión cerebral, disfunción cerebral mínima, dislexia y afasia del desarrollo. El término no incluye a niños cuyos problemas de aprendizaje se deben principalmente a impedimentos visuales, del oído o de índole motor, retraso mental o condiciones precarias de tipo ambiental, cultural o económico".(11)*

Perturbaciones emocionales y trastornos de la conducta.

Los trastornos o problemas de conducta y las perturbaciones emocionales son la forma más común en que las dificultades de los niños se manifiestan.

Su comportamiento es lo contrario a lo que socialmente se considera una conducta social aceptable ya que golpea, destruye, miente, roba, en fin, frecuentemente viola normas establecidas.

Retraso mental.

El retraso mental *"significa un funcionamiento intelectual general, notablemente por debajo del promedio."*⁽¹²⁾ J. De Ajuriaguerra ⁽¹³⁾ precisa que sólo debe hablarse de retraso mental cuando coinciden los siguientes tres criterios .

1.- Criterio psicométrico evaluado a través de test de cociente intelectual con una puntuación inferior a 70.

2.- Criterio de adaptación social, cuando el individuo está imposibilitado de prescindir de ayuda que puede ser de varios aspectos (incapacidad de autoprotección, de comunicación, de autonomía, de vestimenta, alimentaria, higiénica, etc.).

3.- Criterio biológico, cuando existe una lesión en el cerebro, cualquiera que sea la causa.

Impedimentos severos y profundos.

Los impedimentos severos y profundos son conocidos también como múltiple invalidez o plurideficiencia. Las personas que se encuentran afectadas por la múltiple invalidez presentan mayores problemas para ser educados debido a que presentan dos o más discapacidades de características diferentes. Por ejemplo algunas personas presentan una deficiencia visual o auditiva, o alguna incapacidad física, además de retraso mental o perturbación emocional.

No obstante y gracias al esfuerzo realizado por profesionales en el área, las expectativas relacionadas con estos niños han mejorado significativamente.

2.- Deterioro físico, sensorial y de la comunicación.

Deterioro físico.

El deficiente físico es aquel que *"por defecto de desarrollo congénito, adquirido, enfermedad o desgracia es o puede resultar deficiente en el uso de su cuerpo y sus miembros"* (14), como puede ser el caso de los niños que padecen poliomielitis la cual afecta los miembros inferiores.

Deterioro visual.

El deterioro visual es la disminución de la vista en uno o ambos ojos, incluso hasta el grado de no poder ver, a lo que Buchon (1968) llamaría deficiencia grave de la visión.

La educación de estos niños se realiza a través de los sentidos del tacto, del gusto, del oído y de la percepción cinética.

Deterioro auditivo.

Las personas que no pueden percibir los tonos normales audibles, son consideradas deficientes en su audición.

Los niños que tienen deficiencia auditiva grave (entre 70 a 90 o más decibeles) ⁽¹⁵⁾ por lo general no desarrollan su lenguaje adecuadamente (debido a que éste se adquiere a través de la imitación de los sonidos escuchados), lo cual obstaculiza su educación.

Por ello el lenguaje de los sordos se expresa a través de las manos, que le permite comunicarse unos con otros, a través de distintos movimientos, haciendo posible su educación.

Trastornos de la comunicación o del lenguaje

"Son todas las diferencias de la norma en cuanto a forma, grado cantidad, tiempo y ritmo lingüístico que dificultan las posibilidades de expresión de las funciones de la comunicación lingüística oral o escrita."
⁽¹⁶⁾

3.- Otras áreas de la educación especial.

Niños superdotados.

Por lo general se usa este término para señalar a los individuos cuya capacidad intelectual es superior a la de la norma. (coeficiente intelectual mayor a 120).

La herencia, el ambiente y la educación, son factores que determinan ya sea en conjunto o individualmente el desarrollo intelectual superior de los niños, los cuales deben de contar con profesores que les permitan y proporcionen los estímulos necesarios para continuar desarrollando su intelecto.

15.- Una conversación normal a un metro es del orden de 65 decibeles. Un fortísimo de orquesta puede llegar al orden de los 100 decibeles.

16.- Sánchez Cerezo. Op. Cit. Pág. 1245.

Diversidad cultural.

Patton (1986) considera la diversidad cultural como candidata a la educación especial debido a la diferencia de creencias, costumbres, hábitos, etc., que hay de una región a otra, pudiéndose considerar anormal algunas de las conductas de las personas que emigran a una región que no adopte las mismas conductas que en ocasiones favorecen el rechazo de los niños en las escuelas por no ser iguales a los demás que ahí asisten.

1.2.2 Etiología.

“Los hallazgos de la investigación perinatal realizados en los últimos 40 años, permiten afirmar que la supervivencia infantil y el desarrollo del niño están determinados en buena medida por el desempeño reproductivo de la mujer” (17) entendiéndose por ello la capacidad que tiene la mujer para procrear en forma consciente y responsable, actitudes que favorecen la disminución de posibles complicaciones y enfermedades de la madre y por lo tanto del niño.

Así pues las discapacidades que presentan algunos niños están determinadas por diferentes factores que la madre puede evitar si tiene el debido cuidado durante el desarrollo del embarazo, sin embargo, los accidentes que se presentan y suceden al niño después del parto, también pueden determinar la presencia de una discapacidad.

A continuación se presentan algunas de las situaciones que determinan las discapacidades y que pueden presentarse en la vida prenatal, perinatal o posnatal del niño.

a) De ocurrencia prenatal.

La consulta prenatal permite al médico supervisar el desarrollo del embarazo y diagnosticar posibles complicaciones durante el tiempo de gestación, pudiendo prevenir de esta forma problemas de salud tanto para la madre como para el producto y así evitar las secuelas que dejan dichas complicaciones, por ejemplo, las infecciones como la toxoplasmosis puede ocasionar microcefalia, por su parte la rubéola, sífilis y herpes pueden afectar los órganos visuales y auditivos. Todos estas afecciones son potencialmente nocivas para el desarrollo del feto, el cual sufre lesiones mayores cuando la afección se presenta en el primer trimestre del embarazo, pues en este periodo es cuando diversos órganos y sistemas se encuentran en formación ; cuando la afección se presenta en el segundo trimestre las lesiones son menos severas, pues ya ha concluido la formación de la mayoría de los órganos.

La incompatibilidad del factor Rh pueden ser causantes de que el niño presente algunos problemas. Cuando una mujer que presenta un tipo sanguíneo Rh negativo y engendra un hijo Rh positivo ocasiona que la madre produzca anticuerpos ante la presencia de antígeno en su sangre ajenos a ésta, que al pasar al organismo del feto destruyen los glóbulos rojos provocando ictericia, dañando el Sistema Nervioso Central (SNC).

"Todo niño nace con un determinado potencial de desarrollo, que está condicionado a determinantes genéticas que se han ido estableciendo ..." (18) lo que condiciona las llamadas anomalías genéticas, que pueden ser heredadas al nuevo ser, a través de la

presencia de la anomalía en uno de los padres, en este caso el niño tiene "... un 50% de probabilidades de heredar el defecto..."⁽¹⁹⁾, o bien, sin que este presente la anomalía en alguno de los padres pueden ser portadores de un gen recesivo que condicione a una discapacidad para la cual el niño tiene "...un 25% de probabilidades de que se manifieste la anomalía y un 50% de probabilidad de ser portador."⁽²⁰⁾

Núñez Urquiza (1988) en su investigación sobre la desnutrición en mujeres mexicanas embarazadas, destaca el impacto que tiene en los niños las carencias vitamínicas en su desarrollo cognitivo.

Otro factor que determina una discapacidad, es la ingestión de fármacos, tóxicos y alcohol⁽²¹⁾ durante el embarazo, los cuales producen cambios metabólicos en el feto. El tabaco, afirma Galindo (1987)⁽²²⁾, llega a influir en el SNC produciendo retardo en el desarrollo del niño que frecuentemente irá asociado a malformaciones o anomalías.

b) De ocurrencia perinatal.

"Los embarazos con riesgo no tratados ocasionan el sufrimiento del feto y un alumbramiento prematuro, dos factores que se encuentran con frecuencia ligados al origen con minusvalías físicas o psíquicas"⁽²³⁾, aumentando el riesgo si el niño prematuro adquiere alguna infección, ya sea en el canal del parto o en el hospital por falta de higiene dada la inmadurez inmunológica del bebé y el bajo peso al nacer.

Los sufrimientos fetales son ocasionados por diferentes causas como son: cordón umbilical demasiado largo (provocando anoxia en el niño cuando éste llega a enredarse en el cuello del producto ocasionando asfixia); la desproporción entre el tamaño de la pelvis materna y la cabeza del niño, así como la mala utilización de fórceps.

c) De ocurrencia postnatal.

Las condiciones socioeconómicas también determinan el desarrollo del niño, así pues aquellos de estratos socioeconómicos de bajos ingresos, por lo general habitantes de zonas urbanas marginadas o rurales sin servicios básicos de salud ni de educación, están más expuestos a la desnutrición desde pequeños, lo cual deteriora su condición física e intelectual.

Los problemas de infección de los niños, afortunadamente pueden ser prevenidos a través de la vacunación contra enfermedades como el sarampión, la poliomielitis, la varicela, etc., que atacan el SNC, dejando secuelas graves en los niños que las padecen *"... hasta antes de iniciarse las campañas de vacunación masiva contra el sarampión... más de 2300 niños al año quedan con secuela... estas cifras han descendido radicalmente en los últimos años gracias a la vacunación, sin embargo el potencial sigue presente en todo niño que padezca cuadros de estas enfermedades"* (24) y de acuerdo a las investigaciones de Nigenda y Orozco (1990) se presentan por la ignorancia de las madres (condiciones económicas), por las tradiciones (cuestiones culturales), la falta de servicios (condiciones socio - económicas).

Cabe señalar que los niños que habitan los medios rurales son los que se encuentran en condiciones de mayor riesgo ya que la gente que habita estos medios se encuentra más arraigada en sus tradiciones utilizando para "la cura" de enfermedades téis que sus antepasados utilizaban, dado esto no necesitan del médico, ni sus "curas". Esto obstaculiza la tarea médica en el medio rural, lo que disminuye un tanto en el urbano donde las campañas publicitarias de vacunación sensibilizan en cierta medida a la población, además de que la cartilla de vacunación es un requisito para que el niño ingrese a la escuela, razón de más por la cual las madres vacunan a sus hijos, y de esta forma contribuyen a erradicar las enfermedades infecciosas.

A continuación se presenta un cuadro de problemas que pueden presentarse en el niño, originados por algunas de las causas antes mencionadas.

Factores prenatales	Infecciones.	Microcefalia Síndrome de Frohlich. Afecciones Visuales y auditivas
	Determinantes genéticas	Vitiligo Microcefalia familiar. Enfermedad de Gaucher. Hemofilia.
	Alteraciones cromosómicas	Síndrome de Dawn. Síndrome de Turnes Síndrome de Kinefelter. Síndrome de Edwards.
	Desnutrición matema	Deficiencias nutricionales. Bajo peso al nacer. Bajo tono muscular.
	Ingestión materna de Fármacos y alcohol.	Malformaciones múltiples. Retraso mental. Retardo en el desarrollo. Eclampsia.
	Factor Rh.	Entroblastosis fetal. Derrame hipercardiaco. Parálisis cerebral.

	Congénitas.	Acondroplasia Exostosis múltiples. Encefalocele Catarata congénita. Defectos del oído.
--	-------------	--

Factor perinatal.	Trauma obstétrico.	Lesiones del SNC. Epilepsia.
	Sufrimiento fetal.	Desarreglos metabólicos. Afección del SNC. Luxaciones congénitas. Deficiencia mental.
	Infección.	Oftalmía. Meningoencefalitis Septicemia. Piodermitis.

Factor postnatal.	Infecciones.	Deficiencia en el desarrollo. Beri-beri. Xeroftalmia. Escorbuto.
	Desnutrición	Gastroenteritis. Septicemia.
	Parásitos.	Problemas mentales.
	Traumatismos	Deficiencia mental. Epilepsia.

1.3 Legislación de la educación especial.

La infancia es la etapa en la cual se le proporciona al niño los elementos necesarios (educación, hábitos, valores, normas, etc.), para su desarrollo, sin embargo, existen niños que presentan discapacidades físicas y/o intelectuales, las cuales durante mucho tiempo estuvieron al margen de la atención médica y de la

educación; incluso se les condenaba a la muerte, no olvidemos que en Grecia se referían casos de niños que al nacer con alguna discapacidad eran condenados a morir.

En 1989 la Organización de las Naciones Unidas (ONU), aprobó la convención sobre los "Derechos de los niños", la cual tiene sus antecedentes tanto en la Declaración de Ginebra en 1924 como en la Declaración de los Derechos de los Niños adoptada también por la ONU en 1959, teniendo "... por objeto responsabilizar a los gobiernos y a la sociedad que les suscriben del respeto de los derechos y de la dignidad de los niños" (25); en este sentido México ratificó la convención en septiembre de 1990, asumiendo las obligaciones de respetarla y difundirla.

Por ello tiene la obligación de proteger y proporcionar la atención necesaria a los niños discapacitados, ya que el artículo 23 de dicha convención establece lo siguiente:

"1.- Los Estados Partes reconocen que el niño mental y físicamente impedido deberá disfrutar de una vida plena y decente, en condiciones que aseguren su dignidad, le permitan llegar a bastarse a sí mismo y faciliten la participación activa del niño en la comunidad.

2.- Los Estados Partes reconocen el derecho del niño impedido a recibir cuidados especiales y alentarán y asegurarán, con sujeción a los recursos disponibles, la prestación al niño que reúna las condiciones requeridas y a los responsables de su cuidado de la asistencia que se solicite y que sea adecuada al estado del niño y a las circunstancias de sus padres o de otras personas que cuiden de él.

3.- *En atención a las necesidades especiales del niño impedido, la asistencia que se preste conforme al párrafo segundo del presente artículo será gratuita siempre que sea posible, habida cuenta de la situación económica de los padres o las otras personas que cuiden del niño, y estará destinada a asegurar que el niño impedido tenga un acceso efectivo a la educación, la capacitación, los servicios sanitarios, los servicios de rehabilitación, la preparación para el empleo y las oportunidades de esparcimiento y reciba tales servicios, con el objeto de que el niño logre la integración social y el desarrollo individual, incluido el desarrollo cultural y espiritual, en la máxima medida posible.*

4.- *Los Estados Partes promoverán con espíritu de cooperación internacional, el intercambio de información adecuada en la esfera de la atención sanitaria, preventiva y de tratamiento médico, psicológico y funcional de los niños impedidos, incluida la difusión de información sobre los métodos de rehabilitación y los servicios de enseñanza y formación profesional, así como el acceso a esa información, a fin de que los Estados Partes puedan mejorar su capacidad y conocimientos y ampliar su experiencia en estas esferas, a este respecto se tendrá especialmente en cuenta las necesidades de los países en desarrollo.” (26)*

Por otra parte el Sistema Educativo Nacional y de acuerdo a los principios establecidos en el artículo 3º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la Ley General de Educación determina en el artículo 39 que *“en el sistema educativo nacional queda comprendida ... la educación especial...” (27)* precisando las condiciones de atención a través del artículo 41, el cual establece:

26.- UNICEF/CDHDF. *Convención de los derechos de los niños*. Pág. 24 - 25

27.- *Revista Mexicana de Pedagogía. SEP/Documentos*. Pág. 8

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

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

Esta educación incluye orientación a los padres o tutores, así como también a los maestros y personal de escuelas de educación básica regular y que integren a los alumnos con necesidades especiales de educación." (28)

El marco legal establecido por el gobierno mexicano en relación a la educación es una muestra de apremio para involucrarse y contribuir al desarrollo del individuo, para que ejerza plenamente sus capacidades a través de la difusión del respeto y el cumplimiento de los acuerdos establecidos, pese a ello no define lo que entiende por discapacidad, ni deja claro quienes son aquellos que requieren educación especial.

Como se había mencionado, la discapacidad se refiere a la carencia de alguna función psicológica, fisiológica o anatómica que limita la acción del individuo, como es el caso de los niños con retraso mental o los de disminución auditiva, éste no es el caso de aquellos niños que provienen de una cultura diferente o de los superdotados, pues cuentan con las capacidades necesarias para desarrollarse y realizar las actividades que "los otros" realizan. La

legislación en materia de educación especial ha permitido que se abran las puertas a la educación de los niños discapacitados y que se les proporcione a las familias orientación y apoyo necesario.

CAPITULO 2

EL NIÑO CIEGO

Capítulo II. El niño ciego

La vista, sentido a través del cual percibimos colores, formas, tamaños, etc., puede verse afectada por diferentes causas ocasionando su pérdida.

Cuando esto ocurre a edad temprana, los niños pueden ver afectado su desarrollo físico, social y afectivo, sin embargo, a través de un diagnóstico objetivo, preciso y oportuno se le puede proporcionar el tratamiento adecuado según su situación. A lo largo de este capítulo abordaremos el tema de la ceguera y las dificultades que representan para el niño.

2.1 La vista.

“Había una vez seis ciegos, que estaban sentados al borde de un camino y pedían limosna. Mientras lo hacían, comentaban cómo debía ser probablemente el mundo y los animales que vivían en él.

- Nunca he tocado un elefante - dijo uno de ellos.

- Yo tampoco - dijeron los otros cinco - ¡cómo será!

Cierto día, hubo un gran alboroto en el camino. ¡Pasaba un elefante!

- Déjanos tocar tu elefante - le pidió uno de los ciegos al conductor del animal.

- Con mucho gusto - respondió el conductor, y los mendigos procedieron a hacerlo

- ¡ah! - dijo el primero, cuando se estiró y tocó el enorme costado del elefante -. ¡Un elefante es idéntico a una pared!.

- Por cierto que no - declaró el segundo mientras tocaba el colmillo -. Un elefante no es como una pared. Es largo, liso y puntiagudo. Se parece a una lanza.

Mientras tanto, el tercer mendigo había asido una de las patas del elefante.

- Un elefante es alto y redondo como un árbol declaró.

El cuarto asió la trompa y exclamó.

- Un elefante es largo y redondo, pero se retuerce de lado a lado y hacia arriba y abajo. Parece una víbora.

El quinto ciego era muy alto. Se estiró tanto que pudo tocar fácilmente la oreja del elefante

- Todos ustedes están equivocados - manifestó -. Un elefante se parece a un enorme abanico.

El sexto mendigo ciego, que era muy viejo, apenas tuvo tiempo de asir al elefante cuando éste se ponía en marcha. Le aferró la cola.

- Todos ustedes están equivocados - grito -. Un elefante no es una pared, ni un árbol, ni una lanza, ni una víbora; tampoco se parece a un abanico. ¡Es idéntico a una cuerda!.

El elefante siguió su camino, pero los seis ciegos discutieron durante todo el día, mientras continuaban sentados junto a la carretera." (29).

El sentido de la vista nos permite distinguir formas, tamaños y colores, ya sea de seres animados o inanimados. En nuestra sociedad existen personas que carecen de éste sentido, lo cual les impide contemplar el mundo que les rodea, como es el caso de los protagonistas de la historia aquí relatada, los cuales utilizan el sentido del tacto para reconocer lo que encuentran a su alrededor, errando en algunos casos la forma de los objetos porque no son contemplados como un todo.

La pérdida de la vista esta relacionada con varias causas, sin embargo, y sin importar por ahora cuales sean, éstas pueden alterar o deformar algunos órganos que intervienen en el proceso de la visión, ocasionando ceguera.

El ojo es el conjunto de órganos entrelazados entre si que permiten la percepción visual; éste se encuentra situado en una cavidad llamada órbita, ubicada a ambos lados del cráneo. (fig.1)

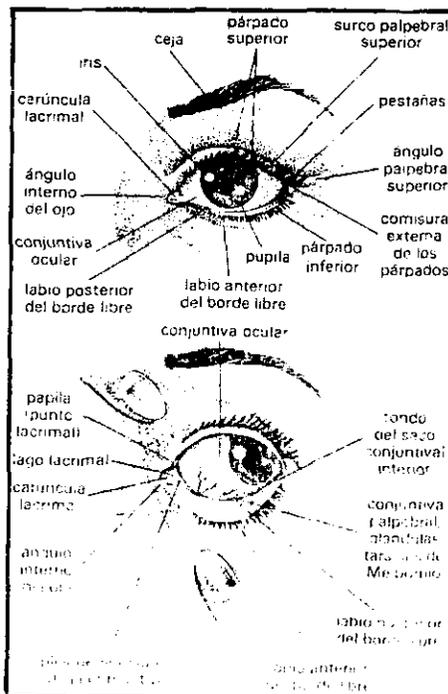


fig. 1

El ojo o globo ocular consta de tres capas que son: la esclerótica, membrana muscular o úvea y la retina. Además en su interior se halla el humor acuoso y el humor vítreo, entre otros.

La esclerótica o como vulgarmente se conoce "lo blanco del ojo", es la capa externa del globo ocular, la cual sirve para sostener todos los miembros del ojo, y está formada por fibras colágenas y fibras elásticas, por lo cual posee una gran elasticidad. El centro de la parte anterior de la esclerótica presenta una abertura, que es donde se ubica la córnea; la cual tiene como función doblar los rayos luminosos que entran a la visión y transmitirlos al cristalino.

La úvea o membrana vascular es la capa media del globo ocular. Esta se divide a su vez en úvea posterior o coroides y úvea anterior, formada por el iris y el cuerpo ciliar.

La coroides es una membrana de color oscuro que tapiza por dentro a la esclerótica. La función de la coroides es puramente nutricional, sensitiva, sensorial e inmunitaria.

El iris gradúa la cantidad de la luz mediante la modificación del orificio pupilar que se encuentra en su centro. Su color varía de acuerdo a la cantidad de pigmento que posea.

En el cuerpo ciliar se distinguen las fibras del cuerpo ciliar *"...que intervienen en el proceso de la acomodación... Otra función importante de éste órgano es la de segregar por un proceso metabólico activo al humor acuoso."* (30)

La capa interna del globo ocular es la retina, donde se encuentran

situadas las células fotorreceptoras que son los conos y los bastones, especializados en la visión diurna y nocturna respectivamente.

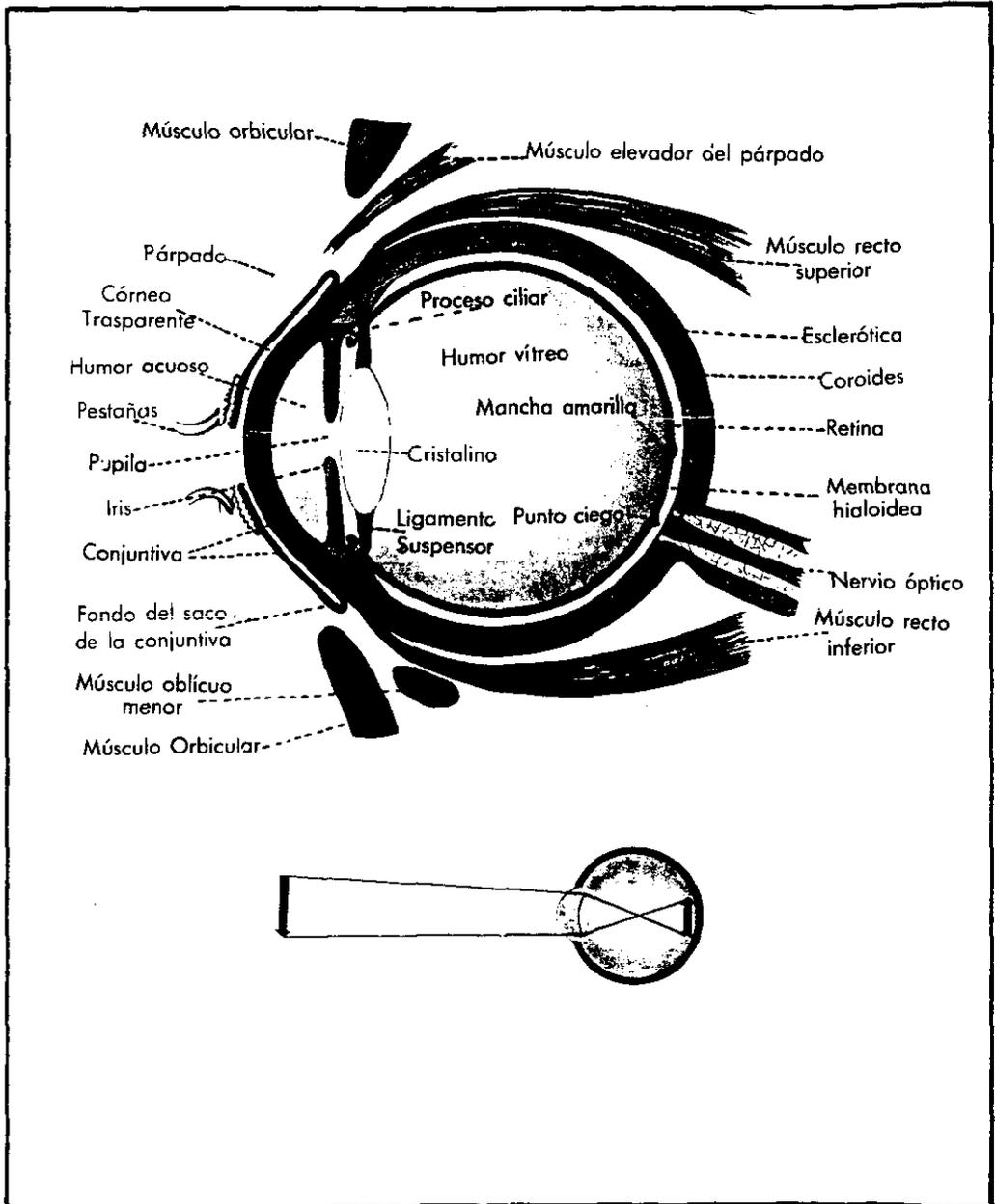
En el centro del ojo existen más conos, mientras que en la periferia, o sea, en los lados, dominan los bastones. *"...dado que estas células son verdaderas neuronas tienen un axón que van a hacer sinapsis con la segunda neurona de la vía óptica situada aún en la retina..., o hace sinapsis con la tercera neurona o célula ganglionar cuyo cilindroeje reunido con todas las células ganglionares sale del globo ocular formando el nervio óptico ... que llevarán los impulsos visuales aferentes por la vía óptica hasta el lóbulo occipital."* (31)

El cristalino situado por detrás del iris, funciona como un lente biconvexo, lo que permite que se forme la imagen en la retina.

"El sistema visual como conjunto de estructuras fisiológicas, resulta una unidad compleja formada por membranas, glándulas, líquidos, neuronas y otros tipos de células y músculos e irrigación sanguínea..." (32) que al igual que una cámara fotográfica imprime imágenes, pero no en un papel, sino en la retina, la cual nos permite visualizar imágenes reales en cuestión de segundos.

31.-Ibidem.

32.Verdugo. Personas con discapacidades. Pág. 331.



2.2 La ceguera.

Las alteraciones en la composición y/o el funcionamiento de las estructuras que intervienen en el sistema visual determinan déficits visuales con diversas consecuencias, algunas de ellas pueden ser corregidas por medio de lentes ópticos, por lo que se podría decir que son déficits parciales, mientras que los déficits totales serían aquellos en los cuales el individuo se encuentra incapacitado para ver.

A la incapacidad para ver se le denomina como ceguera, pese a ello existen criterios diferentes para determinarla, así pues, oftalmológicamente hablando se considera ciega a toda persona que en el sentido estricto de la palabra no percibe en los más mínimo nada, incluyendo la luz.

Por otro lado y de acuerdo al orden médico - legal y atendiendo cuestiones educativas la ceguera se evalúa a través de dos parámetros básicos, la agudeza visual y el campo visual.

La agudeza visual es la capacidad que tiene el individuo para discriminar detalles, símbolos u objeto, de forma clara a una distancia determinada.

El campo visual se mide a través de grados y está determinada por la porción del espacio que se alcanza a percibir simultáneamente mientras la mirada está fija en un punto.

"Un campo visual monocular normal alcanza hasta 90° en dirección temporal, hasta 60° aproximadamente en las direcciones nasal y superior, y hacia abajo unos 70°." (33) (fig. 2)

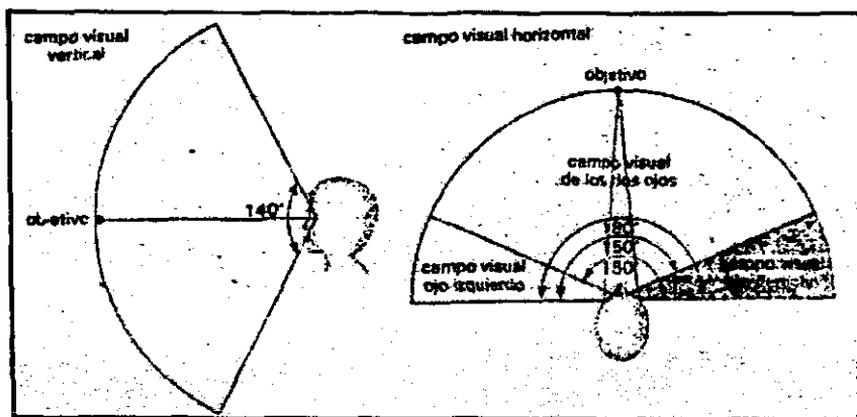


fig. 2

Diferentes autores llegan a coincidir que se considera ciego de acuerdo con éstos parámetros a toda persona cuya agudeza visual es menor a $1/50$, o bien menor de $1/35$, con un campo visual limitado a 30° , o agudeza de $1/20$ con un campo visual de 15° (ver anexo 1).

Herren Henry (1982) clasifica a los ciegos en :

1.- Ciegos totales o prácticamente totales: son aquellos que carecen de visión total o existe una pequeña porción de luminosidad.

2.- Ciegos parciales: son los individuos que logran orientarse a través de luz sin embargo, como su visión esta muy disminuida es insuficiente para la vida escolar y profesional.

3.- Ambliopes profundos: estos individuos llegan a percibir los colores y la visión de cerca les permite la adquisición de la lecto-escritura.

Así pues y de acuerdo a lo descrito anteriormente se considera ciego a todo individuo que se encuentra disminuido de la visión al grado que le impida su autosuficiencia para la realización de algunas tareas como caminar, escribir, leer ..., apoyándose para ello en recursos destinados a ese fin.

2.3 Etiología

Si bien las personas con trastornos visuales mantienen una misma característica que es la disminución grave de la visión , no se puede decir que también compartan la causa por la cual están afectados de la visión.

Las causas que provocan la pérdida de la visión son múltiples y de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (1991) se pueden sistematizar de la siguiente forma:

- 1.- Accidental.
- 2.- Hereditaria.
- 3.- Congénita.

- 4.- Degenerativa.
- 5.- Metabólica.
- 6.- Nutricional.
- 7.- Infecciosa.
- 8.- Neoplástica.
- 9.- Glaucomatosa.
- 10.- Miópica.
- 11.- Ambliópica.
- 12.- Tóxica
- 13.- Otras.
- 14.- Desconocidas.

“En los países subdesarrollados, las causas son fundamentalmente infecciosas y parasitarias, mientras que en los países desarrollados económicamente son de naturaleza tóxica, congénita o accidental” (34)

Los accidentes provocan traumatismos craneales que en ocasiones afectan el área de la visión, provocando ceguera en un 8%. Los primeros traumatismos a los cuales se enfrenta el niño pueden ocurrir durante el parto, ya sea por un mal manejo de fórceps, o bien, cuando el niño es expulsado del vientre de la madre con demasiada fuerza y el médico y/o la enfermera no lo sostienen a tiempo, cayendo este al suelo.

Después del parto los accidentes que pueden causarle un traumatismo por lo general son caseros, en su mayoría ocasionados cuando el niño se cae de la cama, cuando empieza a caminar o por jugar en lugares peligrosos.

La herencia con carácter autosómico dominante o recesivo, son la principal causa de ceguera en un niño, determinándola un 14 a 15%.

Las enfermedades congénitas como las retinopatías pigmentarias, degeneraciones retinianas y maculares, cataratas congénitas, ectopatías cristalinas, hidroftalmia, albinismo, malformaciones del nervio óptico, entre otras, ocasionan la ceguera en el niño.

La diabetes, enfermedad metabólica, causa la ceguera en personas de entre 45 y 64 años de edad y no en menores, sin embargo, es importante que las personas que la padezcan mantengan un control de dicha enfermedad ya que ésta es hereditaria y aunque no le provoque daños inmediatos al niño en los órganos de la visión, si puede ocasionarle otro tipo de problemas en su desarrollo.

Es importante cuidar el aspecto nutricional de la madre cuando está embarazada y del niño cuando ya ha nacido, pues la falta de vitaminas puede ocasionar ciertas afecciones de tipo visual, por ejemplo, la falta de vitamina A ocasiona xeroftalmia o ceguera nocturna constituyendo *... la principal causa de ceguera en los niños de edad preescolar y escolar en muchos países subdesarrollados o en vías de desarrollo.*" (35)

Algunas enfermedades infecciosas como la meningitis, rubéola, lepra, varicela, sífilis, tracoma, toxoplasmosis, entre otros, determinan la ceguera en un 10%.

Las infecciones pueden ser transmitidas al producto en el periodo de gestación o en el canal del parto, las cuales pueden atacar diferentes órganos visuales como son los párpados, la conjuntiva, la córnea, el aparato lagrimal, el iris, la coroides, la retina o el nervio óptico.

La lepra y la toxoplasmosis provocan la destrucción de los tejidos, ésta última al igual que la sífilis ocasionan intensas perturbaciones en el SNC, lo cual produce modificaciones oculares como el nistagmo, microftalmos, cataratas o membranas pupilares; mientras que el tracoma *"... produce una inflamación en los párpados y la formación de pequeños corpúsculos en la mucosa del mismo..."* (36) ocasionando que el párpado se voltee hacia adentro (entropión) o hacia afuera (ectropión).

El glaucoma causa ceguera en una de cada ocho personas debido a *"... una acumulación anómala de líquido en los ojos, lo que produce altas presiones intraoculares que afectan gravemente la visión."* (37)

La miopía y la ambliopía se refieren a la disminución de la visión ya sea leve o grave. Cuando son leves pueden ser corregidas por lentes según lo determine el oftalmólogo o el oculista, sin embargo, la no corrección puede agravar el problema ocasionando cansancio, cefalea o falta de rendimiento escolar en los niños o, incluso agrava el problema en gran medida.

El neonato corre gran riesgo cuando la madre es afecta a consumir algún tipo de tóxico.

Las cataratas y el desprendimiento de retina son algunas otras causas que provocan la ceguera.

Es cierto que existen otras causas que aún no están determinadas, sin embargo y a pesar de ello se puede prevenir un gran número de casos de ceguera con programas sanitarios dirigidos a la población en general, donde se recalque la importancia del periodo de gestación de la mujer para la vida del nuevo ser, pues de acuerdo al desarrollo de dicho periodo estará determinado en gran medida la salud del niño.

2.4 Tipos de ceguera.

La ceguera puede presentarse en el individuo desde el momento en que es concebido según las causas que la provoquen.

Cada individuo puede manifestar diferentes síntomas y características de acuerdo al tipo de ceguera que adquiera.

Ceguera al color.

Ceguera diurna.

Ceguera nocturna.

Ceguera cortical o central.

Ceguera histérica.

Ceguera verbal.

La ceguera al color llamada también acromatopsia es una anomalía congénita y se caracteriza por la falta de percepción de los colores. Por lo general las personas que padecen esta enfermedad sólo perciben los objetos en blanco y/o gris. *“La herencia de ésta alteración ésta vinculada a un gen recesivo que se presenta*

aproximadamente en el 4% de los varones y en un 0.4% de las mujeres."⁽³⁸⁾

Las personas que presentan mala visión en lugares luminosos padecen de ceguera diurna y está acompañada de fotofobia.

La causa de este tipo de ceguera se debe a la falta de receptores sensitivos de la retina (conos) los cuales responden a la estimulación de la luz en abundancia. La falta de conos en la fovea central, baja los niveles de percepción de los individuos en los lugares luminosos.

Los bastones por su lado, receptores sensitivos también de la retina, tienen como función percibir los objetos en la obscuridad, la falta de estos receptores provocan la mala visión en lugares poco iluminados, o sea, padecen de ceguera nocturna, la cual se encuentra ligada a individuos que presentan déficits de vitamina A.

En los hemisferios cerebrales se encuentran situadas las regiones especializadas para la realización de funciones tales como: regular el tono muscular y la vigilia, procesar y almacenar la información que llega del exterior, etc.

Al nivel de los lóbulos occipitales se encuentran las áreas corticales en donde se asientan las funciones sensoriales, entre ellas la visión.

La ceguera cortical o central se presenta cuando existen lesiones orgánicas en el "cortex visual" donde se encuentran las áreas corticales, descartándose así toda posibilidad de patología en el ojo cuando se presenta este tipo de ceguera.

Cuando una persona pierde la visión sin que existan causas orgánicas oculares o neurológicas que la justifique se dice que padece ceguera histérica.

La ceguera psíquica o llamada también agnósia visual se caracteriza por la incapacidad del individuo para nombrar o identificar cualquier estímulo que se le presente, ya sea de color, animal, forma, etc., a pesar de percibir gran parte del estímulo que se le presenta. Cuando la agnósia se presenta solamente en los signos verbales el sujeto puede reconocer las letras por separado pero no puede reconocer las palabras formadas por dichas letras, ni tampoco comprender su significado.

La ceguera verbal es un trastorno en el lenguaje que ésta ligada a una lesión cerebral, igual que la agnósia visual la alexia, llamada también así, impide que el individuo pueda leer, ya que no asocia los símbolos gráficos ni los conceptos que se le presentan.

2.5 Detección de la ceguera.

La ceguera al igual que otras discapacidades o enfermedades debe de diagnosticarse para su corrección, o en su defecto para proporcionar al individuo las herramientas necesarias para su desarrollo.

En realidad la detección de la deficiencia visual en la primera infancia es muy simple, tan simple que la madre del niño puede determinar si su hijo padece de la visión o no, ya que el recién nacido con visión normal es capaz no solo de ver sino también de fijar y seguir con la mirada a una persona o a un objeto.

Estos signos constituyen suficiente evidencia para determinar si el niño se encuentra mal de la visión. Sin embargo, la gravedad de la falta de la visión debe de determinarse y evaluarse a través de un diagnóstico crítico realizado por el médico o el oftalmólogo.

Por medio del diagnóstico, la aplicación de la historia clínica, historia de medicina de rehabilitación y el examen oftalmológico, se

nos permite conocer las condiciones de salud, así como el grado de alteración visual de la persona, prevenirla y en caso necesario tratarla por medio de recursos médico y quirúrgicos además de proporcionar en ocasiones ayudas ópticas, tales como lentes especiales para la lectura, lupas y telescopios.

La historia clínica de un niño se obtiene a partir de un adulto: su padre y/o su madre, y de acuerdo con los diagnósticos más comunes que se efectúan en el campo clínico, es recomendable que ésta contenga:

- Nombre.
- Edad.
- Momento de aparición del problema.
- Síntomas principales.
- Historia familiar (que permita descartar la posibilidad de herencia)
- Historia del parto. (para determinar si el origen del problema se presentó en dicho momento)
- Desarrollo motor. (para detectar alguna lesión neurológica)
- Historia médica. (para saber si ha sido tratado de alguna enfermedad grave con posibles secuelas.)

Posterior a la historia clínica del niño y si existen motivos se deberá realizar una valoración detallada del paciente. De acuerdo con Edward Keith (1993) algunas de las posibles indicaciones para valorar detalladamente a un paciente son:

- Escasa agudeza o agudeza desigual en ambos ojos.
- Estrabismo manifiesto.

- Estrabismo intermitente.
- Resultado sospechoso en la valoración indirecta inicial del equilibrio motor ocular.
- Disminución de la acomodación, convergencia o ambos.
- Variación significativa del reflejo retinoscópico o hipermetropía mayor de 2 dioptrías en la retinoscopia inicial.
- Antecedentes familiares de interés.
- Signos o síntomas inexplicables.

Ver anexo 2

Las pruebas que se utilizan para realizar una valoración y un diagnóstico detallado varían de acuerdo a la edad del niño, por ejemplo la prueba de oclusión alternante se puede realizar a partir de las primeras semanas de vida.

La prueba del Nistagmo Optocinético y la de selección obligatoria pueden aplicarse desde los seis meses de edad, al igual que la de Balón Stykar.

Para valorar a niños de 2 a 5 años se puede utilizar la prueba Sheridan-Gardier; los optotipos E y los anillos de Llandolt son aplicables también a niños desde los 2 o 3 años de edad. ⁽³⁹⁾

39.- Para mayor detalles de estas pruebas y de algunas otras más ver el anexo 3.

Para determinar el campo visual el médico se vale de un instrumento llamado campímetro visual para determinar que tanto percibe el niño a su alrededor.

Existen multitud de pruebas que son utilizadas por los optometristas y médicos, las cuales deben combinarse para poder obtener resultados fiables, sobre todo cuando los pacientes son niños.

Atkinson y Braddkinck ⁽⁴⁰⁾ han sugerido incluso que algunas de estas pruebas miden más la atención que la agudeza. Es por ello la necesidad de combinar las pruebas y aplicar la técnica más sofisticada que determine el grado de agudeza visual y así atender al niño de acuerdo a las características que presente.

2.6 Conducta y desarrollo del niño ciego.

El desarrollo del niño se ve afectado debido a la incapacidad que presentan sus ojos, órganos que permiten la estimulación visual y por ende la percepción de las formas, tamaños, superficies, etc.

El niño vidente se encuentra en constante estimulación visual en los momentos en que se encuentra despierto, ya que sus ojos pueden observar los diferentes objetos, percibe colores y tamaños, situaciones que mantienen su interés aún en casos de no tener la compañía de una persona; por el contrario los niños invidentes cuando se encuentran solos carecen de estimulación, es decir, no perciben el mundo exterior.

40.- Atkinson y Braddkinck en Keit Edwars. Optometría. Pág. 184

Las percepciones que reciben los niños ciegos a través del oído y del tacto en ocasiones no les proporcionan la información necesaria y exacta para conocer un objeto inaccesible a estos sentidos, como puede ser el cielo, los volcanes, una hormiga, entre otros, o bien, el objeto no se aprecia como un todo (recordemos la anécdota de los ciegos), aunado a ello la percepción táctil tiene que ser estimulada constantemente.

Cuando la madre o algún familiar no se encuentran en compañía con el niño para estimularlo, éste adopta conductas pasivas, éstas situaciones pueden obstaculizar el desarrollo del niño, por lo que en algunos casos presentarán retrasos que pueden ser de años comparados con los niños videntes.

"Lowenfeid señala que la ceguera impone tres limitaciones básicas:

- en la cantidad y en la variedad de experiencias que la persona pueda realizar,

- en la capacidad de conocer el espacio que lo rodea y moverse libremente y

- en el control del mundo que lo rodea y en las relaciones que establece el yo del niño ciego con este entorno." (41)

El desarrollo motor del niño ciego (entre el nacimiento y los primeros cuatro meses de edad) es similar al del niño vidente, en esta etapa se distinguen dos tipos de reflejos: primarios y secundarios.

Los reflejos primarios están presentes en el bebé desde que nace, como son: de succión, de búsqueda, de prensión palmar, de enderezamiento y de locomoción, prensión plantar, de incurvación y tónico de cuello.

Los reflejos secundarios se van presentando a lo largo de los primeros meses y entre los principales están: de paracaídas y de apego lateral y posterior.

Decíamos que en este periodo no se encuentran diferencias de tipo motor entre niños videntes e invidentes debido a que los movimientos que más realizan son gruesos y *“principalmente caracterizada por la preparación del organismo para la posterior adquisición de la movilidad.”* (42)

A partir de los cuatro a los nueve meses del niño invidente, es cuando empiezan a surgir las diferencias entre él y el vidente.

En esta etapa el niño logra coordinar la visión con la aprensión y utilizarla para manipular los objetos deseados *“este seguimiento visual de los objetos... hace que el lactante empiece a hacer grandes progresos en la construcción de un espacio y unos objetos independientes de su propia acción.”* (43)

Al niño ciego le costara más trabajo y más tiempo ubicarse en el espacio y sus movimientos se verán restringidos muy tempranamente. *“El innato deseo de los niños de practicar de forma inmediata los movimientos adquiridos en función del placer que*

42.- Verdugo. Personas con discapacidad. Pág. 355

43.- Ochoitia. Alumnos con ... pág. 37.

experimentan de perfeccionar su capacidad emergente, el niño ciego debe inhibirlo puesto que le resulta sumamente difícil controlar su entorno y los continuos obstáculos que se presentan, así que el miedo que ello genera, al que se le suma el miedo innato de todo ser humano frente al vacío” (44) por lo cual una de las tareas más difíciles para la persona ciega según Telford Charles (1973) es moverse independientemente.

Así pues el espacio del niño ciego se construirá de acuerdo a las referencias que perciba a través del oído y del tacto, por ejemplo, podrá saber que se encuentra en una habitación y que ésta se encuentra formada por cuatro paredes a través de su experiencia con el tacto. Es a partir de esta información que podrá desplazarse con mayor facilidad en lugares ya explorados.

El invidente tendrá que lograr la coordinación audio - manual, la cual es más tardía y más difícil de elaborarse que la visual - manual, por lo que hasta el final del primer año no conseguirá el niño ciego dirigir su mano para recoger intencionalmente un objeto sonoro.

Recordemos que la ausencia de la visión determina en el bebé una pasividad que en caso de estimularse (aunque inconscientemente) puede agravar el retraso en el desarrollo motriz y acarrear trastornos de tipo muscular como la hipotonía según estudios realizados por Jan y Robinson.

“... se observa a menudo una hipotonía acusada en brazos y piernas. Los niños ciegos que no han recibido los beneficios de una atención específica en los primeros años de su vida, parecen ignorar la fuerza que tienen sus brazos y manos; no empujan,...sus piernas pueden patear con energía para producir sonidos pero, en cambio, poca funcionalidad le confieren para trepar, subir o bajar una escalera.”
(45)

44.- Mércé. Op. Cit. Pág. 13-14

45.- Jan y Robinson en Mércé. Op. Cit. Pág.87

La vista es un elemento primordial para la adquisición del esquema corporal, a través de éste el niño se conoce a si mismo , observa sus manos, sus pies y a través del espejo puede ver reflejadas sus facciones. El niño ciego se ve limitado en el conocimiento de su yo, lo que puede provocar sentimientos de inseguridad, impotencia, soledad, frustración y miedo.

Cuando estos sentimientos no son canalizados tempranamente el desarrollo de la personalidad del niño se puede ver afectado, Freiber (1990) en un estudio realizado con niños ciegos plantea y comprueba está situación.

Cuando los niños no han interiorizado su esquema corporal se refieren a ellos en tercera persona *"Mc Guire y Meyers, en un estudio longitudinal de 27 niños ciegos... informaron que 46% de ellos se refieren a si mismos en tercera persona."* (46)

Las situaciones anómalas que presenta el niño ciego en la interiorización del yo pueden afectarle su relación con los otros, aunado a la actitud de la comunidad hacia estos niños.

Entre los dos y tres años los niños invidentes adquieren el lenguaje, el cual puede considerarse "normal", sin embargo debe tenerse cuidado de prevenir la ecolalia, es decir, que el niño repita un sin fin de palabras sin conocer su significado, ésto puede evitarse si se le explica al niño el significado de cada palabra.

"Algunas características del lenguaje del ciego comúnmente anotadas son las siguientes:

- 1.- El ciego habla más lentamente que el individuo de visión normal.*
- 2.- Habla en voz más alta, modula menos y emite los sonidos menos apropiados (más bien como un locutor de radio).*
- 3.- La persona ciega tiene menos variedad vocal y gestos.*
- 4.- El ciego mueve menos los labios al articular." (47)*

Los problemas de lenguaje que pueden aparecer en los niños ciegos se debe a la falta de interacción entre el niño y la madre.

Freiber (1990) puntualiza que el lactante con alteraciones visuales fracasa en empresas de cualquier búsqueda sostenida, lo cual lo deja con una desventaja temporaria en el desarrollo cognitivo.

Algunos niños ciegos pueden presentar más retraso en su desarrollo en comparación con otros niños de sus mismas características (ciegos), ello dependerá del momento en que se le otorgue la atención necesaria.

A continuación se presentan algunas de las conductas del niño ciego, la primera edad corresponde a los niños que reciben estimulación tempranamente y la segunda a los niños de nivel más bajo por falta de estimulación.

Postura y motricidad.

<i>Juega con sus manos</i>	<i>1.5 a 5 meses</i>
<i>Mantiene la cabeza erguida cuando lo llevan de un lado a otro.</i>	<i>2.5 a 6 meses</i>
<i>Controla la cabeza y los hombros cuando está apoyado en una almohada</i>	<i>3 a 6 meses</i>
<i>Levanta la cabeza en posición prona, apoyándose en antebrazos.</i>	<i>3 a 8 meses</i>
<i>Realiza apoyos laterales.</i>	<i>4 a 12 meses</i>
<i>Hace giros de posición prona a supina</i>	<i>5 a 12 meses</i>
<i>Rastrea. Avanza medio cuerpo si se le da un punto de apoyo.</i>	<i>6 a 12 meses</i>
<i>Juega con sus pies.</i>	<i>6 a 12 meses</i>
<i>Giros de posición supina a prona.</i>	<i>6 a 13 meses</i>
<i>En posición prona hace el avión o "volador"</i>	<i>6 a 11 meses</i>
<i>Se mantiene sentado sin apoyo.</i>	<i>7 a 15 meses</i>
<i>Poniéndolo de pie salta sobre sus pies</i>	<i>7 a 10 meses</i>
<i>Se mantiene de pie sin apoyo.</i>	<i>8 a 12 meses</i>
<i>Realiza desplazamientos sentado.</i>	<i>8 a 15 meses</i>
<i>Da algunos pasos cogido de la mano del adulto.</i>	<i>9 a 12 meses</i>
<i>Desplazamientos laterales de pie con apoyo.</i>	<i>19 a 16 meses</i>
<i>Gateo.</i>	<i>11 a 24 meses</i>
<i>Se sienta sólo cogiéndose.</i>	<i>11 a 18 meses</i>
<i>Gatea un peldaño y lo explora con el tacto.</i>	<i>12 a 18 meses</i>
<i>Se queda de rodillas en postura erecta cogiéndose.</i>	<i>12 a 16 meses</i>
<i>Se impulsa en un balancín</i>	<i>12 a 16 meses</i>

<i>Se descuelga de una butaca</i>	<i>12 a 16 meses</i>
<i>Se levanta solo y permanece de pie.</i>	<i>12 a 16 meses</i>
<i>Se baja, cogiéndose, para asir el objeto que se le ha traído.</i>	<i>12 a 16 meses</i>
<i>Baila con su cuerpo, sin desplazarse.</i>	<i>12 a 18 meses</i>
<i>Da pasos solo.</i>	<i>13 a 24 meses</i>
<i>Sube peldaños solo, cogiéndose a la barandilla o a la pared</i>	<i>13 a 20 meses</i>
<i>Se desplaza solo por dos o tres habitaciones de la casa.</i>	<i>14 a 25 meses</i>
<i>Se pone en cuclillas y se levanta sin apoyo.</i>	<i>14 a 30 meses</i>
<i>Sube y baja solo por la escalera cogiéndose de la barandilla.</i>	<i>14 a 18 meses</i>
<i>Sube a un mueble ó sofá de mediana altura.</i>	<i>15 a 24 meses</i>
<i>Corre dos pasitos cortos</i>	<i>15 a 30 meses</i>
<i>Domina su cuerpo, corre un poco, se para, gira, etc. (con prudencia).</i>	<i>15 a 30 meses</i>
<i>Sube y baja solo de un balancín</i>	<i>15 meses a 3 años</i>
<i>Pasa pequeños obstáculos cogiéndose.</i>	<i>22 meses a 3 años</i>
<i>Puede abrir la puerta de la calle y caminar solo por la acera (vigilado por el adulto)</i>	<i>2 a 4 años</i>
<i>Trepa y baja espontáneamente de cualquier mueble con flexibilidad.</i>	<i>2 a 3.5 años</i>

Sentido auditivo.

<i>Sigue la voz con la cabeza.</i>	<i>Nacimiento</i>
<i>Desplaza la cabeza en sentido contrario de donde viene la voz, "mira" con el oído.</i>	<i>1.5 a 6 meses</i>
<i>Escucha inmóvil los ruidos de la habitación</i>	<i>1.5 a 6 meses</i>
<i>Reconoce la voz del padre y de los hermanos.</i>	<i>1.5 a 6 meses</i>

<i>Da diferentes respuestas táctiles y de alerta al extraño.</i>	<i>1.5 a 6 meses</i>
<i>Busca la boca de la madre cuando emite sonidos.</i>	<i>2 a 6 meses</i>
<i>Coordinación mano-oído con el objeto sonoro al lado de su mano.</i>	<i>3 a 9 meses</i>
<i>Busca el objeto por el sonido en espacios próximos.</i>	<i>3 a 9 meses</i>
<i>Reconoce los pasos de la madre.</i>	<i>5 a 10 meses</i>
<i>Reconoce espacios familiares.</i>	<i>5 a 10 meses</i>
<i>Reconoce sonidos familiares no directamente unidos a él.</i>	<i>5 a 10 meses</i>
<i>Busca el objeto orientándose espacialmente a 20 cm.</i>	<i>5 a 12 meses</i>
<i>Imita diferentes sonidos.</i>	<i>10 a 15 meses</i>
<i>Discrimina voces extrañas, no familiares.</i>	<i>9 a 13 meses</i>
<i>Preferencia auditiva lateralizada distante (1m.) orientándose hacia donde proviene el sonido.</i>	<i>10 a 15 meses</i>
<i>Imita diferentes ritmos de secuencias largas o medianas.</i>	<i>11 a 18 meses</i>
<i>Mide distancias por el sonido.</i>	<i>11 a 18 meses</i>
<i>Baila cuando oye música.</i>	<i>12 a 18 meses</i>
<i>Conoce distintos tipos de motor por el sonido (coche ,moto, tractor, camión, furgoneta...)</i>	<i>2 a 4 años</i>
<i>Sabe si hay alguien en la habitación escuchando la respiración del otro.</i>	<i>2 a 5 años</i>
<i>Busca una persona en una habitación en un itinerario complejo, recordando el sonido de los pasos que ha oído anteriormente y orientándose.</i>	<i>2 a 4 años</i>

Interacción, comunicación y leguaje.

<i>Se inmoviliza al oír la voz de la madre.</i>	<i>20 días</i>
<i>Sonríe cuando le hablan y le tocan.</i>	<i>20 días</i>

<i>Sonríe cuando la madre le habla.</i>	<i>1 mes</i>
<i>Se manifiesta radiante cuando oye la voz del padre o hermanos.</i>	<i>2 meses</i>
<i>Toca activamente el cuerpo de la madre.</i>	<i>2 meses</i>
<i>Vocaliza</i>	<i>2 meses</i>
<i>Busca activamente y explora la boca de la madre.</i>	<i>3 meses</i>
<i>Su semblante empieza a tener más expresividad.</i>	<i>3 a 6 meses</i>
<i>Ríe.</i>	<i>3 a 10 meses</i>
<i>Sonríe si oye los pasos de la madre.</i>	<i>4 meses</i>
<i>Bisílabea.</i>	<i>5 meses</i>
<i>Imita el ritmo de las palabras que le dicen.</i>	<i>5 a 8 meses</i>
<i>Busca activamente y explora la cara del padre y hermanos.</i>	<i>5 a 8 meses</i>
<i>Extiende los brazos para que lo cojan.</i>	<i>7 a 14 meses</i>
<i>Conoce y toca una parte del cuerpo bajo demanda.</i>	<i>8 a 12 meses</i>
<i>Busca activamente y explora, aunque con alguna reserva, la cara de personas que le resultan conocidas.</i>	<i>8 a 24 meses</i>
<i>Hace palmas espontáneamente siguiendo una canción.</i>	<i>8 a 14 meses</i>
<i>Comprende "toma" y coge el objeto sin sonido.</i>	<i>8 a 14 meses</i>
<i>Hace adiós agitando la mano.</i>	<i>8 a 20 meses</i>
<i>Reclama con insistencia que jueguen con él.</i>	<i>8 a 24 meses</i>
<i>Empieza a responder con algún gesto cuando se le hace una pregunta</i>	<i>8 a 24 meses</i>
<i>Se manifiesta serio y expectante frente a extraños, con reserva y a veces desconfianza.</i>	<i>9 a 13 meses</i>
<i>Manifiesta lo que quiere.</i>	<i>11 a 24 meses</i>
<i>Señala tres partes del cuerpo.</i>	<i>11 a 18 meses</i>

<i>Aumentan las respuestas con gestos.</i>	<i>12 a 24 meses</i>
<i>Cuando se encuentra en situación límite, dice mamá con sentido.</i>	<i>12 a 24 meses</i>
<i>Pasa dos o tres hojas de un cuento deslizando las manos por las imágenes con ayuda.</i>	<i>13 a 30 meses</i>
<i>Va despacio o deprisa cuando se le pide.</i>	<i>13 a 20 meses</i>
<i>Tira del pelo a la madre o la muerde.</i>	<i>14 a 24 meses</i>
<i>Imita palabras y ritmos.</i>	<i>14 a 30 meses</i>
<i>Busca a los hermanos para jugar.</i>	<i>15 a 24 meses</i>
<i>Busca partes de la cara del otro cuando se le pide.</i>	<i>15 a 30 meses</i>
<i>Abraza a los padres cuando se le pide.</i>	<i>15 a 30 meses</i>
<i>Comprende el lenguaje habitual y responde con la actividad apropiada.</i>	<i>15 a 24 meses</i>
<i>Dice espontáneamente cuatro palabras y hace ritmos imitando la conversación del otro.</i>	<i>15 a 24 meses</i>
<i>Anticipa actividades cuando llega la hora habitual y utiliza un sonido o un gesto.</i>	<i>15 a 24 meses</i>
<i>Controla la situación de otras personas del entorno mediante el sonido.</i>	<i>15 meses a 3 años</i>
<i>Busca activamente al adulto para jugar juntos.</i>	<i>15 a 24 meses</i>
<i>Puede esperar unos minutos cuando le dicen.</i>	<i>15 a 30 meses</i>
<i>Busca imágenes táctiles en el cuento cuando se le pide.</i>	<i>15 meses a 3 años</i>
<i>Repite las palabras que oye o se le piden por imitación.</i>	<i>17 a 30 meses</i>
<i>Puede seguir el desarrollo de una situación que le afecte y responder adecuadamente.</i>	<i>17 a 30 meses</i>
<i>Nota si tiene muy cerca la persona o si se le separa menos de un metro.</i>	<i>17 a 24 meses</i>
<i>Da besos y acerca la cara para que lo besen.</i>	<i>18 a 30 meses</i>

<i>Comprende órdenes complejas.</i>	<i>18 meses a 3 años</i>
<i>Puede entretenerse sólo a ratos.</i>	<i>18 meses a 3 años</i>
<i>Dice ocho palabras con sentido.</i>	<i>18 a 30 meses</i>
<i>Une dos palabras.</i>	<i>18 a 30 meses</i>
<i>Se enfada y muestra abiertamente el porqué.</i>	<i>18 a 24 meses</i>
<i>Se pone serio cuando hace algo concentrado.</i>	<i>18 a 24 meses</i>
<i>Aumenta considerablemente su lenguaje.</i>	<i>20 meses a 3 años</i>
<i>Dice su nombre y los años que tiene.</i>	<i>20 meses a 3 años</i>
<i>Puede recordar y nombrar, por orden, hasta cuatro objetos, previamente tocados.</i>	<i>23 meses a 4 años</i>
<i>Puede recordar un hecho pasado.</i>	<i>23 meses a 4 años</i>
<i>Construye frases de más de ocho palabras.</i>	<i>24 meses a 4 años</i>

Conocimiento y motricidad fina.

<i>Juega con sus manos.</i>	<i>1.5 a 4 meses</i>
<i>Coge el objeto cuando éste toca su mano.</i>	<i>3.5 a 7 meses</i>
<i>Se pone y se quita el chupete de la boca.</i>	<i>4.5 a 7 meses</i>
<i>Pasa el objeto de mano.</i>	<i>5 a 10 meses</i>
<i>Si tiene un objeto en la mano y se le da otro, deja caer el que menos le interesa.</i>	<i>5 a 12 meses</i>
<i>Juega con sus pies.</i>	<i>5 a 12 meses</i>
<i>Rasca una superficie y escucha el sonido.</i>	<i>5 a 12 meses</i>
<i>Busca los cascabeles que suenan lateralmente y arriba.</i>	<i>5 a 14 meses</i>
<i>Manifiesta interés por explorar con las manos y la boca.</i>	<i>6 a 10 meses</i>

<i>Si se le cae el chupete en la cama o entre las piernas o nota el contacto, lo busca activamente.</i>	6 a 12 meses
<i>Golpea dos botes entre si o contra una superficie.</i>	7 a 10 meses
<i>Si se le caen juguetes al lado o entre las piernas, los busca.</i>	7 a 12 meses
<i>Hace palmas en cuanto oye una canción conocida.</i>	8 a 13 meses
<i>Busca el objeto que oye lateralmente abajo.</i>	8 a 15 meses
<i>Juega a tirar objetos al lado de su cuerpo y a buscarlos.</i>	8 a 20 meses
<i>Se orienta y busca la caja de juguetes situada a un metro de distancia</i>	10.5 a 18 meses
<i>Ajusta su movimiento mediante el sonido, midiendo la distancia.</i>	10.5 a 18 meses
<i>Conoce y señala dos partes de su cuerpo.</i>	11 a 24 meses
<i>Manifiesta gran interés por explorarlo todo.</i>	12 a 14 meses
<i>Abre y cierra las piernas cuando se le pide para jugar.</i>	13 a 30 meses
<i>Come algunas cucharadas solo sin caerle apenas comida.</i>	15 meses a 4 años
<i>Se puede orientar por toda la casa y desplazarse.</i>	15 a 30 meses
<i>Nota cuando la otra persona se separa de él ligeramente 50 cm.</i>	17 a 24 meses
<i>Cierra botes colocando bien la tapa, primero en vertical y luego en horizontal.</i>	18 a 24 meses
<i>Abre una cremallera.</i>	18 a 24 meses
<i>Se mete dentro de cajas, botes.</i>	19 a 30 meses
<i>Busca la altura de las cosas.</i>	20 meses a 3 años
<i>Controla sus esfínteres.</i>	21 meses a 5 años
<i>Se sube los pantalones solo y casi lo consigue.</i>	23 meses a 4 años
<i>Puede hacer caca en el WC.</i>	24 meses a 4 años

2.7 Tratamiento.

El diagnóstico realizado por el médico para determinar el estado visual del individuo permite que a éste se le proporcionen los elementos necesarios para mejorar la vista en la medida de lo posible.

Así pues el diagnóstico es el que determinará el tratamiento más adecuado para el niño, el cual debe constar de un apoyo psicológico, un apoyo educativo y si la situación del problema lo permite una intervención quirúrgica.

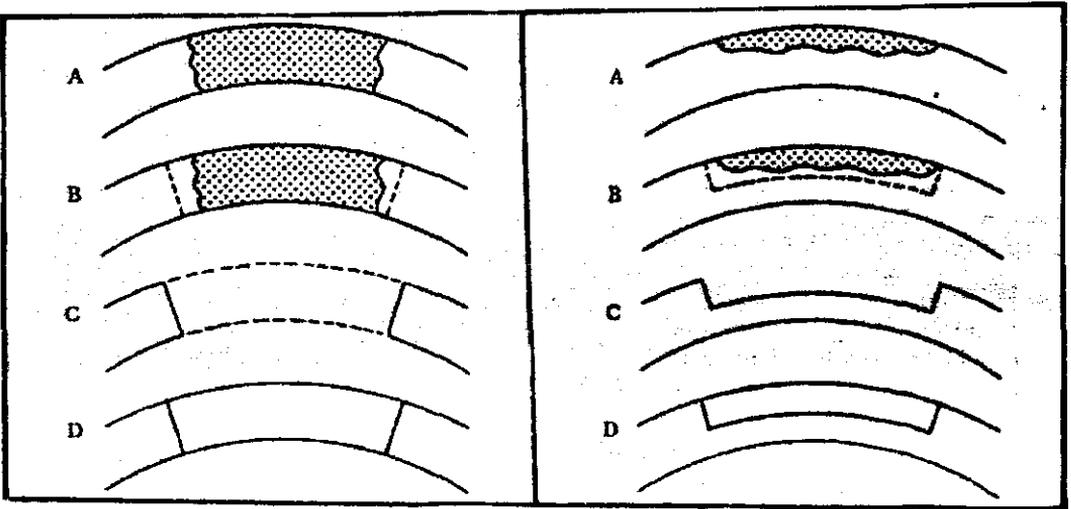
A continuación explicaremos por separado en que consiste cada uno de éstos apoyos, sin embargo, no hay que olvidar que si bien cada uno por separado aporta elementos necesarios para la rehabilitación del niño ciego, se complementan entre si para un mejor resultado en el desarrollo y en la integración de éstos individuos a la sociedad "normo - visual" a la que pertenecen.

2.7.1 Intervención quirúrgica.

La cirugía es el método más eficaz para corregir la ceguera, pese a sus costos y a las cuestiones legales y jurídicas que en algunos casos hay que cumplir, como en el caso de los trasplantes.

La cirugía más común en cuanto a trasplantes de ojos se refiere es la de la córnea. La córnea sirve al ojo como una lente, cuando esta lente "se ensucia" opaca la visibilidad del individuo, "para limpiar el lente" es necesario quitar la parte sucia, o sea debe de reemplazarse por otro lente limpio.

Cuando la cornea se encuentra afectada en su totalidad debe de realizarse un trasplante perforante o total. (fig. 4); cuando sólo una parte de ella se encuentra afectado se realiza un trasplante laminar (fig. 5), o sea, solo se sustituye la parte superficial.



Transplante perforante

Transplante laminar

Fig. 4

fig. 5

Cuando la persona pierde la visión a causa del glaucoma se puede realizar una operación antiglaucomatosa.

El glaucoma es una enfermedad que ocasiona presión intraocular como ya se había mencionado, dicha presión es ocasionada cuando la producción de humor acuoso aumenta considerablemente y se resiste a la salida normal lo que puede producir daños orgánicos en el nervio óptico.

Cuando el glaucoma no es detectado a tiempo puede ocasionar ceguera total, en estos casos debe extirparse el globo ocular *"porque a veces se originan en ellos tumores como el melanoma."* (48)

Cuando el glaucoma es detectado a tiempo, o sea, cuando no alcanza niveles graves debe realizarse una iridectomía periférica que consiste en una abertura en el iris que permite el paso del humor acuoso de la cámara posterior a la cámara anterior de forma libre.

La opacidad del cristalino recibe el nombre de cataratas y éstas pueden ser parciales o totales.

Las cataratas parciales sólo opacan una zona del cristalino y cuando es total afectan por completo a éste órgano.

El único tratamiento para las cataratas es su extracción, cuando la catarata es adquirida *"...se extrae el cristalino con una pinza, con una ventanosa o moderadamente con un estilete que al congelarse se adhiere al cristalino y facilita su extracción."* (49)

Cuando se trata de cataratas congénitas o traumáticas se usa generalmente el método de succión.

48.- Grom. Temas de oftalmología, Pág. 145

49.- Ibidem, pág. 119

Si bien la ceguera puede ser corregida en ocasiones, a través de la cirugía, existen personas que por falta de recursos económicos no pueden beneficiarse de esta alternativa, por lo que buscan formas de resolver y obtener resultados positivos a través de otros métodos.

2.7.2 Apoyo psicológico.

El sentido de la vista se encuentra ligado con la mayoría de las acciones que realiza el individuo. Cuando ésta se encuentra afectada, también pueden verse afectadas otras funciones que intervienen en el desarrollo del niño.

"El bebé ciego es incapaz de adquirir siquiera las orientaciones espaciales más rudimentarias hasta que puede utilizar su sistema muscular para resolver problemas de posición, distancia, tamaño y forma"⁽⁵⁰⁾ ocasionando retardos en su desarrollo como anteriormente lo explicamos, éste de acuerdo con la psicología conductual se refiere a la carencia de repertorios conductuales que otros individuos de la misma edad presentan.

La psicología conductual propone una alternativa para el retardo en el desarrollo por medio de la modificación conductual.

"La modificación de la conducta es un conjunto de técnicas derivadas del estudio sistemático del análisis experimental de la conducta... planteando principalmente que la conducta de los organismos está determinada en gran parte por el medio que le rodea."⁽⁵¹⁾

50.- Gesell Arnold. Diagnóstico del desarrollo normal... pág. 332

51.- Cuevas palma. La rehabilitación en los niños con impedimentos múltiples. Pág. 34

Pavlov y Bechterev estudiaron ampliamente el condicionamiento que sería la base de la psicología conductista desarrollada por Watson, el cual determinaba que las reacciones somáticas (conductas innatas) pueden condicionarse a través de estímulos y evocarse cuando uno de dichos estímulos se presenta.

El condicionamiento operante desarrollado por Skinner es el más utilizado para la modificación conductual y contempla aspectos tales como: estímulo, respuesta, reforzador, castigo, etc.

La modificación conductual con personas invidentes se ha utilizado para el establecimiento de repertorios conductuales, sin embargo, estos trabajos se han realizado principalmente en el extranjero, por ejemplo, *"Miller y Miller (1976) utilizando un procedimiento de reforzamiento operante... decremento el movimiento frecuente de la cabeza en una niña ciega de 13 años..."*

...Sklar y Rampullo (1973) utilizaron el mismo procedimiento para la eliminación de la conducta de aplaudir constantemente en el salón de clases con niños ciegos...

Mc Glincker y Mitala (1976) realizaron investigaciones con niños sobre habilidades básicas como bañarse, lavarse los dientes, vestirse y peinarse, utilizando técnicas de reforzamiento social, instigación física y/o social...

...Uslan y Mark (1979) que notando la falta de atención en orientación y movilidad en niños ciegos ... emplearon programas de ejercicios físicos de orientación y enseñanza sobre diferentes formas de transportes a través de retroalimentación (señales auditivas), encontraron resultados favorables en los niños, y cierta efectividad de las técnicas operantes." (52)

Trabajos realizados bajo esta línea en nuestro país son las realizadas en el Centro de Educación Especial y Rehabilitación (CEERI), donde se realizaron entrenamientos en repertorios de autosuficiencia básica, orientación y movilidad, académicos y asesoría a padres.

Suárez en 1924 diseñó un programa para enseñar a leer a los niños ciegos del Instituto Nacional para la Rehabilitación de los Niños Ciegos y Débiles Visuales a través de la modificación conductual, las técnicas utilizadas fueron: moldeamiento y ayuda. Estas ayudas comprendieron: instigadores ecoicos, estímulos de apoyo y el desvanecimiento de éstas ayudas a lo largo de la aplicación de los subprogramas.

Los instigadores ecoicos, en éste caso incluyeron dos categorías: ayuda 1 y ayuda 2, cuya aplicación dependía de la ejecución del sujeto. La ayuda 2 consistía en decirle el nombre correcto de los puntos según el caso. Esta clase de ayuda se utilizaba cuando se introducía un concepto nuevo, o cuando contestaba incorrectamente a pesar de haberle dado ayuda 1.

Por ejemplo, al introducir la letra "a" se le dirá *"...mira toca este punto. Este punto es la "a", ¿cuál es este punto?, y se esperaba que el sujeto repitiera es la "a"."* (53)

Los reforzadores utilizados fueron un reforzador social "muy bien", el cual se administraba siempre que el sujeto contestaba correctamente ante la presencia del estímulo con ayuda 2, con ayuda 1 o sin ayuda. Un reforzador consumible: un dulce pequeño, el cual se le administraba en forma intermitente bajo un programa de razón-variable 5, es decir, después de cada cinco respuestas correctas en promedio sin ayuda.

La psicología conductual a través de la modificación de la conducta pretende que el niño ciego adquiera diferentes repertorios (ser autosuficiente, leer, escribir, etc.) que le permitan desenvolverse en el medio social que lo rodea.

2.7.3 Apoyo educativo.

La educación formal del niño ciego no se diferencia en sí de la educación de los niños videntes en cuanto a objetivos, se trata en ambos casos de enseñarles a leer, escribir y contar.

Sin embargo en el caso de los niños invidentes la educación deberá de adoptar los métodos y las técnicas adecuadas para el aprendizaje según los recursos con los que cuente el niño, como son el sentido del tacto, del oído, del olfato y del gusto.

Si bien es cierto que los sentidos restantes no sustituyen al de la vista, éstos le permiten aprender y reconocer los objetos, personas y situaciones que se le presentan.

La educación de los sentidos del niño ciego se realiza a través de estímulos que le permiten diferenciar sonidos, olores, sabores y texturas, de ahí la importancia que dicha educación comience en el momento en que se haga latente la ceguera.

Hatwel (54), sostiene que el niño ciego en los primeros años de vida, sufre un retraso en su desarrollo intelectual, si se exceptúan algunos aspectos del lenguaje, de unos dos años con relación al vidente y

54.- Hatwel en Sánchez Cerezo. .Op. Cit. Pág. 400

que éste se supera, en gran parte hacia los comienzos de la pubertad. La educación temprana tiende a evitar o al menos a limitar dicho retraso.

Se consideran tres etapas en la educación de los ciegos:

- educación temprana.
- educación preescolar.
- educación escolar.

La educación temprana para el niño ciego pretende desarrollar los sentidos del niño a través de diferentes estímulos, entendiéndose por desarrollo *"... el incremento que muestra una cosa o persona ya sea de orden físico, intelectual o moral."* (55), es decir el niño nace con un potencial innato que se desarrolla a través de la estimulación, por ejemplo, los niños ciegos desarrollan más el sentido del tacto porque la mayoría de las cosas que perciben las conocen a través de éste sentido, situación que les permite una estimulación mayor que aquellos niños que cuentan con la vista.

"El desarrollo psicomotriz en ésta etapa es de suma importancia ya que la psicomotricidad está...basada en la acción del cuerpo en su totalidad y por medio de la cual el sujeto entra en relación con el mundo que le rodea, es decir, favorece en el individuo un dominio corporal y una apertura a la comunicación" (56) mientras más dominio tenga el niño de su propio cuerpo, adquirirá más seguridad en la realización de sus movimientos y podrá ir reconociendo los diferentes espacios que le permitan desplazarse sin el temor de caer o golpearse.

En ésta etapa también aprenderá y comenzará a realizar algunas actividades de autocuidado como son comer, vestirse, lavarse, etc.

Las actividades que se enseñen al niño deben de realizarse a través del juego, mismo que le mantenga atento y alerta y sobre todo dispuesto a aprender cosas nuevas.

Cuando el niño ciego ingresa al preescolar, la maestra deberá continuar la estimulación táctil y sonora y deberá de realizar actividades tales como correr, saltar, jugar, mismas que estimulen su desarrollo psicomotriz y su autoestima, dado que puede realizar "todo" lo que un niño con visión hace.

Los objetivos del preescolar son: la socialización, el aprendizaje y el respeto de reglas, las cuales se aprenden a través del juego, e iniciar el proceso de lecto-escritura por medio del dibujo en relieve y de la utilización correcta del punzón, siendo una introducción al sistema braille.

En ésta etapa el niño siente la necesidad de ser autónomo, esta necesidad puede ser estimulada o coartada por el maestro, ello, cuando éste lo limita o le niega la oportunidad de realizar algunas actividades (correr, recortar, etc.), en ocasiones los padres también contribuyen a que el niño no logre su autonomía, ésta situación puede disminuir la autoestima del niño ya que "no es capaz" de realizar actividades que otros niños de su edad si pueden realizar.

La educación preescolar pretende estimular el desarrollo autónomo del niño, proporcionándole de ésta forma seguridad en su persona.

Valores como la cooperación y el respeto se van infundando en el preescolar a través de los diferentes juegos destinados a ello.

Los padres deben de apoyar las actividades que se realizan en la escuela con el fin de dar una continuidad a las actividades realizadas por el niño y a los logros obtenidos en la escuela (orientación, reconocimiento de objetos, etc.).

La educación escolar comprende la enseñanza de materias acordes al programa académico (matemáticas, geografía, Ciencias Naturales, civismo, historia y español).

La lecto-escritura es de los aprendizajes prioritarios que el niño deberá adquirir, ello a través del sistema braille, el cual esta basado en seis puntos en relieve acomodados en forma vertical y paralelas, de tres puntos.

Punto No. 1	..	Punto No. 4
Punto No. 2	..	Punto No. 5
Punto No. 3	..	Punto No. 6

No se puede añadir a una letra braille un acento, por lo tanto cada letra acentuada es especial, por ejemplo la e y la é son reuniones de puntos totalmente diferentes.

Se escribe de derecha a izquierda utilizando un punzón y una pizarra especial, se hacen perforaciones con el punzón en un papel que se inserta entre dos tiras de metal.

ALFABETO BRAILLE

·	·	··	·	··	··	·	·	·	··
·	··	·	·	·	··	··	·	·	··
a	b	c	d	e	f	g	h	i	j

·	·	··	··	·	··	··	·	·	·
·	·	·	·	·	·	··	··	·	··
·	·	·	·	·	·	·	·	·	·
k	l	m	n	o	p	q	r	s	t

.
..
u	v	x	y	z	ç	é	à	è	ù

.
.
â	ê	î	ô	û	ë	ï	ü	œ	w

PUNTUACION

..
...
..
,	;	:	.	?	!	()	"	.	"

CIFRAS

Antigua notación

.
.
..
1	2	3	4	5	6	7	8	9	0

Nueva notación

.
..
1	2	3	4	5	6	7	8	9	0

..
..
..
+	-	x	:	=

Las diferentes materias pueden enseñarse a través de material didáctico en relieve, como son mapas, cuerpos geométricos, construcción de formas, figuras en distintos materiales, etc., con el fin de que el niño comprenda los diferentes conceptos que esta manejando.

En ésta etapa los niños muestran curiosidad y todo lo quieren comprobar por si mismos, cuando ello no es posible, instigan a un adulto hasta que les de una respuesta satisfactoria a sus preguntas.

Durante los años de primaria *"...el deseo de triunfar y de causar buena impresión en el ambiente, provoca el deseo de enfrentar retos académicos difíciles... Además de esta motivación de competencia los niños buscan la aprobación del maestro."* (57)

Los valores que infunden los padres, obediencia, respeto a la autoridad (entendiéndose a los mayores) y al éxito en la escuela aumenta la ansiedad o el orgullo del niño en el salón de clases. *"El rechazo de los padres a las ideas o capacidades que el niño está adquiriendo en la escuela es una importante barrera que impide el éxito en el estudio (Baumrind, 1971)."* (58)

CAPITULO III

EL CONTEXTO FAMILIAR Y EL NIÑO CIEGO.

Capítulo III. El contexto familiar y el niño ciego.

La llegada de un niño a la familia causa siempre expectativas entre sus integrantes, los cuales se desbordarán de atenciones hacia el niño. Sin embargo, cuando el niño presenta alguna discapacidad como la ceguera su reacción a veces no es la más adecuada, obstaculizando en ocasiones su desarrollo. En este capítulo analizaremos las actitudes que se generan en la familia cuando el niño es ciego y el impacto que esto llega a tener en su desarrollo.

3.1 La familia y sus funciones.

Es sabido que cuando un niño nace no cuenta con la capacidad necesaria para ser autosuficiente, necesita de los cuidados de personas mayores "capacitadas" para su cuidado. Si el niño fuera abandonado moriría o crecería sin desarrollar las capacidades y habilidades propias del ser humano como son: hablar, caminar en las dos extremidades inferiores, razonar, etc. Tal es el caso del niño salvaje de Aveyron (59) que creció en la selva y aprendió como los animales a gruñir, caminar en las cuatro extremidades y actitudes agresivas cuando se siente en peligro.

Dentro de este esquema de convivencia social la familia es la encargada del cuidado y desarrollo del niño, pero ¿qué es la familia?

Sin pretender un análisis sociológico de la familia, es importante en este estudio mencionar simplemente algunas definiciones básicas para establecer como se concebirá a la familia.

59.- Para mayor información sobre este caso revisar el libro "los niños selváticos"

"Morgan Engels, Bachofet... consideraron a la familia como una institución social histórica cuya estructura y cuya función viene determinada por el grado de desarrollo de la sociedad global" (60)

"La familia es el núcleo de toda organización social, el medio en el que se ha ido forjando el hombre" (61)

"Familia...es la unidad social formada por un grupo de individuos ligados entre si por relaciones de matrimonio parentesco o afinidad" (62)

"La familia es el sistema fundamental donde tienen lugar las experiencias del niño" (63)

"Es una institución educativa" (64)

La familia de acuerdo con Sánchez Azcona es "considerada como el núcleo primario y fundamental para proveer a la satisfacción de las necesidades básicas del hombre y sobre todo de los hijos, quienes por su carácter dependiente deben encontrar plena respuesta a sus carencias como requisito para lograr un óptimo resultado en su proceso de crecimiento y desarrollo". (65)

La ONU junto con el censo Americano (66) define a la familia como el grupo de dos o más personas, que viven juntas y relacionadas unas a otras por lazos sanguíneos, de matrimonio o adopción, que ejercen interacción recíproca porque saben que existen los demás y ellos se consideran una unidad.

60.- Michel Andrée. Sociología de la familia y el matrimonio pág. 5

61.- García Serrano Padres + hijos... Pág. 36

62.- Sánchez Cerezo. Diccionario de educación especial. Pág. 91

63.- Newman. Manual de psicología... Pág. 177

64.- Quintana. Pedagogía familiar. pág. 20

65.- Sánchez Azcona. Familia y sociedad. Pág. 15

66.- Hernández Rangel. Terapia familiar. pág. 9

Por todo lo anterior podemos decir que la familia es una institución social cuyos integrantes mantienen lazos de parentesco, adopción, sanguíneos o de matrimonio y se encuentran unidos a través del afecto, mismo que impulsa a cada uno de sus miembros a ayudar al crecimiento y desarrollo personal de los demás (en lo económico, cultural, educativo, profesional, etc.).

La familia está definida, entonces, como institución ya que ante las diferentes funciones que cumple a través de la legitimación del matrimonio, representa la base fundamental de la sociedad debido a la transmisión de valores, costumbres, normas, tradiciones, etc.

Algunas de las funciones que cumple la familia son: económica, de procreación o biológica, psicológica, social y educativa. Esta tiene que pasar por diferentes etapas en las cuales se irán cumpliendo las diferentes funciones destinadas a ella.

Las etapas por las cuales pasa una familia han sido clasificadas por varios autores según lo muestra el siguiente cuadro.

Sánchez	Duvall.	Rarker	Estrada	Levanda, Koch y Koch	Monroy	Carter y McGoldrick
1.- etapa prenupcial		1.- cortejo o noviazgo	1.- desprendimiento			1.- el adulto joven soltero
2.- Etapa nupcial	1.- Matrimonio sin hijos.		2.- encuentro el	1.- Formación de la pareja	1.- matrimonio	2.- recién casados
3.- Etapa de formación de los hijos.	2.- Nacimiento de los hijos 3.- hijos preescolares 4.- escolares	2.- expansión de la familia	3.- los hijos	2.- la llegada de los niños 3.- niños escolares	2.- expansión	3.- niños pequeños

	5.- familias con adolescentes		4.- la adolescencia	4.- adolescencia y crecimiento de los hijos	3.- dispersión	4.- hijos adolescentes
4.- Etapa de madurez.	6.- Lanzamiento de hijos 7.- madurez 8.- envejecimiento	3.- Disminución de la familia.	5.- el reencuentro 6.- la vejez	5.- el reencuentro 6.- la vejez	4.- independencia 5.- retiro y muerte	5.- lanzar hijos 6.- la vida posterior

(67)

Como podemos ver algunos autores no toman en cuenta la etapa en la cual se conoce a la pareja, tal es el caso de Duvall, Levande y Monroy, sin embargo para ellos la etapa del matrimonio es importante no así para Rarker. Todos los autores toman en cuenta la expansión de la familia, algunos hacen énfasis en la fase en la cual se encuentran los hijos y por último hacen referencia cuando los hijos se van de la casa para formar su propia familia. Así pues concluimos que los autores mencionados en el cuadro anterior mencionan diferentes etapas en número y nombre pero de manera general destacan cuatro momentos importantes mismos que plantea Sánchez Azcona, y debido a que así lo permite el trabajo explicaremos a continuación las etapas planteadas por este autor.

ESTA TESIS NO SALE DE LA BIBLIOTECA

79

- 1.- Etapa prenupcial. Esta primera etapa se refiere al noviazgo que establecen dos personas del sexo opuesto que se sienten atraídas y que están en busca de una pareja con la cual formar una familia. Es importante que en esta etapa se establezcan lazos afectivos, de interés, confianza, comunicación... que lleve a la pareja a la decisión de casarse, cuando ellos lo crean conveniente.
- 2.- Etapa nupcial. Es la culminación del noviazgo, en esta etapa, la pareja va estableciendo los cimientos de su nueva familia, basada en las costumbres y hábitos que cada uno posee, afianzando aquellos que más convengan a la relación y que posteriormente transmitirán a su descendencia.
- 3.- Etapa de formación de los hijos. El nacimiento de un niño es un acontecimiento esperado y añorado por la mayoría de los padres, dicho evento le da el título a la pareja de padres, los cuales formarán o más bien, educarán a sus hijos para la vida.
- 4.- Por último encontramos la etapa de madurez , en la que una vez que los hijos hayan adquirido la edad suficiente y decidan formar sus propias familias dejan a los padres.

Cabe señalar que no existe un tiempo determinado para que se den cada una de las etapas por las cuales pasa la familia, sino que éstas se presentan cuando la pareja, por ejemplo, se siente lo suficientemente segura para formar una familia y decide contraer matrimonio, algunas parejas suelen decidirlo cuando llevan meses de conocerse y algunas pueden durar años antes de tomar una decisión, de igual forma pasa con la procreación.

Por lo anterior las funciones que cumple la familia van determinándose de acuerdo a la etapa en la cual se encuentra, y sin pretender agotarlas, nos limitaremos a señalar lo siguiente:

- a) **Función económica.** Cuando la pareja decide formar una familia, deberá de independizarse económicamente de sus progenitores, ahora serán ellos los responsables de vigilar y satisfacer las necesidades materiales de cada miembro de la familia, como son: el vestido, la alimentación, vivienda, educación, salud y diversión.

La familia conyugal tiene sus antecedentes en la monogámica, la cual se rige por el patriarcado, es decir, al padre se le delegan ciertas funciones que la mujer "no puede hacer" como es la de proporcionar los bienes materiales, dado ello durante mucho tiempo se le negó a la mujer la posibilidad de ingresar al campo productivo, y con ello también se le negó la posibilidad de apoyar a su pareja a cumplir dicha función.

En nuestros días es permitido que la mujer ingrese al campo productivo y con ello ayudar a su pareja a sustentar la economía familiar, aunque de cierta forma, sigue siendo el hombre el responsable de que no falten los bienes materiales en el hogar, a este respecto García Hoz (1990) afirma que el padre aporta dentro de la comunidad familiar la seguridad física y material.

- b) **Función biológica.** Uno de los momentos más esperados de una pareja decíamos es el nacimiento de un hijo, aquel que perpetuará el apellido de la familia cuando los padres hayan muerto.

A través del matrimonio, la iglesia legaliza el acto sexual por medio del cual se cumplirá el mandato de Dios "creced y multiplicaos"; de igual forma el derecho civil legaliza el matrimonio para garantizar la permanencia de la sociedad, tal es el caso de ambas instituciones, que aquel matrimonio que no haya sido consumado con el acto sexual podrá ser anulado por ir en contra de los fines del matrimonio.

"Recordemos que en el matrimonio se unen el hombre y la mujer con el interés puesto en la unión sexual... para cumplir los fines del matrimonio de procreación... Por lo tanto el hombre y la mujer deben ser potentes para el matrimonio, es decir, debe ser posible la cópula" (68) en caso contrario ello podrá ser una causa de divorcio.

Cabe señalar que en la actualidad tanto la iglesia como el Estado han hecho hincapié en la paternidad responsable, la cual incluye no sólo la procreación sino también la estabilidad económica, la educación y la atención de los hijos "menos hijos, para darles más."

c) **Función social.** *"La familia sirve al sistema para perpetuar sus estructuras autoritarias y patriarcales por un lado y dependientes y serviles por el otro" (69)* es a través de ella que el niño se socializa.

"Según Parson, la socialización del niño y joven es ante todo la internalización de la cultura en el seno de la cual nació el niño. De manera complementaria, la socialización ha sido definida como «el proceso de adquisición de las actividades y de las habilidades que son necesarias para desempeñar un rol determinado" (70)

Así pues el proceso de socialización es a través del cual el individuo adquiere ciertos patrones de conducta que permiten integrarse a la sociedad en la cual habita.

68.- Chavez La familia en el derecho. Pág. 118

69.- Asociación científica de profesionales... El niño y la familia. Pág. 117

70.- Michel André. Sociología de la familia y el matrimonio. Pág. 74-75

La familia es la encargada de transmitir aquello que "puede hacer y no puede hacer" el individuo de acuerdo a las tradiciones, cultura, leyes y religión, de la sociedad en la que esta inmersa.

Cuando la familia no establece las pautas de conducta que están permitidas pueden suscitarse problemas debido al comportamiento del individuo, tal es el caso de las personas que roban, matan, violan, etc.

Dentro de los ejes del proceso de socialización Sánchez Cerezo señala lo siguientes:

- apego
- autocontrol
- identificación (autoconcepto, rol sexual)
- cooperación, ayuda, defensa, agresión, liderazgo, aceptación/adaptación.
- cohesión social, dominio, afiliación, amistad
- relaciones sociales

d) Función psicológica. La función psicológica de la familia implica señalar la importancia que tiene el desarrollo psicosocial en el individuo a través de la personalidad.

La personalidad según García Hoz (1990) es la expresión de la persona, o sea, lo que permite predecir como se comportará un individuo en una situación X.

La personalidad de un niño se integra desde temprana edad, ella será el resultado de la herencia (temperamento y carácter) y de lo que la familia pueda aportarle en el ámbito familiar, *~ la teoría psicoanalítica considera los dos primeros años como de*

significación especial en el desarrollo de la personalidad... mientras que Erikson considera éste periodo como un tiempo en el que los niños, inicialmente deben formar un lazo de confianza con aquellos más próximos a él para desarrollar luego un sentido de autonomía que les permita sentirse capaces de hacer cosas por sí mismos." (71)

La personalidad del niño se desarrolla a través de la convivencia diaria con la familia.

Para que el niño desarrolle una personalidad madura es necesario que a éste se le fomenten hábitos y valores, todo ello en un ambiente donde exista el afecto, la disciplina, la confianza y el respeto.

- e) Función educativa. Las diferentes funciones que ejerce la familia en el individuo se van realizando a través de la función educativa que cumple *"...en el seno de la familia la educación se realiza como una forma de vida" (72)*, o sea, todo acto que la familia realiza conlleva una acción educativa que pueden favorecer o no el desarrollo típico de la personalidad del individuo, sin embargo, gran parte de las parejas ignoran esto. Para muchas de ellas la escuela es la institución que educa a sus hijos y es la única responsable de la formación de buenos o malos ciudadanos. Cuantas veces hemos escuchado a padres que se quejan de sus hijos porque hacen berrinches, porque mienten, porque son demasiado agresivos, etc.

71.- Faw Terry Teorías y problemas de psicología del niño, Pág. 143

72.- García Hoz. Principios de pedagogía sistemática, Pág. 351

Gran parte de éstas actitudes se fomentan en el seno familiar, porque tienen como modelos de conducta a los padres, o bien, como forma de reacción de los hijos ante las exigencias de los mismos padres.

Un niño aprende a ser agresivo cuando diariamente observa que sus padres se pelean o bien porque es el propio niño el que recibe la agresión física o verbal de sus padres; aprende a mentir cuando escucha que los padres mienten para salvar algunas situaciones, aunque él tenga prohibido mentir porque es "malo."

Algunos padres no se dan cuenta de que ellos son los primeros educadores del niño y que son el medio a través del cual comenzará a adaptarse a la forma de vida de la sociedad.

La educación familiar influye de manera determinante en la formación del hombre. Esta es permanente, o sea, nunca termina.

Ser padres es una tarea difícil ya que se forman seres humanos y no máquinas, cada palabra alentadora, cada acto de desprecio o de aprecio, cada acto de conformidad o inconformidad implicarán una actitud del niño que puede transformar el curso de su vida.

García Hoz (1990) plantea algunas recomendaciones para mejorar la convivencia en el ambiente familiar.

- Comunicación.
- Orden en los problemas.
- Interrelación de los problemas.
- Voluntad de perfección de los hijos.

3.2. Actitudes de la familia del niño ciego.

La llegada de un hijo puede tener diferentes reacciones entre los padres, ello va encaminado de acuerdo al momento emocional que vive la pareja, a los objetivos que se hayan planteado o a la preparación que recibieron para ser padres.

Algunas familias esperan esta llegada con ilusión, pues el hijo será el que perpetuará el nombre de la misma, aunado a que muchos padres esperan ver realizados en el niño logros que ellos jamás pudieron alcanzar.

Existen niños que nacieron sin ser deseados. La razón por la cual se engendra un hijo determina en gran medida la aceptación del niño en la familia, es diferente la bienvenida de un niño que fue planeado y deseado que aquel no deseado. Algunos niños nacen con alguna discapacidad y al igual que los que no presentan discapacidades tienen una familia, entonces ¿la ilusión de los padres es la misma que aquellos que tienen hijos sin discapacidades?, ¿el niño es recibido de igual forma en el seno familiar? o ¿representa una carga para la familia?.

En muchos casos el niño ciego representa un problema para la familia, ya que éste jamás se espera, es decir, se esperaba al niño pero no a la ceguera que presenta.

Los problemas comienzan a generarse cuando se piensa que el niño ya no podrá hacer todo lo que los padres deseaban aunado a los cambios físicos y emocionales que tendrán que generarse en el hogar y en la familia para atender al ciego, procurando *"que se ayude y no se obstaculice el crecimiento y el desarrollo de los miembros que la componen."* (73)

Puede observarse en los padres dos tipos de reacciones ante la llegada del hijo ciego según Herren Henry (1982):

La primera es la marginación, que se da a través de dos vías, una, es en cuanto a la marginación familiar, es decir, ven al pequeño como un ser indefenso, frágil, por lo que se le destina un lugar del que no pueda moverse para que no se lastime, y la otra, se le oculta a los demás, no es integrado a la vida social.

La segunda son las actitudes de sobreprotección, en donde los padres, al contrario del punto anterior se convierten en "esclavos" del niño ciego, para él son sus preocupaciones y todo gira alrededor de éste, no se le deja hacer nada por sí mismo, todo lo hacen por él, lo visten, le dan de comer, lo bañan, etc.

Telford Charles (1973) señala que las reacciones más comunes de la familia ante los niños discapacitados son: afrontar en forma realista el problema, negar la realidad del defecto, auto-compadecerse, ambivalencia hacia el niño o rechazo del mismo, proyección de la dificultad como causa del problema, sentimientos de culpa, vergüenza o depresión y pautas de dependencia mutua.

- Afrontar en forma realista el problema. Los padres afrontan la realidad con madurez, después del primer impacto son capaces de tomar decisiones en bien del niño, de ellos y de la familia en general.
- Negar la incapacidad del niño. La negación de la incapacidad es una reacción de defensa que los padres anteponen.
- Autocompasión. Existen padres que "aceptan" la discapacidad del niño, sin embargo, anteponen la autocompasión para sí, se dice o se piensa ¿porqué me sucedió esto mi?, ¿qué mal he hecho para recibir este castigo?, ¡pobre de mí! Tener que cargar con un hijo que "no sirve para nada".

- Sentimientos ambivalente hacia el niño. En algunas ocasiones los padres pueden aparentar la aceptación del niño, ello lo demuestran atendiéndolo y dejando a veces de realizar actividades que hacían anteriormente, incluso llegan a desatender a los hijos ya existentes o a la pareja misma, sin embargo, ante esta disponibilidad pueden encontrarse sentimientos de hostilidad ante el ciego, pues se le culpa de la falta de tiempo para realizar actividades recreativas o para atender a los demás miembros de la familia, incluso puede ocasionar sentimientos de rechazo aunque reprimidos.
- Proyección La ansiedad que sienten los padres ante la presencia del niño ciego, puede ser proyectada a través de resentimientos y éste puede estar dirigido hacia los hijos, el médico, la esposa o el esposo, a los cuales se les culpa por la situación extraordinaria que vive la familia.
- Culpa. La culpa se infunde a los padres cuando debido a la mala información proporcionada con el diagnóstico, se crean confusiones que no son resueltas.
- Vergüenza. La vergüenza va acompañada de la falta de aceptación del niño ciego.

Cuando un padre se avergüenza de su hijo es porque él mismo no ha aceptado que el niño sea ciego y teme "mostrar" al niño ante la sociedad, debido a los prejuicios sociales existentes, ya que piensa que puede ser rechazado, pero también teme que se le rechace a él, esto puede ocasionar estados depresivos en los padres, situación que los perjudica a ellos y a su familia.

- Pautas de dependencia mutua. Los padres ocasionan lazos dependientes entre los hijos discapacitados, en el momento que piensan que el niño no puede realizar acciones básicas por sí solo como comer, vestirse, bañarse, etc., por lo tanto le ayudan a realizar todas y cada una de las actividades que debe de realizar, ello ocasiona que el niño esté siempre esperando

en recibir la ayuda, ya que no sabe tomar la iniciativa pues no le permitieron desarrollarla.

Como podemos ver dos actitudes diferentes (la sobreprotección y la falta de aceptación) pueden llevar al mismo resultado: la falta de independencia, aunado a que obstaculizan el desarrollo tanto físico como intelectual del niño y generan tensiones en el ambiente familiar.

Mergé señala que la impresión que reciben los padres al conocer el diagnóstico de su hijo discapacitado provoca un duelo parecido al que se sufre con la muerte de un ser querido.

Bowlby⁽⁷⁴⁾ reconoce cuatro fases durante el duelo.

1) Fase de aturdimiento. Esta fase dura algunas horas o hasta una semana, y da paso a descargas emotivas.

2) Fase de anhelo y búsqueda de la figura perdida. Puede durar meses e incluso años; los familiares niegan la pérdida de la persona y en cualquier detalle tratan de encontrar lo que no hay.

3) Fase de desorganización y desesperación. El individuo no sabe que hacer para recuperar al ser perdido, pero sobre todo no sabe como reorganizar su vida.

4) Fase de un grado mayor o menor de reorganización. El duelo representa la primer oportunidad de superar la perdida, cuando se renuncia al duelo dice Mércé la adaptación será superficial y la capacidad afectiva y emocional se vera seriamente afectada, traduciéndose en una reducción en la preocupación por las demás personas y en la propia capacidad de amar.

Si bien la ceguera representa un problema para quien la padece , también para su familia lo es , ya que tienen que convivir y vivir con ella.

Pueden existir familias que no logran integrar el problema a su vida diaria, ello representa otra dificultad, ya que ésto puede ocasionar la separación de la familia, perjudicando su acción educativa.

Las familias que tiene sus bases en el amor, el respeto, el compromiso y que buscan la independencia de sus hijos logran superar sus miedos y angustias, de ésta forma van creando un hogar estable para ellos y para sus hijos.

La clave dice Carvajal, *"...esta en reconocer y trascender, el dolor, en compartir conjuntamente el proceso personal y en encontrar formas de hacer más llevaderas las principales fuentes de estrés que confronta la familia."* (75)

La pareja necesita reorganizar su vida, ayudándose mutuamente y no olvidando de los otros hijos cuando los hay, ya que éstos como parte de la familia que forman pueden agravar o aminorar el conflicto.

En la medida que el hijo ciego sea aceptado por los padres, los hermanos también lo aceptarán y en la medida en que sea rechazado o culpado de la situación que se vive en la familia, de igual forma será rechazado y culpado por los hermanos, ésto ha sido comprobado por investigaciones realizadas por Bansch (1961).

Los hermanos después de los padres, aportan también elementos educativos a la familia. *"El estudio de los influjos de los hermanos en la familia se pueden plantear de dos modos... cuantitativamente... y cualitativamente."* (76)

En cuanto al carácter cuantitativo se refiere, hablamos de que el nivel de vida de la familia, económicamente tiende a descender, ya que se tienen que cubrir las necesidades de alimentación, vestimenta, salud, educación y recreación de todos los hijos por igual.

Cuando un niño presenta una discapacidad, hay que agregar los gastos de las terapias y del tratamiento a seguir, por lo que los demás tendrán que privarse de algunas cosas a las que estaban acostumbrados.

Cualitativamente el influjo de los hermanos se manifiesta más a través de la competencia, la agresión, la cooperación y la ayuda social.

Cada una de las actitudes que tomen los niños hacia sus hermanos ésta determinada por los padres, si un hijo observa que se le trata con mayor cariño y se le procuran los materiales necesarios a alguno de sus hermanos a diferencia de él, esto puede ocasionar sentimientos de agresividad y resentimiento en el hermano que observa se preocupan más por él.

Este caso puede presentarse con el niño ciego, sus hermanos pueden percibir que se le presta más atención y se le trata con mayor delicadeza a diferencia de ellos, además de que los padres están más tiempo con él, ya que hay que ir a terapias, al médico, etc., lo cual los priva a ellos de la convivencia de los padres.

Por el contrario cuando los padres muestran su afecto tratando de no hacer distinciones entre un hijo y otro, a pesar de que uno sea ciego, se despierta en los hijos la competencia y la agresividad sana, elementos que les proporcionan experiencias que enriquecen la acción educativa, sin embargo, ésto se logra cuando todos los miembros de la familia cooperan en todas las actividades que se realizan.

De aquí la importancia de hacer partícipes a los hermanos del niño ciego en la educación de éste *“cuando los padres reciben apoyo de sus propios ... hijos... disponen de más recursos para apoyarse. . Después de un tiempo la situación mejora; el hijo crece, las heridas sanan y la familia logra integrar a su cotidianidad las diferentes necesidades de ese hijo tan especial.” (77)*

CAPITULO IV
LA ORIENTACION
FAMILIAR COMO
ALTERNATIVA DE
ATENCION AL NIÑO CIEGO.

Capítulo IV. La orientación familiar como alternativa de atención al niño ciego.

4.1 La orientación familiar.

"Ser buen padre y buena madre no consiste sólo en proporcionar a los hijos lo mejor en alimentación, prendas de vestir y escuelas; porque el hombre necesita algo más que comida ropa e instrucción. En darle ese "algo más" radica la principal dificultad a la hora de ejercer una paternidad seria y responsable. Educar no consiste únicamente en dar cosas materiales o consejos. Educar requiere ejemplo y conducta personal " (78), sin embargo, ¿cuántos son los padres que están conscientes de ello?

En algunos casos los padres no valoran que en sus manos está la responsabilidad de educar a sus hijos, y los padres que tienen consciencia de ello se encuentran con la disyuntiva de cómo educarlos, ya que nadie les ha enseñado el arte de educar a los hijos.

A este respecto surge la orientación familiar como una alternativa para todos aquellos padres de familia que están preocupados en impartir una educación responsable y consciente que les permita fortalecer el vínculo que une a la familia y fomentar en los hijos valores y hábitos que les ayuden en su vida.

Pero ¿que es la orientación familiar?

4.1.1 Definición.

De acuerdo con el diccionario de educación especial la orientación familiar se define como el conjunto de técnicas (que emplea el orientador) encaminadas a desarrollar las capacidades evidentes y latentes que tienen como objetivo el fortalecimiento de los vínculos que unen a los miembros de un mismo sistema familiar, con el fin de que el comportamiento de los mismos resulte sano, eficaz y capaz de estimular un continuo progreso, tanto a nivel individual como a nivel de todo el contexto emocional que los acoge.

Por su parte Otero Olivero define a la orientación familiar como un proceso de ayuda a personas que tienen alguna responsabilidad en la familia; el diccionario de orientación familiar define a ésta como la prestación de una ayuda en la mejora personal a quienes integran a una familia

De las anteriores definiciones podemos integrar una propia donde la orientación familiar es entendida como un proceso en el cual se ayuda a las familias a través de diferentes técnicas, para que éstas puedan ejercer su acción educativa de una manera consciente y responsable.

Algunos autores (Newman, Otero Olivero, entre otros), afirman que la familia es la fundamental y primera educadora de los hijos. Educación que se quiera o no, ya sea de manera consciente o inconsciente se transmite de padres a hijos principalmente.

La orientación familiar pretende a través del trabajo con la familia la integración de cada uno de los miembros, con el fin de mejorar las relaciones familiares a través de estrategias que permitan desarrollar en cada miembro una personalidad madura.

Para lograr dicho objetivo la orientación familiar dispone de diferentes técnicas, métodos y recursos, pero todos ellos son vanos cuando algún miembro de la familia opone resistencia "al no ser quien directamente tenga algún problema."

La participación de la familia en la orientación es fundamental. Para que ésta logre su cometido tanto hermanos, como padre y madre deberán colaborar. No importa quien presente el problema todos deberán ayudar y participar para poder solucionarlo o bien aminorar la carga emocional que esto acarrea.

Ríos González maneja tres niveles en la orientación familiar, según el tipo de ayuda que requiera la familia, estos son:

<p>Nivel educativo de la orientación familiar.</p>	<p>Responde a las necesidades de una formación sistematizada y planificada de los padres y los hijos para prevenir la aparición de problemas.</p>	<p>Finalidad</p>	<p>A. Dar medios a la familia para la realización de su misión educativa como grupo primario.</p> <p>B. Formación básica de los padres: contenidos mínimos para educar.</p>
		<p>Objetivos.</p>	<p>1.- Ilustrar los procesos de desarrollo de cada uno de los miembros.</p> <p>2.- Ilustrar los procesos de desarrollo que ha de conseguir la familia para dar apoyo a sus miembros.</p> <p>3.- Aprender cómo realizar el contacto perfecto entre padres e hijos para asentar las líneas de maduración personal.</p> <p>4.- Aprender cómo realizar el encuentro interpersonal entre los miembros y los subsistemas dentro de la familia total.</p> <p>5.- Aprender los tipos y niveles de comunicación en el interior del sistema familiar.</p>
		<p>Instrumentos</p>	<p>a) Poner en práctica la formación de padres (escuela de padres, aulas, etc.).</p> <p>b) Potenciar los elementos básicos de la educación permanente de padres dentro de la formación de adultos.</p>

<p>Nivel asesoramiento en la orientación familiar.</p>	<p>Responde a las necesidades de potenciar las capacidades básicas del sistema familiar para adecuarlas a las necesidades de cada ciclo vital. Función compensatoria.</p>	<p>Objetivos</p>	<p>1.- Ilustrar los procesos y etapas de la constitución del sistema familiar (ciclos vitales) mediante la creación de programas adecuados a tal fin.</p> <p>2.- Replanteamiento y reformulación de las reglas de interacción y comunicación dentro del sistema familiar.</p>
		<p>Finalidad</p>	<p>A. Ofrece criterios de funcionamiento para la familia en situaciones normales y en momentos evolutivos significativos y especiales.</p> <p>B. Descubrimiento de situaciones que impiden el desarrollo educativo normal.</p>
		<p>Instrumentos</p>	<p>a) Servicios o gabinetes de orientación a padres.</p> <p>b) Asesoramiento familiar en todos los subsistemas del sistema familiar.</p>

Nivel terapéutico en la orientación familiar.	Responde a las necesidades de elaborar nuevas pautas funcionales en el dinamismo del sistema familiar.	Finalidad	A. Poner en manos de la familia las técnicas adecuadas para responder adecuadamente a las necesidades excepcionales que se le presentan.
		Objetivos	<p>1.- Hacer posible la estabilidad y el progreso del sistema familiar, frente a amenazas disgregadoras.</p> <p>2.- Enseñar estrategias que aseguren la cohesión familiar ante su "caos".</p> <p>3.- Evitar que caigan en manos de mecanismos paralizantes del progreso.</p>
		Instrumentos	<p>a) Orientación terapéutica de todo el sistema familiar: padres e hijos</p> <p>b) Orientación terapéutica del subsistema parental: padres</p> <p>c) Orientación terapéutica del subsistema conyugal: mandos y mujer.</p> <p>d) Orientación terapéutica de los subsistemas familiares de orientación de los padres.</p> <p>e) Posibilidad alternativa de orientación focalizada en un miembro del sistema familiar</p>

(79)

Independientemente del tipo de ayuda que requiera la familia los padres tendrán que realizar un esfuerzo mayor para mejorar la situación familiar.

La formación de los hijos está "...ligada a la calidad personal de los padres. Estos enseñan fundamentalmente con su propia vida, su forma de actuar, sus reacciones ante las dificultades y las alegrías" (80) sobre ellos están centradas las miradas de los hijos.

4.1.2 Formación del orientador familiar.

Mencionábamos que la orientación familiar es una ayuda que se le proporciona a las familias para mejorar sus relaciones.

Quienes realizan esta acción orientadora deben contar con ciertas características y habilidades "...habilidades para las relaciones humanas básicas, las habilidades que necesitan para un efectivo involucramiento con otros." (81)

Taylor menciona que son cuatro los aspectos que el orientador debe de manejar:

- a) conocimientos educativos amplios que capaciten al orientador para comprender a las personas con que trabaja y al mundo en que vive.
- b) conocimientos psicológicos fundamentales que incluyan los principios, las teorías y las técnicas de investigación pertinentes a la orientación.

80.- García Hoz. Op. Cit. pág. 47

81.- Egan Gerard. El orientador experto. Pág. 18-19

- c) el dominio de los procedimientos y habilidades necesarias en la orientación.
- d) la comprensión de los ambientes de empleo en los que se lleva a cabo la orientación.

Gerard Egan (1987) diseñó un programa para la formación de los orientadores, el cual cuenta con una fase de pre-ayuda y luego tres etapas de ayuda, en cada una de las etapas se delimitan las habilidades y conocimientos que el orientador debe manejar.

- a) Fase de pre-ayuda. En esta fase el orientador debe reflejar una postura de ayuda, debe hacer sentir bien al cliente de tal forma que éste tenga la confianza de contarle sus problemas, además debe saber escuchar el mensaje que le envía su cliente tanto verbal como no verbal.
- b) Etapa de ayuda I. Responder al cliente /auto-exploración del cliente. Cuando una persona se presenta ante el orientador y éste le da la confianza para exponer sus problemas, ambos deben de explorar los sentimientos y actitudes de individuo, cuando el orientador logre conocerlas comenzará a trabajar en la etapa I.

En esta etapa el individuo se debe sentir comprendido porque el orientador sabe comprender y lo respeta no importa si es de una religión distinta o pertenece a alguna asociación con la cual el orientador no este identificado.

Debe de ser genuino, es decir , debe de ofrecer la ayuda no solo porque le vayan a pagar, sino porque le gusta lo que hace.

Debe de ser concreto, es decir, aún cuando el cliente trate de evadir sus problemas y hable sobre temas que no tiene que ver con lo llevo ahí, el orientador debe de guiarlo y saber discernir entre las cuestiones que lo llevan al problema de aquellos que lo distraen.

c) Etapa de ayuda II. Entendimiento integrativo. Conforme la persona explora las situaciones que generan problemas en su vida proporciona una gran cantidad de datos que pueden ser útiles al orientador, el cual debe de integrarlos para poder ayudar al cliente. Para ello el orientador debe de comunicar a su cliente aquello que él ha visualizado a través de lo que éste dice no solamente en forma verbal, sino también lo que dice con sus expresiones, ademanes, movimientos, etc. También debe de estar dispuesto a compartir sus experiencias si éstas pueden ayudar a su cliente, pero debe de tener cuidado de no provocar en el cliente otro tipo de carga emocional ya sea de remordimiento, angustia, etc.

Tiene que existir una proximidad entre el orientador y el cliente y aquél debe ser capaz de confrontar los puntos discrepantes que ha expuesto el cliente y debe de ofrecerle marcos de referencia alternos, por ejemplo, el cliente puede ver sus movimientos exagerados de las manos como una forma de expresión (marco de referencia), mientras que el orientador puede sugerir que sus expresiones son muestras de agresividad (marco de referencia alterno).

Las destrezas expuestas en esta etapa pueden no servir de nada frente a un orientador de bajo nivel según Gerard Egan, pues en este tipo de orientadores *"... el auto - descubrimiento puede convertirse en exhibicionismo; la confrontación puede convertirse en una golpiza, la proximidad y el ofrecimiento de marcos de referencia alternos en una lucha de poder."* (192)

d) Etapa de ayuda III. Facilitar la acción. Finalmente en esta etapa el cliente deberá actuar, es decir, con ayuda del orientador determinará cuales son las posibles soluciones a su problema.

Para poder llegar a esta etapa el orientador debe contar con todas las destrezas descritas en las etapas anteriores, aunado a ello debe contar con conocimientos para poder elaborar programas de acción que le permitan al cliente solucionar su situación problemática.

"Estos pueden incluir técnicas de solución de problemas, procesos de toma de decisión, programas de modificación de conducta, "tarea" o adiestramiento en destrezas interpersonales y otras." (83)

En el momento en que el cliente pone en práctica el programa de acción pueden surgirle temores, dudas o incluso fallas en la realización del mismo, además de que pueden presentarse problemas no contemplados en el programa de acción por ello el orientador debe de apoyar y reforzar los éxitos del cliente y ofrecerle su ayuda en los tropiezos que se presenten.

Algunos orientadores dice Egan no logran llegar a la etapa III por diferentes situaciones, por ejemplo, piensan que esta etapa es solo de acción para el cliente o bien no fomentaron la confianza del cliente y por lo tanto éste no coopera, así pues para lograr que el cliente coopere es necesario favorecer las diferentes habilidades que logren la confianza del cliente hacia el orientador.

4.1.3. El pedagogo como orientador familiar.

La validez científica de la pedagogía, su delimitación y su campo de autonomía de las demás disciplinas, se ha cuestionado desde hace varias décadas por lo que se han generado diferentes conclusiones

respecto al tema. Sin pretender realizar un análisis epistemológico de esta cuestión, creemos conveniente realizar una reflexión en torno al tema para poder justificar la acción del pedagogo dentro de la orientación familiar.

La pedagogía cuenta con un objeto de estudio "la educación ... en todas sus formas y en todas sus manifestaciones". (84) objeto de estudio que comparte con otras disciplinas de las Ciencias Sociales, sin embargo hay que destacar que cada disciplina enfoca de manera específica dicho fenómeno.

La pedagogía como disciplina estudia al hombre en situación educativa y el hombre es considerado como un ser biopsicosocial, de ahí que la pedagogía convoque diversas disciplinas que colaboren con el fin pedagógico como son : la psicología, la sociología, la filosofía, la historia, etc., las cuales están contempladas en el plan de estudios de la Licenciatura en Pedagogía de la ENEP - Acátlán. El cual plantea un perfil de formación del profesional de la licenciatura.

Hablar de perfil profesional es hablar de las características (conocimientos, habilidades y actitudes) que requiere desarrollar y cubrir un profesional en determinadas áreas o campos de acción, las cuales se prevén en el curriculum.

Así pues el Pedagogo debe ser "... un profesional que debe valorar las bases biológicas, psicológicas y sociales del desarrollo de la conducta humana a fin de generar las condiciones de factibilidad de fines y objetivos en el proceso de enseñanza-aprendizaje. Es capaz de planear, administrar, conducir y evaluar los objetivos de los sistemas educativos, institucionales o extrainstitucionales, así como modelos de

docencia y analizar y diseñar en todas sus fases investigaciones sobre problemas psicopedagógicos, sociopedagógicos y de planeación educativa” (85) habilidades que tendrá que haber adquirido durante sus estudios de licenciatura.

Dentro de las funciones del pedagogo que plantea la organización académica de la Licenciatura en Pedagogía están:

DOCENCIA Y FORMAS DE APOYO

- a) docencia(general, especial, asesoría, consultoría y tutoría).
- b) orientación educativa
- c) producción y/o utilización de medios didácticos.

PLANIFICACIÓN

- A) planificación educativa
- B) administración escolar
- C) programación educativa
- D) evaluación educativa

INVESTIGACION

- a) investigación psicopedagógica
- b) investigación sociopedagógica
- c) investigación para la planificación

Dentro de las funciones del pedagogo descritas anteriormente, esta la orientación educativa de la cual se desprende la orientación familiar como una forma de apoyo, pues los orientadores se dieron cuenta que muchos de los problema que presentan los escolares se generan en la familia. Por lo tanto es en y con la familia donde tiene que atenderse.

Estas características hacen que el pedagogo sea un candidato para impartir orientación familiar pues cuenta desde el momento de su formación con algunas de las características que necesita un orientador, sin embargo, aunado a ello tendrá que desarrollar otras habilidades que le permitan consolidarse como orientador familiar, las cuales ya fueron descritas anteriormente.

De lo anterior podemos afirmar que el pedagogo es uno de los profesionales más indicados para ejercer la orientación familiar.

4.2 El orientador familiar y la educación especial

La orientación familiar pretende ofrecer a través de diferentes técnicas y métodos los elementos que optimizan la educación familiar como ya se había mencionado, en este sentido la orientación familiar ofrece ayuda a las familias que se encuentran en una situación extraordinaria como lo es, por ejemplo, que uno de sus miembros presente una discapacidad.

Cuando el niño presenta una discapacidad ésta debe de reconocerse lo más rápido posible, ello con el fin de que se oriente a los padres tanto para el cuidado del niño como para ayudar a disminuir los conflictos que se generan en el interior de la familia.

El primer momento en el cual los padres reciben o debieran recibir orientación es cuando el médico comunica el diagnóstico del niño discapacitado. Si bien es cierto que el médico no es el especialista en niños discapacitados para poder ofrecer toda la información que en ese momento los padres quisieran saber, sí puede explicarles la posible causa por la cual el niño presenta la discapacidad y ofrecer algunas alternativas de atención, ya sea en la misma institución médica donde se encuentra el niño o en algún centro educativo que atienda y ayude a niños que presentan las mismas características del niño discapacitado.

En el centro educativo deberán de proporcionar a los padres la orientación que les permita aminorar la carga emocional que conlleva un hijo discapacitado y el trato a éste.

Ross (1964) opina que *“...el conflicto y los trastornos emocionales de los padres pueden reducirse mucho si cada profesional que actúa con los padres comparte la responsabilidad de orientarlos en forma inteligente.”* (186)

De acuerdo con Telford Charles las metas de la orientación con niños discapacitados son intelectuales, emocionales y conductuales.

En el aspecto intelectual se manejan aspectos teóricos, es decir, la etiología del problema, la capacidad de desarrollo del niño, la importancia y valor de su actividad, de su educación, de su independencia y del medio social en el que se desarrolla.

En el aspecto emocional el orientador debe de poner cuidado en los sentimientos de los padres, ello con el fin de ayudarlos a reducir la carga emocional que generó la aparición del niño discapacitado, no hay que olvidar que para lograr esta identificación el orientador deberá contar con ciertas habilidades señaladas por Gerard Egan.

· Por último en el aspecto conductual deben incluirse planes en donde la familia cambie algunas conductas entorpecedoras para la dinámica familiar y para el desarrollo del discapacitado por otras que la favorezcan, aunado a programas donde se trabaje con el niño discapacitado con la participación de la familia.

CAPITULO V
PROGRAMA DE
ORIENTACION FAMILIAR.
- PROPUESTA DIDÁCTICA -

Capítulo V. Diseño del programa de orientación familiar - Propuesta didáctica. -

5.1. Sustento teórico - metodológico.

5.1.1. Sustento teórico desde la óptica de la orientación familiar.

La propuesta de orientación familiar que se presenta y que tiene como finalidad integrar al niño ciego a la dinámica familiar mediante un proceso educativo es considerada desde la perspectiva de la terapia familiar estructural.

"En esencia, el enfoque estructural a las familias se basa en el concepto de que cada familia es más que la biopsicodinámica individual de sus miembros. Los miembros de la familia se relacionan según ciertas normas [que], si bien casi nunca se dan a conocer, forman un todo, la estructura de la familia." (87)

La terapia estructural de familia comenzó a desarrollarse en la segunda mitad del siglo XX, y comenzó a difundirse a principios de éste siglo.

Salvador Minuchin es el representante más significativo del método estructural en la terapia familiar, pues ha desarrollado gran parte de la teoría y de las técnicas utilizadas en el tratamiento estructural de la familia.

87.- Johnson Métodos de tratamiento infantil. Pág. 290

La terapia estructural de familia estudia al individuo en su contexto social, es decir, toma al Hombre como ser social, ya que éste forma parte activa de diferentes grupos sociales (religiosos, escolares, laborales, familiares), y sus experiencias van relacionadas con la interacción de dichos grupos a los cuales se denominará como sistema.

La familia constituye el grupo primario donde el ser humano se desarrolla y donde aprende las pautas de socialización, mismas que le permitirán sea aceptado en la sociedad, ello a través de los estímulos verbales y conductuales que recibe de su familia y que van determinando sus respuestas ante las diferentes situaciones que se le presentan.

"La influencia de la familia sobre sus miembros fue demostrada experimentalmente por una investigación de las enfermedades psicosomáticas de la infancia... Las comprobaciones realizadas en la investigación proporcionaron fundamentos experimentales para el núcleo básico de la terapia de familia: nos referimos al hecho que el niño responde a las tensiones que afectan a la familia." (88)

La terapia familiar estructural se basa en tres axiomas:

1º. La vida psíquica de un individuo no es exclusivamente un proceso interno. El individuo está influenciado por el contexto en el que se encuentra, por lo tanto puede verse afectado cuando en dicho contexto surge un cambio, e incluso él puede provocar dicho cambio. Por ejemplo, en el caso del niño ciego provocará estrés a los integrantes de su familia ocasionando la presencia de diferentes conductas en los diferentes miembros de la familia, las cuales estarán relacionadas con la llegada del invidente (ver pág. 85).

2º. Las modificaciones en una estructura familiar contribuyen a la producción de cambios en la conducta y los procesos psíquicos internos de los miembros de ese sistema. No olvidemos las etapas por la que pasa la estructura de la familia y en las cuales deberán modificarse de acuerdo a los cambios que se vayan generando en ella. Por ejemplo cuando la pareja decide tener un hijo la estructura establecida deberá modificarse ya que ahora habrá que satisfacer las necesidades del nuevo integrante.

3º. Cuando un terapeuta o un orientador trabaja con un paciente o con la familia de un paciente su conducta se incluye en este contexto. Los terapeutas y la familia formarán un nuevo sistema donde el terapeuta será el guía de las conductas de sus miembros.

"La estructura familiar es el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia. Una familia es un sistema que opera a través de pautas transaccionales." (89)

Los patrones o pautas transaccionales son todas aquellas conductas que son repetidas constantemente por algún miembro de la familia las cuales establecen la manera de relacionarse con los demás sistemas, por ejemplo, una madre le dice a sus hijo que coma toda la comida y éste obedece. Aquí la interacción define el papel de cada uno de los sistemas, donde la madre es la que tiene el control. Las operaciones repetidas en este tipo de contexto constituyen las pautas transaccionales.

El sistema familiar desempeña sus funciones a través de los subsistemas. Los subsistemas pueden estar formados por individuos (cada miembro de la familia es un subsistema), por diadas (padre - madre, madre - hijo), o por grupos dentro del contexto familiar (los que forman parte del mismo sexo, de la misma edad, etc.).

Cada miembro de la familia posee diferentes niveles de poder los cuales deben de respetarse y no intervenir en otro que no le corresponda, para ello se determinan límites en los subsistemas, los cuales regirán y definirán cual es la función de cada uno de los subsistemas que integran la familia, por ejemplo el límite de un sistema parental se define cuando a un hijo se le dice que no puede regañar a uno de sus hermanos porque no es el padre. Cuando los límites no son claros puede causar conflictos en el sistema, por ello la familia debe establecer los límites a considerar. Ello a través de las reglas establecidas en la casa.

Dentro de estos límites debe de existir cierta flexibilidad para poder interrelacionarse entre los subsistemas, con el fin de garantizar el funcionamiento de la familia, aunado a la adaptación constante de los cambios que existan dentro del núcleo familiar.

Dentro de las metas que plantea el enfoque estructural están:

- Cambiar la estructura del sistema familiar
- Resolver los problemas de la familia, presentando elementos alternativos.
- Lograr el cambio estructural de manera breve.
- Ayudar al sistema familiar, uniéndose a él y confrontándolos.

Para llegar a lograr las metas se plantean diversas técnicas, de las cuales solo describiremos brevemente aquellas que apoyaran el programa de orientación familiar.

Una de las técnicas que utiliza Minuchin en la terapia familiar es la reestructuración de los límites entre la familia, ello cuando éstos son inadecuadamente rígidos o difusos, fijando las reglas que determinen quienes han de relacionarse y de que modo, diferenciando los subsistemas y sus funciones.

El terapeuta familiar estructural organiza a través de un mapa familiar los objetivos que quiere alcanzar. Un mapa familiar es un esquema que representa los límites que se manejan en determinadas familias y como pueden reestructurarse para solucionar el problema que se planteó. (ver anexo 4)

La técnica de complementariedad ayuda a los miembros a que vivencien su pertenencia a un subsistema cambiando la relación jerárquica, cuestionando la idea que se tiene de ello.

Las paradojas apoyan el cambio de la rigidez de la estructura familiar, enfrentando su resistencia

Otra de las estrategias terapéuticas utilizadas por Minuchin es la llamada actualizar patrones transaccionales familiares. En esta técnica el terapeuta indica a la familia que en las sesiones de terapia hagan hincapié en las dificultades de sus relaciones.

Asignar tareas a los subsistemas es otra de las técnicas utilizadas por Salvador Minuchin en la terapia familiar.

5.1.2 Sustento metodológico desde la óptica de la estructura didáctica.

El proceso enseñanza - aprendizaje es uno de los objetivos de estudio de la didáctica, disciplina que a través de resolver problemas teóricos determinando fines, objetivos, propósitos, evaluación, organización, técnicas, recursos, procedimientos... pretende que dicho proceso se realice en forma dinámica.

La didáctica sigue un proceso metodológico, es decir, existe un método didáctico.

El método didáctico es definido "...como un conjunto organizado de normas, procedimientos y recursos para dirigir el aprendizaje con el máximo de rendimiento y el mínimo de esfuerzo, tomando en cuenta las características (capacidades, intereses, aptitudes, motivaciones, etc.) del educando y el conocimiento del medio ambiente, para alcanzar los fines educativos previamente señalados." 90

Los principios por los cuales está regido el método didáctico son:

- a) Principio de finalidad: se refiere al planteamiento de los objetivos que se proponen y que se desean alcanzar.
- b) Principio de ordenación: es la progresión a seguir en las actividades a realizar enlazándolas y dosificándolas para llevar al alumno al aprendizaje.
- c) Principio de adecuación: se refiere a las circunstancias en las cuales se presentará algún tema o materia, es decir deberá adecuarse a las capacidades y limitaciones reales del sujeto al cual ira dirigido el aprendizaje.
- d) Principio de economía: es el cumplimiento de los objetivos en el menor tiempo y esfuerzo posible, tanto de los alumnos como del profesor.
- e) Principio de orientación: se refiere a la presentación clara y concreta de la información para que pueda ser abordada con facilidad.

El método didáctico utiliza diversos recursos, técnicas y procedimientos para conducir a los alumnos a los objetivos previstos.

Los recursos son los medios materiales de los que dispone para conducir el aprendizaje como son los libros, guías de aprendizaje, pizarrón, mapas, murales, proyectores, discos, animales disecados y vivos, plantas, etc.

Las técnicas son maneras racionales de conducir una o más fases del aprendizaje escolar.

Los procedimientos son segmentos o series de actividades docentes en determinadas fases de enseñanza, es decir, es la manera de poner al alumno en contacto con el conocimiento en una forma directa y concreta.

Cabe mencionar que cada uno de los elementos presentados anteriormente son partes o fases integrantes del método, ninguna por si sola representa el método.

A partir de estos principios se basa la instrumentación del Programa de Orientación Familiar que se presenta, teniendo en cuenta que por aprendizaje entenderemos el proceso que se realiza en el interior del individuo cuando éste vive experiencias significativas que producen un cambio y que puede constituir a la adquisición de un conocimiento, actitud, hábito, habilidad, destreza, etc., y por enseñanza el proceso que consiste en promover en forma intencionada y sistemática el proceso del aprendizaje que se desea en el individuo.

5.1.3 Sustento metodológico desde el sondeo a maestros que atienden a niños ciegos.

Existen instituciones que prestan servicios a los niños ciegos, tales como: Centros de Rehabilitación y Educación Especial (CREE), y escuelas de educación especial pertenecientes a la SEP, así como Centros Psicológicos y Pedagógicos, cabe señalar que a pesar de

que las instituciones plantean objetivos para mejorar el estado físico y emocional del menor discapacitado, no atienden ni orientan a la familia la cual tendrá que realizar algunas modificaciones para poder satisfacer las demandas del niño ciego.

Modificaciones que en su mayoría afectan la estabilidad de la dinámica familiar que se había establecido anteriormente.

Ahora bien si tomamos en cuenta que la familia es el primer medio en el que se relaciona el niño y además el más importante pues en él aprenderá costumbres, valores y normas que desarrollarán y caracterizarán su persona ¿no debería ésta recibir información acerca de la ceguera? y más aún, ¿no debería formar parte de un programa donde se incluya a todos los miembros de la familia nuclear para recibir orientación? y ¿que incorporará aspectos informativos, prácticos y actitudinales?.

A) Planteamiento de la hipótesis.

Para responder tentativamente al problema se plantea a siguiente hipótesis.

“El tipo de información, actitudes, y estrategias de atención que recibe y asume la familia, ante la presencia de un niño ciego, esta relacionada con la integración de éste a la dinámica familiar.”

a) descripción de las variables.

Vx — El tipo de información

El tipo de actitudes

El tipo de estrategias de atención

Vy — Integración a la dinámica familiar.

V₁ Tipo de información. Hacemos referencia al conocimiento que tenga la familia sobre la ceguera, haciendo hincapié en que la información sea correcta y certera, por ello se incluyen en el Programa de Orientación algunas sesiones informativas, con el fin de que la familia conozca aspectos teóricos de la ceguera tales como : etiología, su tratamiento y desarrollo del niño ciego

V₂ Tipo de actitudes. Nos referimos a las conductas que se presentan en la familia cuando existe la presencia de un niño ciego y de las cuales hablamos anteriormente, es por ello que se incorporan sesiones donde se trabajará el manejo de dichas actitudes.

V₃ Tipo de estrategias de atención. Nos referimos al manejo que se le de al problema del niño ciego desde el momento en que se notifica el diagnóstico a los familiares y el seguimiento que tenga en instituciones educativas para su atención, así como al apoyo que ofrezca la familia.

Y₁ Integración a la dinámica familiar. Se hablará de la integración del niño ciego cuando la familia haya logrado superar los primeros impactos que pudieran surgir al saber que el niño es ciego, creando un hogar estable donde todos los integrantes tengan las mismas oportunidades para desarrollarse tanto física como intelectual y emocionalmente.

B) universo de la investigación y muestra elegida.

Para la aplicación de los cuestionarios se consideró pertinente hacerlo con una muestra no probabilística del tipo por cuotas.

A pesar de las fallas que pudiera tener este tipo de muestra resulta ventajosa para esta investigación ya que se requiere de una muestra no representativa de toda la población sino de sujetos con ciertas características específicas que puedan opinar sobre un tema en particular en el cual ellos están inmersos.

Los criterios para la selección de la muestra a la que se le aplicó el cuestionario fueron:

- Que fueran profesores de niños ciegos que trabajaran en una escuela de ciegos
- Que la escuela estuviera ubicada en una zona urbana
- Que el nivel socio - económico de la zona fuera medio
- Que los profesores tuvieran un grado académico a nivel licenciatura
- Que los profesores trabajen en grupo
- Que los profesores tuvieran como mínimo trabajando con los niños ciegos un año.

Se aplicaron 10 cuestionarios a los maestros que laboran en el "Centro de Rehabilitación e Integración para Invidentes (CHIFI)", los cuales cubrirían las características antes señaladas, el Centro se encuentra ubicado en Calle Roldan, esquina con Juárez, Coyoacan, México, D. F.

a) Instrumento aplicado.

Los datos que se obtengan del siguiente cuestionario serán utilizados para realizar una investigación pedagógica,; por lo tanto, sus respuestas serán utilizadas en forma confidencial y anónima.

Para el propósito del estudio es sumamente importante su colaboración.

Una vez que usted haya revisado el programa de orientación familiar por favor conteste las siguientes preguntas en forma veraz y lo más exactamente posible.

En las preguntas con alternativas marque una X en la respuesta que más se asemeje a su situación o a su opinión.

1.- Nivel académico:

- a) Carrera técnica.
- b) Licenciatura.
- c) maestría.
- d) Otro. _____

2.-¿Cuántos años de servicio tiene trabajando con niños ciegos?

- a) 1 a 3 años
- b) 3 a 5 años
- c) 5 a 7 años
- d) más de 7 años

3.- ¿ Número de alumnos que atiende actualmente? _____

4.- Para usted ¿qué es un programa de orientación familiar? _____

5.- ¿Considera necesario el trabajo con la familia del niño ciego para la rehabilitación de éste?

- a) sí
- b) no

¿Por qué? _____

6.- El trabajo con la familia del niño ciego debe ser

- a) con una plática informativa basta
- b) cada seis meses
- c) cada año
- d) continuamente

7.- ¿ Considera que el programa de orientación familiar puede integrar al niño ciego a la dinámica familiar?.

- a) sí
- b) no

¿por qué? _____

8.- ¿ Qué aspectos de la dinámica familiar cree usted que podrían mejorarse con el programa de orientación familiar? _____

9.- ¿ Considera acertados los objetivos planteados en el programa de orientación familiar?.

- a) sí
- b) algunos
- c) no

¿por qué? _____

10.- ¿ Plantearía usted algún otro objetivo en el programa de orientación familiar?

a) sí

b) no

¿Cuál? _____

11.- ¿Considera que el número de sesiones es la correcta?

a) sí

b) no

¿por qué? _____

12.- ¿ Considera que el número de horas por sesión es correcta?

a) sí

b) no

¿por qué? _____

13.- ¿Qué otro tema considera usted sería importante abordar en el Programa de Orientación Familiar?

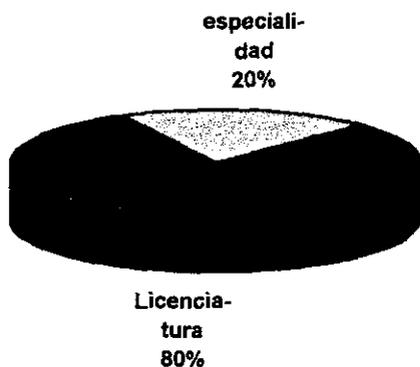
14.- ¿Ha participado en alguna ocasión en un programa de orientación familiar?

a) sí b) no

Si su respuesta fue afirmativa exponga su experiencia.

15.- ¿Qué aspectos rescataría del programa de orientación familiar al que asistió que pudiera mejorar el programa aquí propuesto? _____

16.- ¿ Qué observaciones le haría usted al programa de orientación familiar que le presentamos para mejorarlo ? _____

b) Análisis de los datos.**1.- Nivel académico de los profesores que atienden a niños ciegos.**

Maestría y carrera técnica 0%

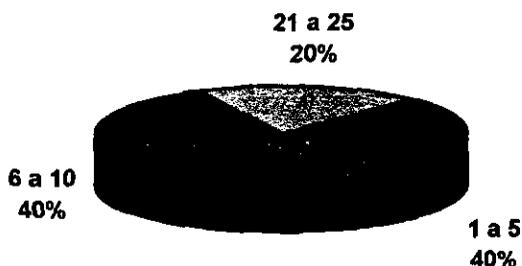
En su mayoría los profesores que trabajan con los niños ciegos tienen estudios a nivel licenciatura 5 son psicólogos y 3 pedagogos, solamente dos de ellos han realizado una especialidad en el área.

2.- Servicio en años que los profesores tienen trabajando con niños ciegos.



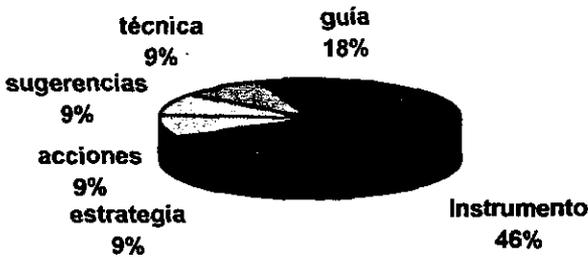
El 40% de los profesores que trabajan con los niños ciegos solo tienen trabajando con ellos de entre 1 a 3 años, el 30% tiene trabajando de 7 o más años y el resto de 3 a 5 años.

3.- Número de alumnos que atienden actualmente.



La mayoría de los profesores llegan a trabajar con un máximo de 10 niños, vale la pena mencionar que dos de ellos se excluyen ya que imparten un programa psicológico al total de la población escolar y padres de familia, ello en forma individual.

4.- Conceptualización que los profesores hacen acerca de un programa de orientación familiar.



De acuerdo a la concepción que le da cada uno de los profesores al programa de orientación familiar podemos decir que para algunos funciona como: instrumento (instrumento, estrategia y técnica) y para otros como procedimiento (acciones, sugerencias y/o guía) y de acuerdo con sus respuestas la finalidad que plantean se puede resumir en tres áreas diferentes:

Familia	Ciego	Dinámica familiar
<ul style="list-style-type: none"> ■ Mejora la participación ■ Apoyo para trabajar con la familia tomando en cuenta sus necesidades ■ les permite reflexionar sobre sus actos y sus actitudes 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Se hace conciencia sobre el niño ■ ayuda en el desarrollo del niño 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Se estabiliza la dinámica familiar ■ Apoya la dinámica pues amplía la comunicación y la convivencia

<p>■ proporciona actividades de trabajo que pueden realizar los padres con el niño ciego</p>		
--	--	--

5.- Necesidades y opiniones que plantean los profesores para trabajar con la familia del niño ciego en su rehabilitación.



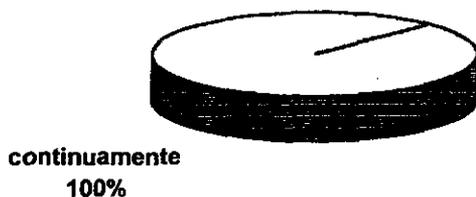
**Es necesario trabajar
con la familia del niño
100%**

Expresaron las razones que hacen necesario el trabajo con la familia.

	frecuencia	Porcentaje
Son el pilar para el aprendizaje	2	139%
Es importante para el desarrollo del niño	4	27%
Los padres no saben como trabajar con el niño	2	13%
Hay sufrimiento emocional	2	13%
Hay que crear un ambiente rico en experiencias	1	7%
Hay que crear un ambiente rico en experiencias	1	7%
Para integrar a los niños a la sociedad	3	20%
Para recibir apoyo de los padres		
Total	15	100%

Las frecuencias rebasan el número de 10 ya que hubo varios maestros que expresaron más de dos ideas con respecto a la pregunta.

6.- Frecuencia que recomiendan para el trabajo con la familia del niño.



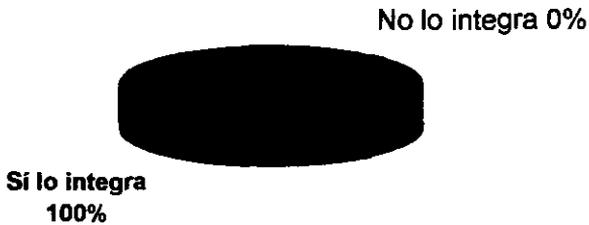
Con una plática informativa basta 0%

Cada seis meses 0%

cada año 0%

En su totalidad los maestros creen que el trabajo con los padres debe ser continuo ya que no basta con una plática informativa aunque no precisaron para ellos que es continuamente.

7.- Posibilidades que ofrece el programa de orientación familiar para integrar al niño a la dinámica familiar.



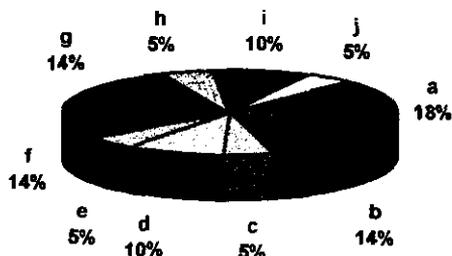
Definitivamente todos los profesores opinan que el programa puede integrar al niño ciego debido a lo siguiente:

	Frecuencia	Porcentaje
Lo hace independiente	1	9%
Promueve su participación activa en la dinámica familiar	5	46%
Ofrece información que refuerza al maestro	1	9%
Sensibiliza a la familia	2	18%
Le ofrece método y estrategias	1	9%
Está encaminado a ello	1	9%

Las frecuencias rebasan las 10 ya que hubo un maestro que expuso más de una idea.

8.- Aspectos de la dinámica familiar que los profesores consideran que podrían mejorarse con el programa de orientación familiar.

Respuestas	Frecuencia
a) La integración del niño a la dinámica familiar	4
b) La comunicación	3
c) Apoyo y comprensión hacia cada uno con respecto a sus sentimientos y problemáticas	1
d) La convivencia	2
e) La confianza	1
f) Respeto	3
g) Concientización de roles (responsabilidades y derechos) de cada miembro.	3
h) Socialización	1
i) Independencia	2
j) No contestó	1



Las opiniones se sintetizaron de forma tal que son clasificadas alrededor de tres aspectos importantes dentro de las relaciones familiares, las cuales son la concientización, la comunicación y la comprensión.

9.- Opinión de los profesores respecto a los objetivos planteados en el programa de orientación familiar.



¿Por qué?

Algunos consideran que los objetivos van acordes al programa y son acertados ya que contempla aspectos importantes para la integración del niño ciego a la dinámica familiar y abarca temas como: causas de la ceguera y el desarrollo del niño ciego , además de sugerir tareas y mantener el entusiasmo con objetivos concretos y directos.

Otros opinan que solo algunos de los objetivos son acertados ya que algunos están repetidos y van dirigidos hacia un mismo fin, y que podrían ser más fructíferos si se plantearan no solo con el interés de cumplir con un programa sino visualizarlos como un plan personal, es decir, buscar que profundicen, que el participante ahonde en el análisis.

10.- Propuesta de objetivos para incorporar al programa de orientación familiar

**No aporta
propuestas
60%**

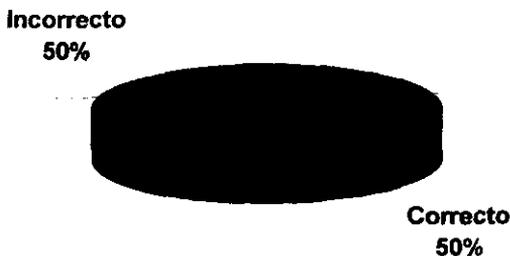


**Hace
propuestas
40%**

Los objetivos que plantearían el 40% de los maestros serían:

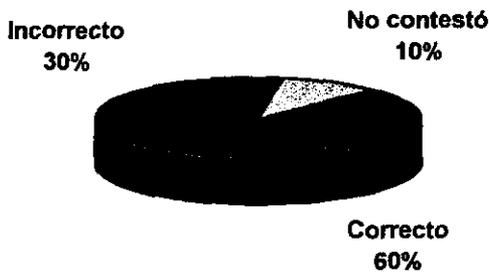
- “La familia concientizará los sentimientos naturales por los que pasa cada uno de sus miembros para apoyarse y comprenderse mutuamente, sentimientos que son del producto de tener un miembro con discapacidad.”
- “Favorecer la aceptación y curación de actitudes.”
- “Crear un grupo de padres que se apoyará continuamente”
- “Enunciar algunas actividades padre - hijos.”

11.- Profesores que consideran correcto el número de sesiones del programa.



Las opiniones con respecto a esta pregunta son variadas ya que algunos opinan que deberían acortarse el número de sesiones, otros que el tiempo estipulado es razonable ya que se brinda la orientación a la familia y algunos otros piensan que algunos temas podrían extenderse para que se comprendieran mejor, habiendo para ello la flexibilidad en relación a lo que se presente.

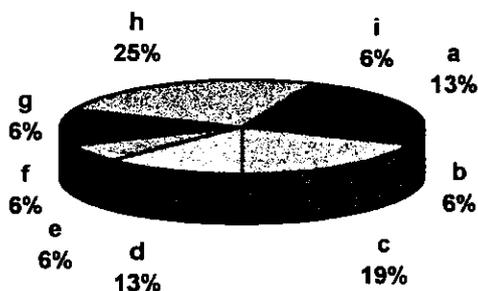
12.- Profesores que consideran correcto el número de horas por sesión del programa.



Algunos opinan que el tiempo es razonable ya que alargarlo podría provocar aburrimiento, desinterés o cansancio aunque tampoco sería bueno ser tan tajantes ya que en algunas sesiones la familia puede estar muy motivada e interesada en este caso tendría que haber flexibilidad en los tiempos. Otros opinan que es mucho tiempo y la familia puede empezar a aburrirse.

13.- Propuesta de temas para incorporar al programa de orientación familiar.

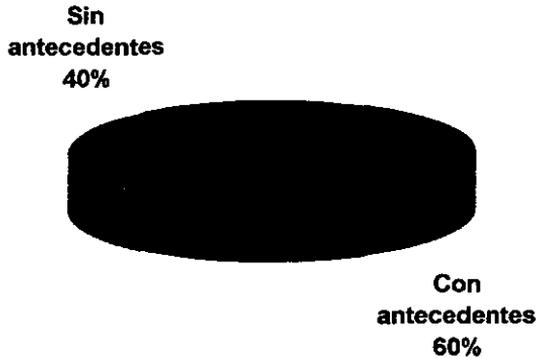
Respuesta	Frecuencia
a) Estado psicológico de la familia	2
b) Reacciones de la familia	1
c) Frustraciones ante la integración del niño discapacitado a la sociedad	3
d) Que hacer con un niño con discapacidad	2
e) Perspectivas de estudio y de trabajo	1
f) Particularidades en el lenguaje	1
g) Como favorecer el juego simbólico	1
h) La lecto - escritura	4
i) Estereotipos	1
j) Importancia de las actividades recreativas y/o ocupación del tiempo libre	1



Analizando las respuestas se puede observar que los temas propuestos por los profesores están encaminados a apoyar los siguientes tres aspectos a) desarrollo del niño ciego y sus posibilidades de acción; b) desarrollo de tareas específicas y; c) reconocimiento de actitudes de la familia ante el niño ciego.

Cabe mencionar que las frecuencias rebasan las 10 ya que algunos expresaron más de dos ideas.

14.- Antecedentes de los profesores en la participación en programas de orientación familiar.



Experiencias de los profesores que han asistido a un programa de orientación familiar.

Una de las maestras participó en un programa a padres con hijos en atención temprana y otra con niños con discapacidad intelectual, dos más de ellas fueron coordinadoras del programa.

En algunos de los programas se expusieron aspectos del desarrollo del niño desde el nacimiento hasta los 7 años. En algunos casos es difícil que los padres acepten recibir ayuda ya que sus sentimientos los hacen evadir e impedir que se les de.

Cuando el programa inicia los padres están motivados pero a veces va disminuyendo , al final se observan resultados favorables en algunos de los padres.

Una de las maestras diseñó junto con sus compañeros de trabajo un programa breve para apoyar a los padres ya que no contaban con el personal especializado el cual estuvo estructurado de la siguiente manera:

- 1.- Dinámica de presentación e integración
- 2.- Exposición del tema
- 3.- Actividad o dinámica de recopilación
- 4.- Comentarios y/o experiencias
- 5.- Cierre

Según palabras de la profesora este programa funcionó parcialmente ya que se dejaron de lado aspectos importantes

15.- Aspectos que los profesores evalúan como relevantes en los programas de orientación familiar a los que han asistido.

- Separar a subgrupos (los que siempre se sientan juntos)
- Visualizar a los padres con más urgencia de atención y acomodarlos cerca de padres motivados
- Que se tenga dominio del tema
- Que este bien programada la actividad
- Mayor tiempo y no limitarlo
- Integrar a padres, hermanos, tíos y demás parientes cercanos

- Abrir espacios con los hermanos
- Tener un buzón de sugerencias, dudas o preguntas
- Permitir la exposición de sentimientos y la lluvia de ideas
- No limitarlo en el número de sesiones
- Hacer participe a la maestra del niño ciego.

16.- Observaciones que los profesores harían al programa de orientación familiar que se le presentó.

- No limitar las sesiones
- Hacer participe a los maestros del niño
- Anexar objetivos sobre actividades para fomentar la autosuficiencia del niño ciego
- Realizar un seguimiento después del programa
- Tener en cuenta las necesidades de los padres
- No encasillar las dinámicas y actividades a un salón
- Las observaciones tendrían que plantearse después de aplicar el programa
- Las personas que lo imparten deben ser especialistas
- Disminuir el tiempo de las sesiones a una hora
- Realizar más actividades padres - hijos
- Algunos maestros se remiten a las preguntas 9, 13 y 15.

c) interpretación.

La orientación familiar entendida como un proceso en el cual se ayuda a las familias a través de diferentes técnicas para que éstas puedan ejercer su acción educativa de una manera responsable debe estar orientada a la problemática que presenta la familia, en este caso la ceguera de alguno de sus miembros.

El Programa de Orientación Familiar que se diseñó para familias con niños ciegos se presentó ante 10 profesores que laboran con niños que presentan ceguera,; el 80% de los maestros tienen un nivel académico de licenciatura, mientras que el 20% cuenta con una especialidad . Los grupos con que trabajan no rebasan los 10 alumnos, aquellos que atienden más de 20 alumnos es porque son los encargados de impartir un programa psicológico a todos los alumnos del plantel.

Existen diferentes reacciones en las familias que cuentan con un miembro ciego como lo habíamos mencionado anteriormente tales como culpabilidad, rechazo , negación, etc., por ello es importante el trabajo con la familia, el cual debe ser constante opina el 100% de los profesores encuestados pues ello ayudara a superar todos los sentimientos generados, además de ayudar al desarrollo del niño pues se crea un ambiente rico en experiencia que lo ayudaran a incorporarse a la sociedad.

El programa de Orientación Familiar se plantea en 12 sesiones de 2 horas cada una, para algunos profesores estos dos aspectos deberían de replantearse (en un 50% y 30% respectivamente) pues consideran que algunas actividades llevan más tiempo, aunque todos ellos están de acuerdo en que el programa puede integrar a la dinámica familiar al niño ciego, pues lo ayuda a hacerse independiente, ofrece información, métodos, estrategias y promueve

la participación activa del niño en la dinámica familiar pues sensibiliza a la familia mejorando aspectos como son: la comunicación, el apoyo, el respeto, la confianza y concientiza sobre las responsabilidades y derechos de cada miembro, no olvidemos que todos estos aspectos forman parte de la educación familiar que debe impartirse dentro de toda familia y que ésta debe ser enriquecedora para todos sus miembros y en ella deben participar todos, sin embargo para poder lograrlo algunos opinan que habría que replantear algunos objetivos e incorporar a la propuesta algunos otros temas tales como: estado psicológico de la familia, reacciones de la familia, frustraciones ante la integración del niño discapacitado a la sociedad, que hacer con un niño discapacitado, perspectivas de estudio y de trabajo, particularidades en el lenguaje, como favorecer el juego simbólico, la lecto - escritura, estereotipos y la importancia de actividades recreativas y/u ocupación del tiempo libre.

El 60% de las personas encuestadas han participado en programas de orientación familiar, uno de ellos con un programa que dejó de lado aspectos relevantes para el mejoramiento de la dinámica familiar ya que el programa no estuvo bien diseñado; en general los maestros observaron resultados favorables aunque no con todos los padres.

5.2. Estructura del programa.

a) objetivos

OBJETIVO GENERAL.

Las familias incorporarán conocimientos teóricos y prácticos sobre la ceguera para el desarrollo de estrategias que permitan integrar al niño ciego a la dinámica familiar.

OBJETIVOS PARTICULARES.

Las familias analizarán las principales causas de la ceguera y las alternativas de atención para niños ciegos.

Las familias conocerán el desarrollo evolutivo del niño y sus peculiaridades en el caso del niño ciego.

Las familias comprenderán la importancia de interrelacionarse para mejorar la dinámica familiar.

Las familias diseñarán estrategias de trabajo particulares para incorporar al niño ciego a la dinámica familiar.

b) Modalidad didáctica.

El programa de orientación familia será abordado en forma de taller, ya que se pretende que los integrantes del grupo de orientación generen sus propias estrategias para enfrentar la situación extraordinaria que viven, de tal forma que la dinámica familiar sea favorecida. Por ello se contempla trabajar con un número de familias no mayor de 6 y no menor de 4.

Por otra parte, en el taller se analizarán y discutirán algunas acciones orientadoras respecto a la incorporación del niño ciego a la dinámica familiar teniendo como meta que los participantes tengan un trabajo activo en cada una de las sesiones para el dominio de contenidos generales y de esta manera incorporen acciones concretas de intervención en el interior de la familia para beneficio de sus integrantes.

El programa esta organizado a través de 16 sesiones, se propone que las sesiones se lleven acabo los viernes de cada semana con una duración de dos horas cada una.

La asistencia de los participantes en el programa de orientación familiar esta estructurado de la siguiente manera:

tema	sesión para hijos	sesión para padres	sesión simultanea padres e hijos	sesión para padres y niños ciegos	sesión para la familia
1.- presentación y detección de expectativas					
2.- concepto de ceguera. causas de la ceguera					
3.- emociones					
4.- actitudes de los niños ante los problemas					
5.- solucionemos nuestros problemas					
6.- nos comunicamos					
7.- participemos todos.					
8.- mis obligaciones					
9.- convivencia familiar					
10.- alternativas de atención para el niño ciego					
11.- la educación de mi hijo					
12.- desarrollo del niño ciego.					
13.- mi participación en el desarrollo del niño ciego.					
14.- la estimulación física de mi hijo ciego.					
15.- el trabajo con mi hijo ciego.					
16.- sigamos informándonos.					

Es importante mencionar que el Programa que a continuación se presenta es una reestructuración de una primera versión valorado por personas que trabajan con niños ciegos

c) organización y estructuración del programa

Sesión No. 1

Tema: Presentación y detección de expectativas.

Propósito: Sensibilizar a los participantes para que se integren a un grupo de orientación familiar.

Objetivo	Estrategias	Recursos de apoyo	Observaciones
<ul style="list-style-type: none">- Los participantes reflexionarán sobre la importancia de los grupos de orientación familiar.- Los participantes analizarán sus propias expectativas sobre el grupo del que formarán parte.	<ul style="list-style-type: none">- Presentación con la técnica "la telaraña." *- Técnica: "riesgo"- "Plenaria."- Conclusiones de los participantes.	<ul style="list-style-type: none">- Hojas blancas.- Lápiz.- Bola de estambre.	<ul style="list-style-type: none">- padres.- Tiempo de la sesión 2 horas.

<p>- Los participantes reflexionarán sobre la importancia de participar en un grupo de orientación familiar.</p>	<p>- Presentación por parejas</p> <p>- Charla sobre lo que es la orientación familiar.</p> <p>- Explicar a los concurrentes por que es importante que pertenezcan a un grupo de orientación familiar.</p>		<p>- hijos</p>
--	---	--	----------------

Para información de las técnicas, revisar el anexo 5

Sesión No. 2

Tema: Concepto de ceguera.

Causas de la ceguera.

Propósitos: Informar a los participantes de los aspectos teóricos de la ceguera.

Objetivos	Estrategias	Recursos de apoyo	Observaciones
<p>- Al término de la sesión los participantes distinguirán los conceptos de ceguera y las causas que la provocan.</p>	<p>- Técnica de Rompe - hielo: "el cartero." - "Lluvia de ideas." - Exposición sobre el concepto de ceguera. - "Discusión colectiva." - Exposición sobre las causas de la ceguera. - Conclusiones. - Tarea : Resuma en una hoja de papel los aspectos que más le interesaron de</p>	<p>- Láminas. - Papel Bond. - Marcadores. - Acetatos. - Retroproyector.</p>	<p>- padres. - Tiempo de la sesión 2 horas.</p>

	<p>esta sesión.</p> <p>Comente con su familia los aspectos que más le interesaron.</p> <p>Anoten las conclusiones que obtienen como pareja y preséntenlas ante el grupo.</p>		
--	--	--	--

<p>- Los participantes conocerán las causas de la ceguera.</p>	<p>- Hagamos diferentes mezclas</p> <p>- Charlar con los participantes sobre las diferencias de las mezclas aunque se utilicen los mismos ingredientes</p> <p>- Reflexionar sobre las diferencias que existen en cada uno de los integrantes de la familia y sobre sus peculiaridades dando a conocer las causas de la ceguera.</p> <p>- Conclusiones de los participantes.</p>	<p>- Materiales que puedan mezclarse como: agua, harina, azúcar, mantequilla, etc.</p> <p>- Trastes de plástico para realizar las mezclas.</p>	<p>- Hijos.</p>
--	---	--	-----------------

Sesión No. 3

Tema: Emociones.

Propósito: Que los participantes expresen sus sentimientos.

Objetivo	Estrategias.	Recursos de apoyo	Observaciones
<p>Los participantes reflexionarán sobre los sentimientos y las emociones antes y después del nacimiento del niño ciego</p> <p>Los participantes analizarán el proceso emotivo por el cual han pasado después del nacimiento del niño ciego.</p>	<p>- Técnica: "palabras clave."</p> <p>+ Exposición sobre los sentimientos y las emociones.</p> <p>- Comentario de la técnica.</p> <p>- Conclusiones de los participantes.</p> <p>Tarea : Elija con su pareja un día "especial".</p> <p>En ese día "especial" realice con su pareja</p>	<p>- Gis.</p> <p>- Pizarrón.</p> <p>- Láminas.</p> <p>- Marcadores.</p>	<p>- padres.</p> <p>- Tiempo de la sesión 2 horas.</p>

	<p>actividades "especiales", por ejemplo, ir al cine, caminar por el parque, ir a una fiesta o simplemente platicar.</p> <p>Esta tarea será permanente.</p>		
<p>- Al término de la sesión los participantes habrán expresado los sentimientos hacia las personas de su familia.</p>	<p>- Técnica: "los números"</p> <p>- Realización de caretas.</p> <p>+ Exposición sobre los sentimientos.</p> <p>+ Conclusiones por parte de los participantes.</p>	<p>- Cartulina</p> <p>- Tijeras.</p> <p>- Plumones.</p>	<p>- hijos.</p> <p>-</p>

Sesión No. 4

Tema: Actitudes de los niños ante los problemas.

Propósito: Informar a los participantes sobre las actitudes de los niños ante los problemas familiares.

Objetivo	Estrategias	Recursos de apoyo	Observaciones
<p>Al término de la sesión los participantes conocerán algunas de las actitudes que adoptan sus hijos ante los problemas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - "Sociodrama." - Comentarios del sociodrama. - Sugerencias para mejorar la situación con los hijos. - Exposición sobre las actitudes de los niños ante los problemas. - Conclusiones por parte de los participantes. - Tarea : Elija con su pareja una de las sugerencias dadas en la sesión. Lleve a la práctica la sugerencia con 	<ul style="list-style-type: none"> - Papel. - Lápiz. - Láminas. - Marcadores. - Papel Bond 	<ul style="list-style-type: none"> - padres. - Tiempo de la sesión 2 horas.

	<p>sus hijos.</p> <p>Anote en una hoja los logros que obtiene y los obstáculos y dificultades que se le presentan en el momento de llevar a la práctica la sugerencia elegida.</p> <p>Comparta con su esposo (a) lo que anoto en su hoja de logros y sugieran como vencer los obstáculos.</p> <p>Esta tarea será permanente.</p>		
<p>- Los participantes reconocerán algunas de sus actitudes ante situaciones familiares que no son de su agrado</p>	<p>- Enlistar situaciones que son molestas en el interior de la familia y que considera problemas.</p> <p>- Delante de cada problema escribir que actitudes toma ante dicha situación.</p> <p>- Exposición sobre las actitudes.</p> <p>- Conclusiones</p>	<p>- Papel</p> <p>- Lápiz</p> <p>- Pizarrón</p> <p>- gis</p>	<p>- hijos</p>

Sesión No.5

Tema: Solucionemos nuestros problemas.

Propósito: Motivar a los participantes para que solucionen sus problemas familiares en forma colectiva.

Objetivo	Estrategias	Recursos de apoyo	Objetivo
- Al término de la sesión los participantes conocerán la importancia de dar solución a los problemas familiares con la participación de todo el núcleo familiar.	- Técnica: "La destrucción de la Tierra." - Comentarios sobre la técnica. - Exposición de las etapas a seguir para dar solución a los problemas. - Solución de un problema siguiendo las etapas. - Conclusiones por parte de los participantes. Tarea : Escribe en una hoja	- Proyector. - Acetatos. - Hojas. - Lápices.	- Sesión familiar. - Duración de la sesión 2 horas.

un problema que se presente en el interior de la familia y que consideres importante resolver para el bienestar de la familia.

En familia den solución a los problemas expuestos por los miembros de la familia empezando por el expuesto por el hijo menor hasta llegar al del papá.

Sesión No. 6

Tema: Nos comunicamos.

Propósito: Informar a la familia sobre la importancia de la comunicación en el hogar.

Objetivo	Estrategias	Recursos de apoyo	Observaciones
<p>- Al término de la sesión los participantes destacarán la importancia de la comunicación en familia.</p>	<p>- Técnica "no digas nada." - Comentario sobre la técnica. - Exposición sobre la comunicación. - Discusión y conclusiones por familia. - "Plenaria." - Técnica " El huevo" - Conclusiones en grupo. - Tarea : Se reunirán al final del día expresaran y comunicaran a los miembros de la familia las cosas que realizaron durante el día, lo que les gusto y lo que no</p>	<p>- Hojas blancas. - Lápices. - Sobres. - Huevos de unicel y comestibles, uno por participante.</p>	<p>- Sesión para la familia. - Duración de la sesión 2 horas.</p>

	<p>les gusto de lo que hicieron.</p>		
--	--------------------------------------	--	--

Esta tarea será permanente.

A los hijos se les dejará la tarea relacionada con la etapa 1 de la técnica "el huevo"

Sesión No. 7

Tema: Participemos todos.

Propósito: Sensibilizar a los participantes para que apoyen en el cuidado del niño ciego.

Objetivo	Estrategias	Recursos de apoyo	Observaciones
<p>- Al término de la sesión los participantes reconocerán la importancia de la participación familiar</p>	<ul style="list-style-type: none">- Técnica: "armar juguetes en equipo."- Comentarios sobre la técnica.+ Exposición sobre la participación.+ Explicación de la técnica el huevo.+ Conclusión de los participantes. - Tarea : Propón alguna actividad que puedas realizar en tu	<p>- Juguetes para armar.</p>	<p>- Sesión familiar. Duración de la sesión 2 horas.</p>

casa.

Realiza la actividad propuesta.

Escribe en una hoja que fue lo que más te gustó y que menos al momento de realizarla.

Sesión No. 8

Tema: Mis obligaciones.

Propósito: Motivar a los participantes para que se responsabilicen de una actividad en el hogar.

Objetivo	Estrategias	Recursos de apoyo	Observaciones
<p>- Al término de la sesión los participantes habrán realizado una selección de actividades que llevarán a cabo en su casa.</p>	<p>- Técnica: "el ciego, el mudo y el sordo."</p> <p>- Los participantes realizarán comentarios sobre la técnica.</p> <p>- Realización de un collage sobre las quehaceres y actividades que se deben realizar en casa.</p> <p>- Comentario del collage y de las personas que realizan las actividades.</p> <p>- Selección de las actividades que el participante puede realizar.</p>	<p>- Revistas.</p> <p>- Tijeras.</p> <p>- Pegamento.</p> <p>- Cartulina.</p> <p>- Plumones.</p> <p>- Diurex.</p>	<p>- Sesión para hijos.</p> <p>- Duración de la sesión 2 horas.</p>

	<p>- Conclusiones de los participantes.</p> <p>- Tarea : Elige una actividad domestica que puedas realizar en casa sin ayuda y llévala a cabo.</p> <p>Anotara en una hoja las dificultades que se te presentan y como puede solucionarlas sin ayuda de nadie.</p> <p>Esta tarea será permanente.</p>		
--	--	--	--

Sesión No. 9

Tema: Convivencia familiar.

Propósito: Que la familia determine un tiempo para la convivencia familiar.

Objetivo	Estrategias	Materiales	Observaciones
<p>- Al término de la sesión los participantes habrán organizado sus actividades para dar cabida a la convivencia familiar.</p>	<p>- Técnica: "mi mano derecha." - Comentario sobre la técnica. - Cada participante realizará un horario de sus actividades diarias (de domingo a sábado) + Confrontación de horarios con la familia. + Establecer un horario para la convivencia familiar.</p>	<p>- Hojas. - Lápices.</p>	<p>- Sesión familiar. - Duración de la sesión 2 horas.</p>

	<ul style="list-style-type: none">- Conclusiones de los participantes.- Tarea : Realicen actividades en familia en el horario establecido en la sesión		
--	---	--	--

Sesión No. 10

Tema: Alternativas de atención para el niño ciego.

Propósito: Dar a conocer las alternativas de atención que existen para atender al niño ciego.
Motivar a los padres para que continúen informándose de los avances tecnológicos y educativos para la atención del niño ciego.

Objetivo	Estrategias	Recursos de apoyo	Observaciones
<p>- Al término de la sesión los participantes conocerán las diferentes alternativas para la atención del niño ciego.</p> <p>- Los participantes reflexionarán sobre la importancia de continuar instruyéndose en los aspectos de la ceguera.</p>	<p>- "Lluvia de ideas."</p> <p>- Exposición de las alternativas de atención al niño ciego.</p> <p>- Conclusiones de los participantes sobre la exposición.</p> <p>- Reflexión sobre los diferentes medios que ofrecen información sobre el cuidado del niño ciego.</p> <p>+ Conclusiones del grupo.</p>	<p>- Láminas.</p> <p>- Marcadores.</p>	<p>- Sesión para padres.</p> <p>- Duración de la sesión 2 horas.</p>

Sesión No.11

Tema: La educación del niño ciego.

Propósito: Qué los padres valoren la importancia de la asistencia regular del niño ciego a una institución educativa apropiada para su desarrollo.

Objetivos	Estrategias	Recursos de apoyo	Observaciones
<ul style="list-style-type: none">- Al término de la sesión los participantes conocerán los objetivos de las instituciones educativas que apoyan la educación del niño ciego- Los participantes reconocerán el papel que juega la escuela en el desarrollo del niño ciego.	<ul style="list-style-type: none">- Técnica ¿Qué opino?- Exposición sobre el niño ciego y la escuela- Conclusiones- Tarea : Comente con su esposo (a) los beneficios que obtiene el niño ciego al asistir a una escuela de ciegos	<ul style="list-style-type: none">- Pizarrón- Gis- Marcadores.- Papel Bond	<ul style="list-style-type: none">- Sesión para padres.- Tiempo de la sesión 2 horas.

Sesión No. 12

Tema: Desarrollo del niño.

Propósito: Informar a los padres sobre las peculiaridades del desarrollo evolutivo y emotivo del niño ciego.

Objetivo	Estrategias	Recursos de apoyo	Observaciones
<p>- Al término de la sesión los participantes reconocerán las peculiaridades del desarrollo evolutivo y emotivo del niño ciego.</p>	<p>- Exposición del desarrollo del niño.</p> <p>- "Lluvia de ideas" sobre las diferencias del desarrollo del niño ciego.</p> <p>- Exposición sobre el desarrollo emotivo del niño ciego.</p> <p>- Conclusiones de los participantes.</p> <p>- Tarea : Anote en una hoja las</p>	<p>- Láminas.</p> <p>- Marcadores.</p> <p>- Papel Bond.</p> <p>- Acetatos.</p> <p>- Retroproyector.</p>	<p>- Sesión para padres.</p> <p>- Duración de la sesión 2 horas.</p>

	<p>diferencias en el desarrollo de sus hijos videntes y del niño ciego.</p> <p>Sugiera junto con su pareja alguna actividad que se pueda realizar con toda la familia para mejorar el desarrollo del niño ciego.</p>		
--	--	--	--

Sesión No. 13

Tema: Mi participación en el desarrollo del niño ciego

Propósito: Proporcionar a la familia diferentes ejercicios que apoyen la educación de los sentidos en casa.

Objetivo	Estrategias.	Recursos de apoyo	Observaciones
<ul style="list-style-type: none">- Reflexionar sobre la participación activa en la educación del niño ciego- los participantes conocerán los ejercicios que se presentan en el manual los cuales apoyaran la estimulación de los sentidos del oído y del gusto del niño ciego	<ul style="list-style-type: none">- Revisión y reflexión del manual de ejercicios (deberá ser proporcionado por la escuela en la que se imparta el programa.)- Conclusiones de los participantes.+ Tarea : Realizar los ejercicios en casa	<ul style="list-style-type: none">- Manual de ejercicios.	<ul style="list-style-type: none">- sesión familiar- Duración de la sesión 2 horas

Sesión No. 14

Tema: La estimulación física de mi hijo ciego

Propósito: Proporcionar a los padres de familia algunos ejercicios de estimulación física que puedan realizar en casa.

Objetivo	Estrategias	Recursos de apoyo	Observaciones
<p>- Al término de la sesión los participantes conocerán y aplicarán algunos ejercicios de estimulación física.</p>	<p>- Técnica: "Plenaria"</p> <p>- Aplicación de ejercicios físicos.</p> <p>- Conclusiones por parte de los participantes.</p> <p>- Tarea: Realizar los ejercicios en casa con los integrantes de la familia.</p>	<p>- Colchoneta o algo que se le parezca</p> <p>- Toalla</p> <p>- Manual de ejercicios.</p>	<p>- Sesión para padres de familia y niños ciegos</p> <p>- La sesión se dividirá en dos partes de una hora cada una, en la primer hora trabajarán solamente los padres y en la segunda se integrarán los niños ciegos.</p>

Sesión No. 15

Tema: El trabajo con mi hijo

Propósito: Los padres aplicarán algunos de los ejercicios que se les proporcionaron.

Objetivo	Estrategias	Recursos de apoyo	Observaciones
- Al término de la sesión los participantes habrán aplicado algunos de los ejercicios que pueden realizar en casa y que estimulen el sentido del tacto, el olfato y el gusto.	- Aplicación de ejercicios - Conclusiones de los participantes. - Tarea: Realizar los ejercicios en la casa con toda la familia	- Manual de ejercicios - Diferentes comidas - Diferentes olores - Diferentes texturas - Diferentes objetos que hagan ruido - Objetos para clasificar	- Sesión para padres y niños ciegos. - Duración de la sesión 2 horas.

Sesión No. 16

Tema: Sigamos informándonos

Propósito: Dar cierre al Programa de Orientación Familiar a familias con niños ciegos.

Objetivo	Estrategias	Recursos de apoyo	Observaciones
<ul style="list-style-type: none">- Los participantes valorarán su participación en el grupo de orientación- Motivar a los participantes para que sigan informándose sobre las cuestiones educativas que atañen a la familia.	<ul style="list-style-type: none">- Reseña del programa.- Cada participante escribirá en una hoja los pros y los contra que obtuvieron de su asistencia al grupo- Comentarios de las opiniones de los participantes- Conclusión de los participantes.- Convivió	<ul style="list-style-type: none">- Hojas- Lápices- Pizarrón- Gis- Lonch.	<ul style="list-style-type: none">- Sesión para la familia.- Duración de la sesión 2 horas.

d) Estrategias de evaluación.

La evaluación ha sido conceptualizada por algunos teóricos como la estimación del funcionamiento de un programa centrándose en la verificación del cumplimiento de los objetivos planteados. Nosotros conceptualizaremos a la evaluación, como un proceso permanente que proveerá de información y datos que ayuden a valorar el programa educativo según sus propósitos, siendo la evaluación un elemento para conocer los resultados de la metodología empleada en la enseñanza y en sus caso hacer las correcciones pertinentes.

El programa de orientación familiar, será evaluado a través de dos instrumentos: la observación y un cuestionario.

La observación se utilizará para realizar una evaluación continua, o sea, en todas las sesiones del programa los profesionales que asistan y trabajen en la sesión deberán llenar la guía de observación que se les proporcione al finalizar ésta, posteriormente, deberán realizar un análisis de las actitudes que predominaron en los participantes a fin de buscar estrategias que mantengan interesados y participativos a todos los asistentes al programa.

Además, la guía de observación también servirá para evaluar las condiciones materiales utilizados en la sesión y la forma en como el orientador transmite la información. Es importante mencionar que si en las sesiones solo se trabaja con una persona como orientadora, ésta deberá ser lo más objetiva al momento de llenar la segunda parte de la guía.

El cuestionario será contestado en forma individual por cada uno de los integrantes de las familias participantes en el programa de orientación, ello al concluir el programa de orientación familiar.

Se propone que los resultados obtenidos de los cuestionarios se manejen primeramente en forma de frecuencias y posteriormente se analicen aquellas aseveraciones en las que más del 70% está indecisa o no está de acuerdo, ello con el fin de corregir y mejorar los aspectos que se consideren necesarios en el programa de orientación familiar.

A continuación se muestra la guía de observación y posteriormente el cuestionario.

GUIA DE OBSERVACIÓN PARA EL PROGRAMA DE ORIENTACIÓN FAMILIAR A FAMILIAS CON NIÑOS CIEGOS.

NOMBRE: _____

FECHA: _____

No. DE SESION: _____

SESION DE PADRES () SESION DE HIJOS ()
SESION FAMILIAR ()

CLAVES: T (todos), N (ninguno), CT (casi todos (más del 50%)),
CN (casi ninguno (menos del 50%))

PUNTOS A OBSERVAR EN LOS PARTICIPANTES

Nombre del participante.

- Se esfuerzan en participar en todas las actividades del grupo _____
- Se muestran tranquilos _____
- Se muestran violentos _____
- Se muestran inhibidos _____

- Se muestran distantes _____
- Se muestran colaboradores _____
- Se muestran distraídos _____
- Se muestran apáticos _____
- Se muestran distantes _____
- Muestran interés ante el tema _____
- Se muestran atentos _____
- Se muestran participativos _____
- Participan poco _____
- Establecen relación para comunicar vivencias _____
- Establecen relación para solicitar ayuda _____
- Establecen relación para buscar apoyo _____
- Establecen relación para buscar información _____
- Su relación con los demás es agresiva _____
- Su relación con los demás es afectuosa _____
- Expresan sus ideas _____
- Expresan inquietudes _____
- Expresan dudas _____

ANOTACIONES IMPORTANTES: _____

PUNTOS A OBSERVAR SOBRE EL ORIENTADOR Y EL TEMA

	SI	NO
- Las instalaciones fueron adecuadas	_____	_____
- El material utilizado en la sesión fue el correcto	_____	_____
- El material se utilizo correctamente	_____	_____
- Las técnicas utilizadas fueron las adecuadas	_____	_____
- Las instrucciones de las técnicas fueron claras	_____	_____
- Las técnicas se aplicaron en forma correcta	_____	_____
- El tiempo estipulado para esta sesión fue el correcto	_____	_____
- Se logro el objetivo de la sesión	_____	_____
- La información fue clara y precisa	_____	_____
- El orientador habla en forma clara	_____	_____
- El orientador logro estimular a los participantes	_____	_____
- El orientador logra establecer relaciones de compañerismo con los participantes	_____	_____
- El orientador responde a las preguntas planteadas	_____	_____
- El orientador evade las preguntas planteadas	_____	_____
- El orientador maneja adecuadamente el tema	_____	_____

ANOTACIONES IMPORTANTES _____

**CUESTIONARIO PARA EVALUAR EL PROGRAMA DE ORIENTACION
FAMILIAR A FAMILIAS CON NIÑOS CIEGOS.**

A continuación encontraras una serie de aseveraciones. Cada aseveración expresa una opinión. Delante de cada aseveración hay un conjunto de números que van desde el 1 (MD, Muy en Desacuerdo) al 5 (MA, Muy de Acuerdo). Para cada aseveración deberás rodear con un círculo el número que muestra cuánto estás de acuerdo o en desacuerdo.

Por favor asegúrate de que respondes todas las aseveraciones y que rodeas solamente un número por aseveración. En todo lo posible, intenta responder lo más certeramente.

La información que obtengamos de tus respuestas será totalmente confidencial.

- CLAVES:**
- 1 MD = Muy en Desacuerdo
 - 2 D = en Desacuerdo
 - 3 I = Indeciso
 - 4 A = de Acuerdo
 - 5 MA = Muy de Acuerdo

	MD	D	I	A	MA
1.- Las expectativas que tenía del programa de orientación familiar fueron cubiertas	1	2	3	4	5

2.- Mi participación y permanencia en el programa de orientación me ayudó a superar conflictos familiares.....	1	2	3	4	5
3.- La información que obtuve sobre la ceguera me ayudó a comprender porque se manifiesta esta discapacidad	1	2	3	4	5
4.- Comprendí que es normal la generación de algunos sentimientos que no me permitían aceptar la situación extraordinaria que vive mi familia.....	1	2	3	4	5
5.- Mis actitudes ante el niño ciego han cambiado a partir de mi asistencia al programa de orientación familiar	1	2	3	4	5
6.- Me comprometí verdaderamente a participar en las actividades que se llevan a cabo en mi hogar.....	1	2	3	4	5
7.- Mi familia y yo hemos organizado actividades recreativas que llevamos a cabo ..	1	2	3	4	5
8.- Ahora participo más en actividades que apoyan el desarrollo del niño ciego	1	2	3	4	5

9.- Se me proporcionó la información que solicité a los orientadores	1	2	3	4	5
10.- Comprendí todo lo que los orientadores expusieron	1	2	3	4	5
11.- Los orientadores manejaron adecuadamente los temas	1	2	3	4	5
12.- Considero que algunos temas fueron aburridos	1	2	3	4	5
13.- Las sesiones del programa fueron dinámicas	1	2	3	4	5
14.- Considero que hubo sesiones a las que les faltó tiempo	1	2	3	4	5

A continuación tiene un espacio por si quiere agregar algo más.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

Con el paso del tiempo se ha avanzado en la caracterización de las diferentes discapacidades, lo cual redundará en un tratamiento diferenciado de esta población, aunque con la desventaja que en ocasiones solo se toman en cuenta aspectos institucionales.

Es importante que los especialistas reconozcan cada vez más que las condiciones socio- económicas, culturales y educativas generan déficits de diversos tipos y grados en la población, de lo cual se desprende la preocupación para desarrollar proyectos de atención e intervención a la población según sus características.

La ceguera como pérdida del sentido de la vista limita el contacto del individuo con el medio externo, esto obliga a que sean atendidos ofreciéndoles una mayor cantidad de experiencias que a un niño vidente, tanto para conocer, como para moverse libremente, lo que debe ir aunado a un contexto que le ofrezca confianza para relacionarse con quienes le rodean.

La primera transmisión de los patrones sociales y conductuales se efectúan en los primeros años a través de la familia, a través de los padres y de los hermanos mayores, es por esto que se hace evidente la importancia del ambiente de afecto en que el niño se halle rodeado desde sus primeros años, así como las atenciones que se le prodigan. Es decir las características del trato que se le proporcionen constituyen formidables estímulos que pueden dar por resultados que la personalidad del niño se desenvuelva con éxito y desarrolle sus capacidades o en su defecto den lugar a un sentido de frustración que limite o deforme la personalidad del pequeño.

La presencia de un niño ciego en la familia o de quien presenta cualquier otra discapacidad evidentemente generan modificaciones en la estructura familiar, no basta entonces suponer que ni un

carácter paternalista ni extremo hacia el cuidado de este tipo de niños, pero ni tampoco su marginación sean tan convenientes para su desarrollo.

La función educativa de la familia respaldada en el amor, el respeto, el compromiso y la responsabilidad facilitarán el desarrollo físico, intelectual, emocional y social del niño ciego y principalmente su independencia, al contrario la sobreprotección o la marginación lo obstaculizan.

Difícilmente se pueden establecer conductas únicas sobre el trato que la familia otorga a un niño ciego, pero el hecho de conocer las características generales y funciones de la familia, nos permite valorar que su participación principalmente es sus funciones psicológicas y educativas pueden favorecer u obstaculizar el desarrollo óptimo del niño.

La presencia de un niño ciego casi siempre presenta la disyuntiva de los padres de familia acerca de la decisión para acudir a diversos profesionales relacionados con el problema del niño, lo cual se complica cuando solamente se perciben aspectos aislados o muy específicos del problema y dejan de atenderse áreas muy importantes como por ejemplo : el desarrollo emocional y educativo del niño afectado.

Por lo general se sobrevalora el apoyo que pueden ofrecer médicos, y por lo general se ignora o no se valora convenientemente la evaluación integral, posibilidad de acceso a profesionales de la orientación familiar quienes ofrecen expectativas de tratamientos alternos pero que en su mayoría son desconocidos.

Para superar los conflictos es necesario que la familia comparta responsabilidades y se apoye mutuamente aunado al apoyo de orientadores que ofrezcan la información necesaria, adecuada y específica sobre el tema en particular.

Ser padres es una tarea de todos los días, de la cual depende la formación de los niños que más tarde serán soporte del desarrollo de la comunidad, sin embargo, el tiempo que se dedica a la reflexión y planeación de la educación en el núcleo familiar es muy escaso o nulo, por lo que motivar a los padres de familia para compartir entre sí sus experiencias, inquietudes y expectativas educativas, contribuye a que tomen conciencia acerca de lo fundamental de su papel en la vida de sus hijos.

La orientación desempeña un papel importante dentro de la educación familiar, ya que pretende prevenir y remediar la aparición de posibles problemas a través de diferentes métodos y técnicas en las que participa toda la familia.

La labor del orientador familiar es una labor educativa, porque además de intervenir directamente con el niño ciego, le ofrece a la familia una educación para la familia.

La aceptación que tenga el niño ciego dentro de la dinámica familiar dependerá en mucho de la información que tenga la familia acerca de la ceguera, es por ello que se hace hincapié en la presentación de un programa de orientación familiar a familias con niños ciegos el cual a través de su desarrollo presenta aspectos informativos, actitudinales y estrategias de apoyo para la familia a través de las diferentes técnicas y dinámicas que promueven la convivencia de la familia y la integración del niño ciego.

El pedagogo cuenta con las bases teóricas para ejercer la función orientadora.

En este trabajo se ha presentado un programa de orientación familiar a familias con niños ciegos, el cual se derivó inicialmente de los referentes teóricos.

La reestructuración que se le hizo al programa de orientación familiar ésta basada en los datos obtenidos de la revisión de una

primera versión, efectuada por los profesores que laboran en el Centro de Rehabilitación e Integración para Invidentes.

El programa de orientación a padres con niños ciegos, representa una propuesta concreta de acciones específicas orientadas a promocionar el fortalecimiento de la dinámica familiar donde se tome en cuenta al niño ciego.

No ha sido propósito de este trabajo aplicar el programa elaborado, sin embargo, su diseño a sido validado por profesionales dedicados a la atención del niño ciego, por lo que solo resta promoverlo para su empleo.

GLOSARIO

GLOSARIO.

Acondroplasia. Defecto congénito que afecta el desarrollo del cartílago de conjunción de los huesos largos, produciendo en el sujeto un enanismo disarmónico (brazos y piernas muy cortas en relación al tronco). El origen se cree que es metabólico y se transmite por herencia dominante. (1)

Afasia. Trastorno de lenguaje que se produce cuando hay una alteración del hemisferio cerebral cuya función primordial es el procesamiento del código del lenguaje. (1)

Aferentes. Relativo a la aferencia. Se utiliza para designar el vaso o estructura nerviosa que llega a otra estructura. Por ejemplo, los fascículos de la sensibilidad propioceptiva del cuerpo son aferentes (llegan) al cerebro. Las vías aferentes constituyen el sistema de entrada (input) de las informaciones al sistema nervioso central, cuyas salidas (output) son dominadas eferencias.(1)

Agnosia. Conjunto de alteraciones psicosenoriales caracterizadas por la incapacidad para el reconocimiento por el sujeto de estímulos y su significado hasta entonces familiares. (1)

Albinismo. Alteración causada por la falta total y congénita de la pigmentación. Puede afectar sólo a los ojos (concretamente la uvea y la retina) denominándose albinismo ocular, o también a la piel y el pelo. Suele llevar aparejado fotofobia y otras alteraciones, como anomalías en la refracción de las imágenes. (2)

Alexia. Trastorno del lenguaje originado por una lesión cerebral, en el que, permaneciendo intacta la capacidad de ver las palabras escritas, el sujeto es incapaz de comprender su significado. (1)

Ambliopía. En términos oftalmológicos, se refiere a una sensibilidad imperfecta de la retina sin lesión orgánica del ojo. El resultado es una disminución parcial de la visión no susceptible de normalización a través de procedimientos médicos o de ayudas ópticas. En términos de funcionalidad, se refiere al mantenimiento de una agudeza visual y un campo visual en múltiples situaciones y aprendizajes. (2)

Anoxia. Ausencia del oxígeno en las células o tejidos vivos, y más ampliamente un aporte insuficiente. (1)

Antígeno. Sustancia extraña que estimula una respuesta inmunitaria; esta respuesta puede consistir en la formación de anticuerpos y/o en inmunidad medida por células. (4)

Autosómico. 1. Relativo o característico de un autosóma. 2. Relativo a toda circunstancia que se transmite a través de un autosóma. (3)

Axon. Es una prolongación única y definida del cuerpo de una neurona. (1)

Beri-beri. Enfermedad carencial que aparece en el hombre como consecuencia del déficit en el suministro de la dieta de la vitamina B1 o tiamina.

El berí-berí puede ser de tipo seco, del húmedo o bien ofrecer una sintomatología mixta. La forma seca se traduce por una parálisis, primero de las piernas y luego de las cuatro extremidades; en la húmeda predominan los edemas (hinchazón de las piernas, la cara, etc.) y otros síntomas de mala función cardíaca. (1)

Catarata. Se trata de una enfermedad ocular asociada principalmente al envejecimiento (aunque también puede ser congénita). Aunque sus causas no están claras (así como

tampoco lo está por qué unas personas lo desarrollan antes que otras) es probable que si una persona viviera lo suficiente desarrollara cataratas. Se produce un cambio químico de las proteínas que forman el cristalino, oscureciéndose y dificultando la visión. Existen tres tipos de cataratas:

- A) La más frecuente es la catarata senil, causada por el envejecimiento.
- B) La catarata secundaria, debida a heridas del ojo o cristalino, a enfermedades oculares como uveítis, glaucoma, iritis y tumores, o a enfermedades metabólicas como la diabetes. Pueden también producirla ciertos fármacos o a la exposición a rayos X o infrarrojos.
- C) Congénitas: Es la más rara y se debe a alteraciones congénitas o a la exposición del feto a enfermedades infecciosas (sarampión, rubéola o sífilis, por ejemplo). Está presente desde el nacimiento o se desarrolla en el primer año. (2)

Cefalea. Dolor de cabeza. (1)

Ciliar. Relativo semejante a las pestañas. (5)

Cinética. Estudio de todos los aspectos del movimiento y de las fuerzas que lo afectan. (4)

Cognitivo. Relativo al proceso mental de comprensión, juicio, memorización y razonamiento, en contraposición a los procesos emocionales o volitivos. (3)

Colágenos. Proteína formada por haces de finas fibrillas reticulares, que se combinan para formar las fibras inelásticas blancas brillantes de los tendones, ligamentos y fascias. (3)

Conjuntiva. Membrana mucosa transparente que reviste la superficie interna de los párpados (conjuntiva palpebral) y la superficie expuesta de la esclerótica anterior hasta el borde de la córnea

(conjuntiva bulbar); la capa epitelial de la conjuntiva se continúa con el epitelio corneal. (4)

Convergencia. En fisiología, movimiento coordinado por los ojos por el cual los ejes ópticos se reúnen en un objeto próximo y se obtiene la formación de una imagen. (5)

Coroides. Membrana vascular del ojo. Está situada entre la esclerótica que la recubre por la parte externa, y la retina por dentro. (1)

Cortex. Capa externa de un órgano. (1)

Déficit. Deficiencia o diferencia con respecto a lo normal, como el déficit de oxígeno, que es causa de hipoxia. (3)

Degeneraciones retinianas. Degeneración del epitelio corneal en forma de red. (5)

Derrame pericardiaco. Presencia de líquido en las cavidades indicadas, exudado o trasudado. (5)

Dioptria. Unidad de potencia refringente dada por una lente que tiene la distancia focal de un metro. Una lente de dos dioptrías tiene una distancia focal de medio metro. (5)

Dislexia. Incapacidad o dificultad para procesar debidamente los símbolos de lenguaje. Un alumno con este tipo de déficit presentará evidentes dificultades a la hora de leer y escribir debido a que cuando los distintos estímulos visuales (grafías, sílabas, palabras) lleguen a su cerebro no serán correctamente decodificados y posteriormente codificados. (1)

Eclampsia. Término general que se designan a ciertos estados convulsivos de etiología variada caracterizados por espasmos musculares tonicoclónicos con pérdida del conocimiento en

algunos casos, que pueden derivar en coma e incluso en la muerte. (1)

Ecoicos. Pertenciente o relativo al eco. (6)

Ecolalia. Repetición verbal de sílabas, palabras o frases almacenadas por el propio sujeto o escuchadas anteriormente. (1)

Ectopia. Anomalía de situación o de posición de un órgano, especialmente congénita. (5)

Ectropión. Eversión o desplazamiento hacia afuera del borde de una párpado. (4)

Encefalocele. Hernia congénita de sustancia cerebral envuelta en las meninges y piel, a través de una solución de continuidad del cráneo. (1)

Enfermedad de Gaucher., trastorno familiar raro del metabolismo de las grasas, producido por una deficiencia enzimática, caracterizado por una hiperplasia extensa de las células reticulares del hígado, bazo, nódulos linfáticos y médula ósea. (3)

Entropion. Inversión o desplazamiento hacia adentro del borde del párpado. (4)

Epilepsia. Afección crónica de etiología diversa, caracterizada por crisis recurrentes debidas a una carga excesiva de las neuronas cerebrales (crisis epiléptica) asociada eventualmente con diversas manifestaciones clínicas o para - clínicas. (5)

Eritroblastosis. Alteración hematológica por la cual aparecen de manera anormal eritroblastos en la sangre circulante.

Los eritroblastos son células nucleadas inmaduras, procedentes de la médula roja y que por sucesivos cambios darán lugar a los hematies o glóbulos rojos. (1)

Escorbuto. Enfermedad deficitaria nutricional consecuente a una carencia de vitamina C (ácido ascórbico) que se caracteriza por esponjamiento y tumefacción de las encías, que se vuelven sangrantes, hemorragias y debilidad externa. (4)

Estrabismo. Enfermedad motora y sensorial combinada, que consiste en la desviación ocular o pérdida del paralelismo de los ojos en los planos vertical, horizontal u oblicuo (por lo que no pueden enfocar al mismo punto) y en la pérdida de visión binocular, conduciendo a una imposibilidad de fusionar las imágenes de ambos ojos. El tratamiento oftalmológico a través del uso de lentes, de tapar un ojo o intervención quirúrgica depende del tipo de estrabismo y de la opción teórica del oftalmólogo. (2)

Etiología. 1. estudio de todos los factores implicados en el desarrollo de una enfermedad, incluyendo la susceptibilidad del paciente y la naturaleza de la enfermedad. 2. causa de una enfermedad. (3)

Exostosis., crecimiento benigno anormal en la superficie de un hueso.

Fotofobia. Deslumbramiento. Reacción de gran molestia subjetiva ante la iluminación que se da en diversas enfermedades oculares.(1)

Fovea. Pequeña depresión existente en el centro de la mácula (fovea centralis) y a cuyo nivel la retina está formada exclusivamente por conos. Su diámetro es de 0.3 mm y su espesor de 0.1 mm, es la zona donde se alcanza la máxima discriminación visual. (1)

Ganglionar. Relativo a un ganglio, generalmente nervioso. (4)

Gastroenteritis. Inflamación infecciosa del estomago y los intestinos.
(5)

Glaucoma. Condición patológica del ojo caracterizada por un aumento de presión intraocular ocasionado por una alteración en el sistema de evacuación del humor acuoso. (1)

Hemofilia. Enfermedad hereditaria caracterizada por un defecto de la coagulación de la sangre debido a la falta de un factor indispensable para que se forme la tromboplastina activa. Factor VIII o globulina antihemofílica. La hemofilia A, o clásica, la padecen los varones, siendo portadora la mujer. El síntoma fundamental lo constituyen las hemorragias, que pueden surgir desde los primeros días de vida del recién nacido o al iniciar la deambulación, cuando está más expuesto a traumas. (1)

Hidroftalmia. Afección ocular producida por un aumento o derrame del líquido del ojo que origina un ensanchamiento de la tensión ocular, por lo que la córnea aparece de color opaco grisáceo y progresiva disminución del campo visual, llegando a la ceguera. La hidroftalmia se conoce por glaucoma infantil (buitalmos) cuando afecta a niños, produciéndose hipersensibilidad a la luz. (1)

Hipermetropía. Formación de la imagen detrás de la retina. Se puede corregir con lentes esféricas o convergentes, siendo igualmente sensible el entrenamiento visomotor. Por esta razón, y especialmente cuando la hipermetropía es pequeña, se recomienda no usar lente sino mejorar la capacidad acomodativa del ojo. (2)

Hipotonía. Tono disminuido es una estructura orgánica determinada. El término hace generalmente referencia a la musculatura,

aunque también se utiliza para designar la disminución de la presión sanguínea. (1)

Humor vítreo. Masa gelatinosa y transparente, de consistencia algo más densa que la clara de huevo, que lleva el glóbulo ocular por detrás del cristalino. (4)

Ictericia. Coloración amarillenta de la piel, mucosas y algunos órganos debido al aumento excesivo de bilirrubina en la sangre. (1)

Intraocular. En el interior del globo ocular. (4)

Lóbulo occipital. Uno de los cinco lóbulos de cada hemisferio cerebral, que ocupa una porción piramidal relativamente pequeña en el polo occipital y presenta una superficie interna, una externa y una inferior. (3)

Macollar. Moteado: de la naturaleza de las máculas. (4)

Melanoma. Tumor o crecimiento de células pigmentadas de melanina. (4)

Membranas pupilares. Membrana que cierra la pupila en la vida fetal. (5)

Meningitis. Inflamación de las meninges, membranas fibro - conectivas que en número de tres (duramadre, aracnoides y piamadre) envuelven al cerebro y médula espinal. (1)

Meningoencefalitis. Saco hernario formado por protusión de las meninges y que contiene en su interior tejido cerebral. Se manifiesta por fuera de la bóveda craneal y aparece recubierto solo por la piel o por una delgada membrana. (1)

Microcefalia. En general, éste término se emplea para denominar un cráneo anormalmente pequeño en relación con la cara y con la edad del niño. (1)

Minusvalía. Una minusvalía es la situación de desventaja de un individuo determinado a consecuencia de una deficiencia o de una discapacidad, que le limita o impide el desempeño del rol que sería normal en su caso (en función de la edad, sexo y factores sociales y culturales). (1)

Miopía. Defecto de refracción caracterizada por el hecho de que los rayos que llegan al ojo procedente del infinito, y por tanto paralelos, sufren una refracción excesiva yendo a formar la imagen no en la retina sino por delante de ella. En consecuencia, la imagen de un punto no es otro punto, sino un círculo de difusión, por lo cual hay visión borrosa. (1)

Neoplástica. 1. Neoplasia. 2. Cirugía plástica.

Nistagmo. Movimiento rítmico e involuntario de los ojos que cuando aparece espontáneamente es siempre patológico. (1)

Oftalmía. Inflamación grave del ojo con irritación constante de la conjuntiva. (5)

Optotipos. Letras, signos o figuras impresas de varios tamaños, empleadas por los oculistas en el examen de la agudeza visual. (1)

Piodermitis. Inflamación supurativa de la piel. (5)

Prona. Tendido boca a bajo (4)

Retinopatía. Enfermedad ocular no inflamatoria provocada por la alteración de vasos sanguíneos retinianos. (3)

Septicemia. Enfermedad sistémica causada por la presencia de microorganismos patógenos en la sangre; suele utilizarse como sinónimo de sepsis. (4)

Sinapsis. Conexión entre el axón de una neurona y la dendrita o el cuerpo celular de la neurona siguiente. (1)

Síndrome de Down. Anomalía congénita por alteraciones cromosómicas (trisonomía 21, traslocación 18/21, traslocación 21/21) que se caracteriza por deficiencia mental, facies mongoloide, macroglosia, branquicefalia, braquidactilia, surcos palmares y líneas papilares con disposición especial, hipotonía muscular y tendencias a otras malformaciones (cardiacas, óseas). (5)

Síndrome de Edwards. Trisonomía 18 caracterizada por alteraciones craneales (microcefalia, orejas displásicas), boca pequeña con fisuras labiales y palatinas y micrognatia, manos características con índice y meñique sobre el medio y anular, pies en mecedora. (5)

Síndrome de Frohlich. El síndrome de frohlich recibe así mismo el nombre de distrofia adiposogenital. Es una enfermedad relacionada con la afección del sistema hipotálamo - hipofisario, que se caracteriza por insuficiencia gonádica (en un niño el escroto, pene y testículos son pequeños, con frecuencia se observa criptorquidia, y en las niñas falta la menstruación y el desarrollo ovárico - uterino es deficiente). (1)

Síndrome de Klinefelter. Forma común de enfermedad genética en los hombres provocada por aberraciones en los cromosomas sexuales; se caracteriza normalmente por piernas largas, testículos muy pequeños, ginecomastia, eunocoidismo, azoospermia y una deficiencia general de los caracteres sexuales secundarios, como la voz grave y la barba; el síndrome exhibe un cariotipo clásico de 47XXY (un cromosoma

X extra); también denominado síndrome XXY y disgenesia de los tubos seminíferos. (4)

Síndrome de Turner. Descrito por W. A. TURNER (neurólogo inglés) en 1938, se trata de una anomalía en los cromosomas sexuales, consistente en la pérdida de un cromosoma X o Y, quedando el enfermo con la fórmula 45X.

El cuadro clínico que afecta exclusivamente a las mujeres, está caracterizado por: talla corta, infantilismo sexual y unos rasgos físicos específicos. (1)

Supina. Que yace sobre la espalda. (4)

Tono muscular. Estado de tensión de los músculos en reposo de regulación refleja involuntaria. En los músculos esqueléticos interviene el mantenimiento de la postura. (5)

Toxoplasmosis. Parasitosis producida por un protozoo, toxoplasma gondii, que afecta al hombre y a diversos animales (mamíferos, aves, reptiles), por cuyo motivo la infección humana es muy frecuente y, por lo general, benigna o inaparente, pero también es la causa más importante de fetopatías, afecciones oculares congénitas y adquiridas, meningoencefalitis, etc., que pueden ser graves. (1)

Tracoma. Enfermedad contagiosa que afecta a la córnea y conjuntiva ocular, queratoconjuntivitis, que evoluciona de forma crónica, producida por el chlamydia trachomatis, dando lugar a la producción de cicatrices y lesiones corneales, que llevan a una grave disminución de la visión e incluso a la ceguera. (1)

Vitiligo. Placas sin pigmentación de color blanco lechoso claramente delimitadas que aparecen en la piel, generalmente sobre la cara, cuello, manos, bajo abdomen y muslos; la causa es la

ausencia de melanina; también llamada leucodermia adquirida.
(4)

Xeroftalmia. Estado seco y falta de brillo de la conjuntiva que sufre degeneración y queratinización de un epitelio y a otra de sus glándulas secretoras de moco. (1)

- 1.- Sánchez Cerezo. Diccionario de educación especial.
- 2.- Verdugo Alonso. Perdonas con discapacidad.
- 3.- Diccionario Mosby de la salud.
- 4.- Melloní, Dox y Eisner. Diccionario médico ilustrado de Melloní.
- 5.- Diccionario terminológico de ciencias médicas.
- 6.- Diccionario enciclopédico DANAE.

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA.

- Armas Tejada et al. Propuesta de educación sexual para padres de niños con deficiencia mental. Tesis, ENEP - Acatlán, México, 1992
- Asociación científica de profesionales para el estudio integral del niño A.C. El niño y la familia. Compendio del XI congreso mundial de la Federación Internacional para la Educación de los Padres. México, D. F., 1982.
- Borges, Guilherme. "Consumo moderado de bebidas alcohólicas por mujeres embarazadas. Una controversia epidemiológica.", en Salud pública de México. Órgano oficial del Instituto Nacional de Salud Pública. México. Enero - febrero 1988. Vol. 30, No. 1 Pág. 14-24.
- Bowman, Rand y West. Farmacología; bases bioquímicas y patológicas. Interamericana. México, D. F., 1984.
- Buchon Sánchez. Introducción a la educación especial. Iter. Madrid, España, 1968.
- Cabrizo, Pilar y Pacheco, Asunción. Tu hijo diferente. Palabra. Madrid, España, 1990.
- Carbajal, Ana Cecilia. "Parejas sólidas. Familias fuertes.", en Aranú. Madin impresores S.A. México, D. F., agosto - octubre de 1997. No. 19. Pág. 14-15.
- Carrasco Nuñez, José Luis. Sistemas de educación especial I. Antología de la Escuela Nacional de Estudios Profesionales Aragón, Universidad Nacional Autónoma de México. México, 1988.
- Castell, Paulino. El hijo subnormal. Bruguera. Barcelona, España, 1978.
- Chavez Asencio, Manuel F. La familia en el derecho. Relaciones jurídicas conyugales. 3 edición. Porrúa. México, D. F., 1995.

Cuevas Palma, Pacheco Espejel y Ramírez Gallardo. La rehabilitación en los niños con impedimentos múltiples. Tesis de psicología. Iztacala, 1982.

Diccionario enciclopédico DANAE. DANAE S. A., Barcelona, España, 1977.

Diccionario terminológico de ciencias médicas. Salvat, 13 ed, México, D. F., 1994.

Diccionario de términos de educación familiar. Loma. México, D.F., 1990.

Diccionario Mosby de la salud. Mosby. Colombia, 1996.

Egan, Gerard. El orientador experto. Un modulo para la ayuda sistemática y la relación interpersonal. Iberoamérica. México, D. F., 1987.

Ehrlich, Marc. "Rehabilitación. Esperanza compartida." , en Ararú. Madin impresores S. A. México, D. F., agosto - octubre 1997. No. 19. Pág. 16 -18.

"Estimulación temprana. Empezar a tiempo.", en Ararú. Madin impresores S. A. México D. F. Mayo - julio, 1997. No. 18 Pág. 20-23.

Faw, Terry. Teorías y problemas de psicología del niño. Mc. Graw - Hill, México, D. F., 1989

Feber, Adela y Mazlish, Elaine. Padres liberados, hijos liberados. Diana. México, D. F., 1978.

Freiber, Selma. Niños ciegos: la deficiencia visual y el desarrollo inicial de la personalidad. Ministerios de Asuntos sociales. Instituto Nacional de servicios sociales. Madrid, España, 1990.

Galindo, Edgar. Modificación de conducta en la educación especial. Trillas. México, D. F., 1987.

García Hoz, Víctor. Principios de pedagogía sistemática. Rialp. Madrid, España., 1974

García Serrano, Pilar. Padres + hijos = orientación familiar. Limusa - Noriega, México D. F., 1991.

- Gesell, Arnold. Diagnóstico del desarrollo normal y anormal del niño. Paidós. México, D. F., 1992.
- Goodnow, Jaqueline. "Contribuciones a la familia: las ideas de padres e hijos sobre las tareas domésticas.", en Infancia y aprendizaje. México D. F., 1996. No. 73. Pág. 19-33.
- Grom, Edward. Temas de oftalmología para médicos generales y estudiantes de medicina. Disinlimed. Caracas, Venezuela, 1990.
- Hernandez Rangel, María de los Angeles. Terapia familiar sistémica. Una revisión teórica - práctica. Tesis, Universidad Nacional Autónoma de México. Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala, 1990.
- Herren, Henry y Guillemet, Serge. Estudio sobre la educación de los niños y adolescentes ciegos, ambliopes y sordo-ciego. Médica-técnica. Barcelona, España, 1982.
- INEGI. Anuario estadístico de los Estados Unidos Mexicanos. México, D. F., 1995.
- Ingalls, Robert. Retraso mental: la nueva perspectiva. Manual moderno. México, D. F., 1982.
- "Instrumentos de diagnóstico, ¿que son?." en Ararú. Madin impresores S: A. México D. F., Agosto - octubre 1997. No. 19 Pág. 19-23.
- Johnson, Janes H., Rasbury, Wiley C. y Siegel, Lawrence J. Métodos de tratamiento infantil. Limusa. México, D. F., 1992.
- Keith, Edwards; Llewellyn, Richard. Optometría. Masson-Salvat. Barcelona, España, 1993,
- Larroyo, Francisco. Historia comparada de la educación en México. 17 edición. Porrúa. México, D. F., 1982.
- Malsoon, Lucian y Itard, Jean. Los niños selváticos. Memorias sobre Víctor de L'Aveyron. Alianza, Madrid, España, 1973.

- Melloní, Biagio John; Dox, Ida y Eisner, Gilbert M. Diccionario médico ilustrado de Melloní. Reverté S. A. Barcelona, España, 1983
- Mérce, Leonhadt. El bebé ciego. Primera atención, un enfoque psicopedagógico. Masson/once. Barcelona, España, 1992.
- Michel, Andrée. Sociología de la familia y el matrimonio. 2 edición. Península. Barcelona, España, 1991.
- Miller y Burt. Salud individual y colectiva. 3 edición. Interamericana. México, D. F., 1992.
- Minuchin, Salvador. Familias y terapia familiar. 2 edición. Gedisa. Barcelona, España, 1979.
- Moreno, Bayardo María Guadalupe. Didáctica 1. fundamentación y práctica. Progreso S. A. México, 1990
- Morris, Richard J y Blatt, Burton. Educación especial. Panamericana. Buenos Aires, Argentina, 1989.
- Mutchinick, Osvaldo y col. "Programa mexicano de registro y vigilancia epidemiológica de malformaciones.", en Salud Pública de México. Órgano oficial del Instituto Nacional de Salud Pública. México D. F., enero - febrero 1988. Vol. 30, No. 1 Pág. 88-100.
- Navarro, Ana Rosa. "Reciprocidad. Aprender a devolver. ", en Ararú Madin impresores S. A. México D. F., noviembre - diciembre de 1997, enero 1998. No. 20 pág. 12-13.
- Newman-Newman. Manual de psicología infantil. Limusa. México, D. F., 1994.
- Nigenda López y Orozco Nuñez. "Métodos antropológicos para el estudio de las causas de no vacunación.", en Salud pública de México. Órgano oficial del Instituto Nacional de Salud Pública. México, D. F., Mayo - junio 1990. Vol. 32, No. 3. Pág. 325-336.
- Nueva enciclopedia temática. Vol. 4. 20 edición.. México, D. F., 1976.

- Nuñez Urquiza, Rosa María. "La placenta de madres desnutridas." en Salud pública de México. Órgano oficial del Instituto Nacional de Salud Pública. México, D. F., Enero - febrero 1988. Vol. 30, No.1 Pág. 54-67
- Ochoitia E; Rosa A; Fierro A; Alegría j; Leybaert L. Alumnos con necesidades educativas especiales. Reflexiones sobre educación y desarrollo. Ministerio de educación y ciencia. Madrid, España, 1984.
- Olivero F., Otero. Que es la orientación familiar. 4edición. EUNSA. Barañain, España, 1995.
- Organización académica de la Licenciatura en Pedagogía. Universidad Nacional Autónoma de México - Escuela Nacional de Estudios Profesionales Acatlán, 1986.
- Pansza González, Margarita; Pérez Juárez, Carolina y Moran Oviedo, Porfirio. Operatividad de la didáctica. Vol. II. 5 edición. Gemika. México, 1991.
- Patton J. R. Casos de educación especial. Limusa. México, D. F., 1986.
- Peralta, Herminia. Representación de categorías naturales en niños ciegos. Trotta. Valladolid, 1992.
- Pereznieto Castro, Leonel. Manual para la presentación de anteproyectos e informes de investigación(tesis). Harla. México, D. F., 1988
- Piédrola Gil et.al. Medicina preventiva y salud pública. 9 edición Masson-Salvat. Barcelona, España.,1991.
- Quarti, Cornelia El gran libro de los padres. Grijalbo. Barcelona, España., 1990.
- Quino Sosa, Mauricio. Propuesta de un programa de actividades motrices gruesas para niños de 4 a 6 años con impedimentos motores, atendidos en el Programa Nacional de Rehabilitación de la Cruz Roja Mexicana. Seminario de taller extracurricular. Escuela Nacional de Estudios Profesionales - Acatlán, 1994.

- Quintana Cabanas, José Ma. Pedagogía familiar. Narcea. Madrid, España., 1993.
- Rosel, Jesús. "Orientación a la familia sobre la estimulación precoz del niño ciego." Infancia y aprendizaje. Diciembre, 1980. No. 12
- Sánchez Cerezo, Sergio. Diccionario de educación especial. 4 tomos. Santillana. México, D. F., 1990.
- Sánchez Azcona, Jorge.. Familia y sociedad. México, D. F., 1974.
- Schweitzer N. M. J. Oftalmología. Manual moderno. México, D.F., 1983.
- Secretaria de Educación Pública/Cuadernos. La educación especial en México. Dirección general de publicaciones y bibliotecas de la Secretaria de Educación Pública No. 8. México, D. F., 1982.
- Secretaria de Educación Pública/Documentos. Ley general de educación. Revista mexicana de pedagogía. No. 14. México, D. F., Junio - agosto de 1993.
- Serano Castañeda, José Antonio. Discurso de teoría pedagógica y proyecto de formación. Cuadernos de la ENEP - Aragón. El debate actual de la teoría pedagógica en México. UNAM, México, D: F: 1989
- Suárez Rosas, Ma. Teresa. Enseñanza del sistema braille a un niño ciego mediante técnicas de condicionamiento operante. Tesis de psicología Universidad Iberoamericana., 1974.
- Telford Charles W. El individuo excepcional. Prentice/Hall Internacional. Madrid, España., 1973.
- UNICEF/Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal . Convención de los derechos de los niños. 4 edición. México, D. F., 1995.
- UNICEF/Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal. De los niños para los niños. México, D. F., 1995
- Vaughan, Daniel y Asbury, Taylor. Oftalmología general. 8 edición. El manual moderno. México, D. F., 1987.

- Verdugo, Alonso. Personas con discapacidades. Perspectivas pedagógicas y rehabilitación. Siglo XXI. Madrid, España., 1995.
- Villarreal, Javier. "Expectativas. El origen del conflicto.", en Ararú. Madin impresores. México, D. F., Mayo - julio 1997. No. 18. Pág. 24 -25.
- Yañez Velazco et. al. "Infección durante el embarazo como factor causal de ruptura prematura de membranas y de parto pretermino." en Salud pública de México. Órgano oficial del Instituto Nacional de Salud Pública. México, D. F., Mayo - junio 1990. Vol. 32, No. 3. Pág. 288-297.
- Yoshida Ando, Pablo et al. "Estudio sobre recién nacidos de bajo peso al nacimiento y su seguimiento longitudinal." en Salud pública de México. Órgano oficial del Instituto Nacional de Salud Pública. México, D. F., Enero - febrero 1988. Vol. 30, No. 1. Pág. 25-42.
- Zavalloni, Roberto. Introducción a la pedagogía especial. Herder. Barcelona, España., 1973.

ANEXOS

ANEXO 1

CLASIFICACION DE LA CEGUERA

	Categorías de impedimento visual	Agudeza visual (corregida al máximo)
Visión disminuida	1	6/18, 3/10 (0.3), 20/70
	2	6/60, 1/10 (0.1), 20/200
	3	3/60 (cuenta los dedos a 3m) 1/20 (0.05), 20/400
Ceguera	4	1/60 (cuenta los dedos a 1m.) 1/50 (0.02), 5/300
	5	Sin percepción de la luz.

Campo visual.

Los pacientes con radio visual no mayor a 10° pero mayor de 5° alrededor de la fijación central, deberán colocarse en la categoría 3 y los pacientes con campo no mayor de 5° alrededor de la fijación central en la categoría 4, incluso si no hay disminución de la agudeza central.

Categorías establecidas por la International Classification of Diseases World Health Organization.

Categoría de visión	Grado de deficiencia	Agudeza visual	Síntomas y definiciones alternativas
Visión normal.	Ninguna	0/8 o mejor (5/6, 6/7, 20/25 o mejor)	Alcance de visión normal.
	Ligera	Menos de 0,8 (<5/6 ó 20/25) menos de 0,3 <5/15	Visión casi normal
Visión disminuida	Moderada	6/18, 6/10, 20/70 ó 20/80	Visión disminuida moderada
	Grave	Menos de 0,12 (<5/40, 6/48 ó 20/160) (<0.1, 5/50, 6/60 o 20/200)	Visión gravemente disminuida. Ceguera legal en unos países. Cuenta los dedos a 6cm o menos
	Profunda	Menos de 0/05 (<5/100, 20/400)	Visión profundamente disminuida o ceguera moderada en C:E:O. Cuenta los dedos a 3cm.
Ceguera	Casi total.	Menos de 0.02 (<5/300 o 3/200)	Ceguera grave o casi total. Cuenta los dedos a 1cm. O menos.
	Total.	No hay percepción de luz.	Ceguera total

Categorías establecidas por la Organización Mundial de la Salud.

ANEXO 2**FICHA DE IDENTIFICACION**

Datos personales.

Nombre. _____

Fecha de nacimiento: _____

Edad: años _____ meses _____ días _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____

Peso: _____ Talla: _____

Agudeza visual:

ojo derecho _____ ojo izquierdo _____

Agudeza auditiva:

oído derecho _____ oído izquierdo _____

Causa por la cual fue atendido. _____

Síntomas que presentó y fecha aproximada a su aparición. _____

Historia médica.

Parto: Tiempo de gestación _____

Datos importantes del tiempo de gestación: _____

cesárea () parto natural ()

Complicaciones del parto. _____

Enfermedades padecidas por la madre en el tiempo de gestación.

Eclamcia ()

Rubéola ()

Sarampión ()

Varicela ()

Otras enfermedades infecciosas () _____

Vómitos ()

Presión alta ()

Amenaza de aborto ()

Traumatismos ()

Desarrollo del niño.

Gateo _____

Primeros pasos _____

Primera palabras _____

Control de esfínteres _____

Sostener el cuello. _____

Sentarse solo. _____

Otros datos importantes _____

Enfermedades padecidas por el niño

	edad que tenía el niño	observaciones
sarampión		
tosferina		
escarlatina		
toxicosis		
convulsiones		
traumatismos		
otras		

Datos familiares.

	Nombre	Edad	Ocupación	Enfermedades que padece	Observaciones
Padre					
Madre					
Hermanos					

Algún familiar cercano al niño padece de:

	parentesco con el niño
convulsiones	
trastornos de la visión	
trastornos de la audición	
retraso mental	
otras anomalías	

Observaciones generales.

Examinó: _____

Fecha: _____

Anexo 3

PRUEBAS OFTALMOLOGICAS PARA LA VISION

PRUEBA DEL NISTAGMO OPTOCINETICO.

Consiste en desplazar una serie de objetos a lo largo del campo visual, el ojo deberá seguir la trayectoria del objeto hasta que éste se aleje de su campo, cuando el niño ha dejado de seguir el objeto de manera brusca se volverá a introducir éste al campo visual del niño, se repetirá el proceso obteniéndose un movimiento ocular rítmico involuntario llamado efecto nistágmico.

SELECCIÓN OBLIGATORIA DE LA MIRADA PREFERENCIAL.

Se le muestran al niño dos objetos distintos, uno de ellos tendrá ciertos detalles, se supone que el niño centrará su atención en el objeto que contiene el detalle, siempre y cuando lo pueda percibir.

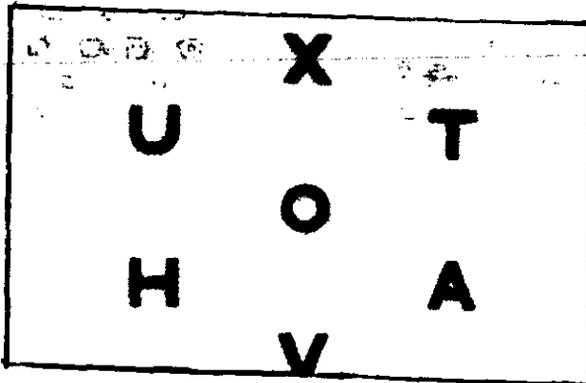
Para realizarla se sienta al niño frente a una luz de fijación que emite destellos, los cuales tienen el objetivo de atraer la atención del niño. "A cada lado del objeto de fijación se coloca una pantalla osciloscópica que se ilumina de modo que, en un momento, una de las pantallas muestra una retícula con una frecuencia espacial variable (burda) y la otra permanece en blanco con una luminancia medio ajustada. La pantalla que muestra la retícula se elige al azar...y el observador, oculto, debe de indicar cual de las dos pantallas muestra la retícula, señalando la pantalla visualizada por el niño," (91)

PRUEBA DE BALON.

Se requieren esferas de poliestireno. Durante la prueba uno de los padres mantendrá sentado al niño en sus rodillas mientras que el ayudante del examinador atrae la atención del niño con un juguete o con una luz, de manera sorpresiva el examinador introducirá la esfera al campo visual del niño y determinará si el niño fija la esfera en el momento en que se introduce a su campo visual. Posteriormente se vuelve a realizar la prueba con una esfera más pequeña hasta que no se obtenga ninguna respuesta.

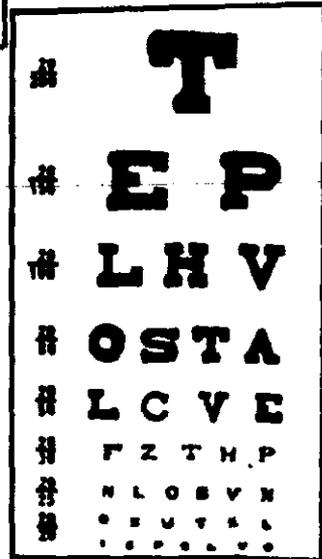
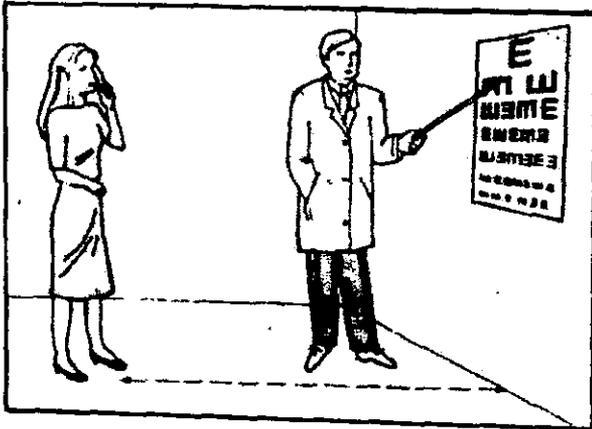
PRUEBA DE SHERIDAN GARDIER.

En esta prueba el examinador le entrega al niño una "carta maestra" donde se encuentran grabados símbolos, letras u objetos de la lámina que tiene colocada el examinador a 6m de distancia del niño (según Edwards la lámina para los niños debe de estar colocada a 3m de distancia.), él señalará alguna de las figuras en la lámina y el niño la identificara en la carta que posee.



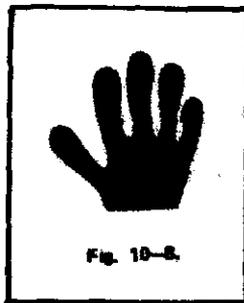
Esta prueba puede ser aplicada a niños desde los 2 años de edad.

Otra prueba similar a esta es la CARTILLA LETRA E SNELLEN, la cual consiste en un cartón donde aparece grabada la letra E en diferentes posiciones (arriba, abajo, a la izquierda y a la derecha) colocadas de mayor a menor tamaño, aquí el niño tendrá que mencionar en que posición se encuentra la letra que señala el examinador, cuando los niños ya saben las letras se utiliza la cartilla de letras Snellen.

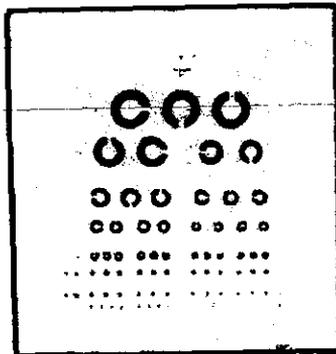


Existen unas variaciones de este prueba en cuanto a dibujos, pero están regidas bajo el mismo principio, y esta son:

MANO DE SJÖGREN.



PRUEBA DE LA C DE LANDOLT.



FOTORREFRACCION ISOTROPICA.

La fotorrefracción consiste en tomar tres fotografías con una cámara convencional utilizando un destello centrado en el eje.

La primera fotografía se toma a 75 cm. De distancia entre el niño y la cámara que determinará el tamaño de la pupila. La segunda fotografía es tipo tomada a una distancia de 80 y la otra a 150.

La determinación del error se realiza "...mediante el trazado de radiaciones por ordenador o comparando con adultos con error refractivo conocido." (92)

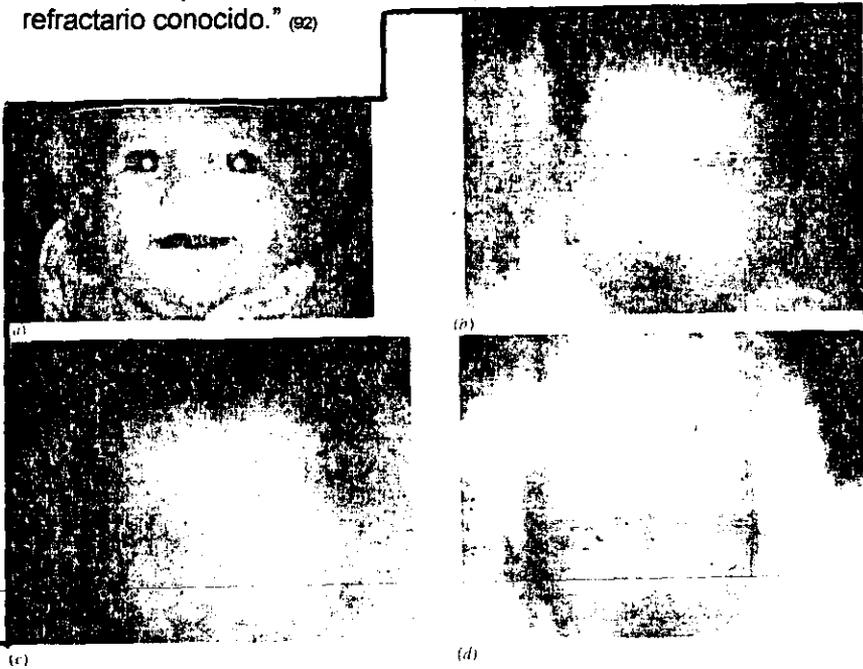


fig. 12-2. a) Fotorrefracción isotrópica: en primer lugar se realiza una fotografía enfocada para determinar el tamaño de la pupila. b) La cámara se enfoca a 150 cm (distancia cámara-sujeto de 75 cm). El pequeño círculo borroso difuso sugiere hipermetropía (en este caso, se trata de un error pequeño). c) Cámara enfocada a 50 cm (manteniendo la misma distancia cámara-sujeto): el círculo borroso ha aumentado y es más difuso. Si se comparan las imágenes en b y c con el tamaño pupilar determinado en a, se puede calcular el error refractivo. d) Aspecto de los círculos borrosos en el astigmatismo, donde se puede determinar fácilmente el eje mayor y menor, y el error refractivo. (Fotografías cedidas por cortesía de la Dra. Janette Atkinson.)

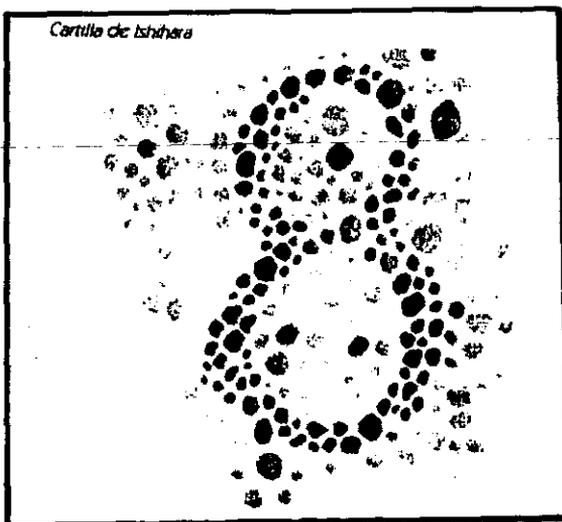
PRUEBA CONFRONTACION DE LOS CAMPOS VISUALES.

Se utiliza para valorar el campo visual lateral del niño, el cual se coloca al frente del médico. Primero debe de cubrirse con su mano el ojo izquierdo y se le indica que mire con su ojo derecho hacia su izquierda sin voltear la cabeza, lentamente se lleva hacia la línea de la visión central un objeto (puede ser un lápiz) y se le pide que indique el momento en el cual ve el objeto; después se repite la prueba con el ojo opuesto.

Los resultados tienen que compararse con el parámetro de la visión normal lateral.

PRUEBA DE LA VISIÓN DE COLORES.

Para realizar esta prueba se necesitan unas láminas policromáticas de Ishihara, Stilling y Hardy-Rand-Rittler, las cuales se componen por puntos de colores primarios los cuales forman figuras, éstas se le presentan al paciente que tendrá que identificar dichas figuras. Aquella persona que presente ceguera a los colores no podrá identificar las figuras de las láminas.



Anexo 4

MAPA ESTRUCTURAL

Para realizar un mapa estructural se utilizan los siguientes claves:

----- límite claro

..... límite difuso

———— límite rígido

==== asociación

=====

— — — — conflicto

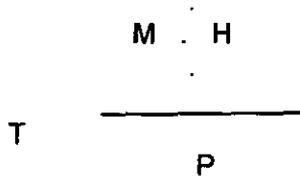
}-----

coalición

=>

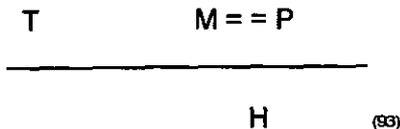
rodeo

Un ejemplo de mapa estructural se realiza de la siguiente manera:



El mapa estructural anterior se interpreta de la siguiente manera: Las interacciones del sistema conyugal son poco gratificantes. Consecuentemente, la madre y el niño tienen una relación excesivamente íntima, que lleva a que la dependencia y el infantilismo del niño persistan y que se excluya al padre.

La estrategia terapéutica consiste en trabajar con los adultos para incrementar las transacciones entre marido y mujer. Cuando el niño participa en sesiones familiares con observaciones aparentemente no relacionadas con la situación, el terapeuta no le responde. También le sugiere a los padres que no respondan al niño cuando realice declaraciones de naturaleza psicótica. Convince a los padres para que salgan una noche por semana sin su hijo, algo que no han hecho hace muchos años.



ANEXO 5

TECNICAS

Técnica: Telaraña

Objetivo: - Conocer a los integrantes del grupo en que se trabaja.
- Disminuir la tensión de los participantes.

Recursos: Un salón amplio e iluminado
Una bola de estambre.

Duración: 15 minutos.

Disposición del grupo: Parados formando un círculo.

Desarrollo: - El coordinador toma la bola de estambre y dice su nombre.

- Lanza la bola de estambre a la persona que el desee, pero conserva la punta de la bola de estambre.

- a la persona que fue lanzada la bola de estambre deberá decir su nombre y el de la persona que le lanzo el estambre y después lanzará el estambre a la persona que desee conservando para si la punta que le queda.

- Cuando todos los integrantes del grupo han dicho su nombre se regresa el estambre para enrollarlo de la misma manera en que se desenrolla.

Técnica: Riesgo.

Objetivo: - Conocer las expectativas y temores de los participantes referente a una situación dada.

Recursos: Salón amplio e iluminado.

Sillas y mesas para los participantes.

Pizarrón o rotafolio.

Materiales para escribir (hojas y lápiz).

Duración: 30 minutos.

Disposición del grupo: Las sillas deben de colocarse en círculos.

Desarrollo: - El grupo se divide por equipos de 4 o 5 personas.

- El orientador planteara una situación o un tema..

- Los equipos deben definir los temores y expectativas que giran alrededor de lo que planteo el orientador.

- Por equipos se sacarán conclusiones mismas que pasarán a escribir al pizarrón.

- Por equipos se discuten las expectativas y temores de los compañeros de otros equipos, se analizan y se plantean posibles formas de superarlos.

- Se realiza una plenaria y se sacan conclusiones.

Técnica: El cartero

Objetivo: - Romper la tensión de los participantes de un grupo.
- Integrar a los miembros de un grupo.

Recursos: Salón amplio e iluminado.

Una silla para cada integrante del grupo.

Duración: 15 minutos.

Disposición del grupo: Se forma un círculo con las sillas.

Desarrollo: - El coordinador se mantendrá de pie al centro del círculo formado por los participantes.

- La persona que se mantiene en el centro será el cartero, el cual deberá mandar cartas a sus compañeros.

- Las cartas estarán dirigidas de acuerdo a lagunas de las características que mantengan los participantes, por ejemplo, todos los que traigan pantalón, los que tengan el pelo largo, los sean hombres, etc.

- La carta se mandará diciendo lo siguiente: el cartero llevo y traje una carta para ...

- Los participantes que mantengan la característica señalada por la persona que funge como cartero, deberán pararse de su lugar y sentarse en otro, el cartero por su lado procurara ganar un lugar, el que quede sin silla será el cartero.

Técnica: Lluvia de ideas.

Objetivo: - Conocer la opinión de los miembros del grupo referente a un tema

- Propiciar la participación de la mayoría de los miembros del grupo.

Recursos: Salón amplio e iluminado.

Sillas para los participantes.

Rotafolio o pizarrón.

Disposición del grupo: libre.

Desarrollo: - El orientador precisa el tema a tratar y explica el procedimiento a seguir.

- Se nombra a un secretario para que registre todos los comentarios que se hagan sobre el tema.

- Se comienzan las participaciones, para ello se estimula a los miembros del grupo con preguntas como ¿qué opinan del tema?, ¿qué saben sobre?, etc.

- Las opiniones no deben ser analizadas en ese momento, sino hasta finalizar las participaciones.

- Todos los miembros del grupo pueden intervenir si así lo desean.

- Una vez expuestas las ideas se pasa a analizar cada una de ellas.

- Junto con los miembros del grupo se obtiene una conclusión.

Técnica: Discusión colectiva:

Objetivo: - Despertar el interés de los participantes.

- Intercambiar ideas y opiniones sobre un tema dado.

Recursos: Salón amplio e iluminado.

Una silla para cada participante.

Duración: 30 minutos.

Disposición del grupo: en semi - círculo alrededor del pizarrón.

Desarrollo: - El coordinador hace una breve introducción para ubicar al grupo en el tema, formula una pregunta al grupo, lo que dará la pauta para iniciar la discusión.

- Se debe dar oportunamente la palabra a los participantes sin presiones y en orden.

- El coordinador solo será un guía en la discusión, él no deberá intervenir.

- Al finalizar la discusión se obtiene una conclusión del tema tratado.

Técnica: Palabras clave

Objetivo: - Analizar los sentimientos de los participantes.

Recursos: Un salón amplio e iluminado.

Pizarrón o rotafolio.

Duración: 30 minutos.

Disposición del grupo: Se ponen las sillas en semicírculo alrededor del pizarrón.

Desarrollo: - Se pide al grupo que reflexione sobre su estado de ánimo, y que lo exprese en una sola palabra.

- Se invita a todos a pasar al pizarrón en silencio, a escribir la palabra representativa de una de sus ideas.

- Se les pide pasen a tachar las palabras que les causen molestia o disgusto. Es necesario levantarse de su lugar y volver a él en cada vez.

- Se les solicita pasar del mismo modo a subrayar aquellas que les gusten o llamen la atención positivamente (aunque estén tachadas por otros).

- Un voluntario trata de interpretar las inquietudes generales.

- En grupo se analizan los sentimientos experimentados cuando otros tachaban o subrayaban las palabras que habían anotado; él porque de haberlas escrito, y se propicia el diálogo y los comentarios.

- Se pide al grupo evaluar el trabajo.

Técnica: Armar juguetes en equipo:

Objetivo: - Promover la participación colectiva.

Recursos: Juguetes desarmados para los diferentes equipos.

Duración: 15 minutos.

Disposición del grupo: Libre.

Desarrollo: - Cada uno de los juguetes se colocara en una bolsa de papel.

- Se forman equipos de 4 o 5 personas.

- Se dan instrucciones a los participantes de los equipos, entre todos van a armar un juguete; no podrán comunicarse verbalmente y deberán buscar otras formas de comunicación.

- Un miembro del equipo quedará como observador y anotará todo lo que se le haga relevante.

- A cada equipo se le da una bolsa con las piezas del juguete y se les pide que comiencen.

- Se les pide que en grupo comente sus experiencias.

- El grupo saca sus conclusiones sobre el trabajo por equipos a partir de las experiencias que obtuvieron armando los juguetes.

Técnica: El huevo

Objetivo: - Conocer la importancia e apoyar a los padres con el cuidado de los hermanos.

Recursos: Huevos de unicel y de gallina.

Duración: Esta dinámica se realiza en tres partes la primera de ellas con una duración de 15 minutos.

La segunda parte tiene una duración de dos a cuatro días según lo determine el coordinador.

La tercera parte tendrá una duración aproximada de 45 minutos.

Disposición del grupo: Libre.

Desarrollo: - Primera parte. Se le proporciona a cada uno de los participantes un huevo de unicel y uno de gallina.

- Se realiza una marca a cada uno de los huevos con el fin de que no puedan cambiarlos en caso de que se les extravíe o se les rompa.

- Se les indicará que deben de cuidar los huevos un par de días, y que lo llevarán a donde vallan (esta indicación involucra la segunda parte de la dinámica).

- Al cabo de dos o tres días el coordinador pedirá a los participantes que lleven muestren los huevos que se les entregaron.

- Los participantes expondrán ante el grupo lo que ocurrió con el huevo en ese lapso de tiempo (como lo cuidaron, si lo llevaban a todos lados con ellos, etc.).

- Se les pedirá que imaginen que esos huevos que cuidaron eran sus hijos, y que expongan lo difícil que resulta cuidar solo a dos personas diferentes, porque una de ellas necesita más atención como es el caso del huevo de gallina.

- Se hará referencia al cuidado que tienen los padres con los hijos, el trato a cada uno de ellos, así como la importancia de ayudar a los padres.

Técnica: La destrucción de la Tierra.

Objetivo: - Resolver problemas en equipo.

Recursos: Un salón amplio e iluminado
Una silla para cada participante.

Duración: 15 minutos.

Disposición del grupo: En círculo por equipos.

Desarrollo: - Se realizan equipos de seis personas.

- Se les cuenta la siguiente historia a los miembros del grupo.

- La Tierra va a ser destruida pero hay una nave programada para viajar a un planeta con las condiciones optimas para sobrevivir. Pero en la nave solo tiene un cupo para cuatro pasajeros y hay seis candidatos para abordarla: un sacerdote, una mujer embarazada, una prostituta, un médico, un granjero y un astronauta.

- Cada uno de los integrantes del grupo elegirá al azar un de los personajes que pueden abordar la nave, y deberán argumentar sus razones para querer abordar la nave. Al final el equipo escogerá a aquellos pasajeros que se salvarán.

- Realizar comentarios sobre la técnica.

Técnica: No digas nada.

Objetivo: - Resaltar la importancia de la comunicación.

Recursos: Un salón amplio e iluminado.

Duración: 15 minutos.

Disposición del grupo: Libre.

Desarrollo: - Se le pedirá a cinco miembros del grupo que salgan fuera del salón.

- El coordinador esconderá un objeto dentro del salón.

- Se les pedirá a los restantes del grupo que cuando entren sus compañeros se pongan a platicar entre ellos y que no les hagan caso, como si no existieran y por lo tanto que no les hables ni siquiera si les preguntan algo.

- A las personas que salieron del grupo se les pedirá que entren y que deben buscar el objeto que esta escondido, para ello pueden preguntar a sus compañeros que están en el salón.

- Al finalizar la sesión se hacen comentarios sobre la dinámica.

Técnica: Los números.

Objetivo: - Integrar a los miembros de un grupo.

Recursos: Un lugar amplio, como puede ser un patio.

Duración: 15 minutos.

Disposición del grupo: Libre.

Desarrollo: - Se realizarán dos equipos con igual número de integrantes.

- Cada miembro de los equipos se pondrá un número.
- Cuando el coordinador lo señale los participantes deberán buscar a su pareja en el equipo contrario, su pareja será aquella que tenga el mismo número.
- Se señalará un lugar al que deberán llegar con la pareja, la última pareja en llegar se sale del juego.
- Cuando quedan tres o cuatro parejas se pueden sustituir los números por sonidos de animales.

Técnica: Sociodrama.

Objetivo: - Sensibilizar a los participantes sobre una situación dada para que reflexionen y propongan soluciones.

Recursos: Un salón amplio e iluminado.

Duración: 30 minutos.

Disposición del grupo:

Desarrollo: - Se selecciona una situación sobre la que se quiera sensibilizar.

- Se solicitan voluntarios y se les pide reflexionen sobre la situación propuesta; éstos se ponen de acuerdo sobre como van a dramatizarla; cada uno escoge el papel que más le agrade.

- Mientras el equipo improvisa la dramatización, el resto de los participantes observa los roles desempeñados y reflexiona sobre la situación planteada.

- El equipo comenta sus vivencias e impresiones y los observadores participan en la discusión aportando sus opiniones.

Técnica: Mi mano derecha

Objetivo: - Reconocer cuanto se sabe de los demás.

Recursos: Un salón amplio e iluminado.

Mesas y sillas para los participantes.

Hojas de papel y lápices

Duración: 30 minutos.

Disposición del grupo: Libre.

Desarrollo: - A cada participante se le entrega una hoja y un lápiz.

- Se dibuja la mano derecha sobre la hoja de papel.

- Dentro de la mano que se dibujo, se anotan las características de un miembro de la familia, al cual este más apegada la persona. (lo que le gusta, lo que no le gusta, que hace, que es lo que más le enoja, etc.).

- Al finalizar se le entrega la hoja a la persona de la cual se escribió.

- Se hacen comentarios sobre lo que los demás escribieron.

Técnica: El ciego, mudo y el paralítico.

Objetivo: - Promover la participación de los participantes para lograr una meta.

- Enfatizar la importancia del trabajo en equipo.

Recursos: Un lugar amplio. (el patio de la escuela).

Paliacates, lazos de 50 cm. aproximadamente y masquin grueso.

Duración: 15 minutos.

Disposición del grupo: Libre.

Desarrollo: - Se realizan equipos de tres personas cada uno.

- A cada equipo se le proporciona un pedazo de masquin grueso, un paliacate y dos lazos de 50 cm. aproximadamente

- Se les explicará que se jugara al ciego, al mudo y al paralítico, cada uno de ellos representará un papel.

- Se les dan 5 minutos para que se pongan de acuerdo que papel fungirán. El mudo se pone el masquin en la boca; el ciego el paliacate en los ojos y el paralítico se amarra las manos y los pies con los lazos.

- Se señalará una meta, la cual tendrán que alcanzar como equipo, los tres integrantes del equipo deberán llegar juntos.

- Al finalizar la dinámica los equipos expresan sus experiencias.