



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

**ÁREA DE LA EDUCACIÓN EL ARTE Y LA
COMUNICACIÓN**

CARRERA DE PSICOLOGÍA EDUCATIVA Y ORIENTACIÓN

TÍTULO

ESTILOS EDUCATIVOS PARENTALES Y DESARROLLO DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y SOCIAL DE LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD VISUAL, AUDITIVA, MOTORA QUE ASISTEN AL “PATRONATO DE AMPARO SOCIAL MUNICIPAL DEL CANTÓN ESPINDOLA” DE LA PROVINCIA DE LOJA 2014.

Tesis previa a la obtención del grado de Licenciada en Ciencias de la Educación, mención: Psicología Educativa y Orientación.

AUTORA

Irma Janeth Camisan Camisan

DIRECTORA DE TESIS

Dra. Sonia Sizalima Cuenca. Mg. Sc.

LOJA – ECUADOR

2015

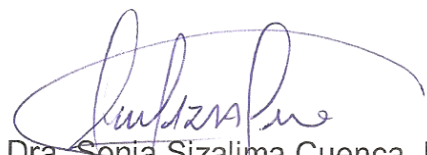
CERTIFICACIÓN

Dra. Sonia Sizalima C. Mg. Sc.
DOCENTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA EDUCATIVA Y
ORIENTACIÓN, DEL ÁREA DE LA EDUCACIÓN, EL ARTE Y LA
COMUNICACIÓN DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA.

CERTIFICA:

Que el trabajo de investigación denominado: ESTILOS EDUCATIVOS PARENTALES Y DESARROLLO DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y SOCIAL DE LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD VISUAL, AUDITIVA, MOTORA QUE ASISTEN AL “PATRONATO DE AMPARO SOCIAL MUNICIPAL DEL CANTÓN ESPINDOLA” DE LA PROVINCIA DE LOJA, 2014; autoría de la Srta. Irma Janeth Camisan Camisan, egresada de la carrera de Psicología Educativa y Orientación modalidad presencial, ha sido asesorado y revisado en todo su proceso, por lo que autorizo su presentación a las autoridades competentes para que continúe con los trámites legales para la defensa pública.

Loja, Agosto de 2015



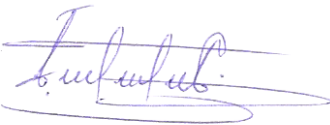
Dra. Sonia Sizalima Cuenca. Mg. Sc.
DIRECTORA DE TESIS

AUTORÍA

Yo, Irma Janeth Camisan Camisan, declaro ser autora del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional – Biblioteca Virtual.

Autora: Irma Janeth Camisan Camisan.

Firma: 

Cédula: 1104337991

Fecha: Septiembre de 2015.

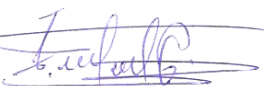
CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS POR PARTE DE LA AUTORA, PARA LA CONSULTA, REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL, Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DEL TEXTO COMPLETO.

Yo, Irma Janeth Camisan Camisan, declaro ser autora de la tesis titulada: ESTILOS EDUCATIVOS PARENTALES Y DESARROLLO DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y SOCIAL DE LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD VISUAL, AUDITIVA, MOTORA QUE ASISTEN AL “PATRONATO DE AMPARO SOCIAL MUNICIPAL DEL CANTÓN ESPINDOLA” DE LA PROVINCIA DE LOJA, 2014, como requisito para obtener el grado de Licenciada en Ciencias de la Educación, Mención: Psicología Educativa y Orientación; autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que confines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional:

Los usuarios puedan consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con los cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los 23 días del mes de septiembre del dos mil quince, firma la autora.

Firma: 

Autora: Irma Janeth Camisan Camisan.

Cédula: 1104337991

Dirección: Amaluza

Correo Electrónico: irma_janeth_92@hotmail.com

Teléfono: S/N **móvil:** 0993150698

DATOS COMPLEMENTARIOS

Director de Tesis: Dra. Sonia Sizalima Cuenca Mg. Sc.

Tribunal de Grado: PRESIDENTE: Lic. Mg.Sc Diana Vilela Honores

PRIMER VOCAL: Lic. Mg. Sc. Katy Lemache A.

SEGUNDO VOCAL: Lic. Mg. Sc. Juan Rojas Guzmán

AGRADECIMIENTO

A las Autoridades de la Universidad Nacional de Loja, del Área de la Educación, el Arte y la Comunicación, a los Docentes de la Carrera de Psicología Educativa y Orientación, por haber entregado de manera incondicional sus conocimientos a través de la enseñanza.

Mi sincero agradecimiento a la Dra. Sonia Sizalima por la orientación y dirección de tesis en todo su proceso de ejecución.

A las Autoridades del Patronato de Amparo Social Municipal del Cantón Espíndola, por la autorización para realizar el trabajo de campo, a los Padres de familia y los niños y adolescentes con discapacidad visual, auditiva, motora por su cooperación.

Irma Janeth.

DEDICATORIA

Con amor para mis padres, por ser mí guía y apoyo para vencer todos los retos y llegar a alcanzar mis metas.

A mi familia, por toda su ayuda y cariño, para luchar contra las dificultades y superarme día a día.

Irma Janeth.

MATRIZ DE AMBITO GEOGRÁFICO

ÁMBITO GEOGRÁFICO DE LA INVESTIGACIÓN											
BIBLIOTECA: Área de la Educación, el Arte y la Comunicación											
TIPO DE DOCUMENTO	AUTORA / NOMBRE DEL DOCUMENTO	FUENTE	FECHA AÑO	ÁMBITO GEOGRÁFICO						OTRAS DESAGREGACIONES	NOTAS OBSERVACIONES
				NACIONAL	REGIONAL	PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	BARRIO COMUNIDAD		
TESIS	IRMA JANETH CAMISAN CAMISAN ESTILOS EDUCATIVOS PARENTALES Y DESARROLLO DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y SOCIAL DE LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD VISUAL, AUDITIVA, MOTORA QUE ASISTEN AL “PATRONATO DE AMPARO SOCIAL MUNICIPAL DEL CANTÓN ESPINDOLA” DE LA PROVINCIA DE LOJA, 2014	UNL	2014	ECUADOR	ZONA 7	LOJA	ESPINDOLA	BELLAVISTA	PATRONATO DE AMPARO SOCIAL MUNICIPAL DEL CANTÓN ESPINDOLA	CD	Licenciada en Ciencias de la Educación, mención Psicología Educativa y Orientación.

MAPA GEOGRÁFICO Y CROQUIS



Figura 1.- Croquis de Cantón Espíndola.

CROQUIS DEL TERRITORIO INVESTIGADO

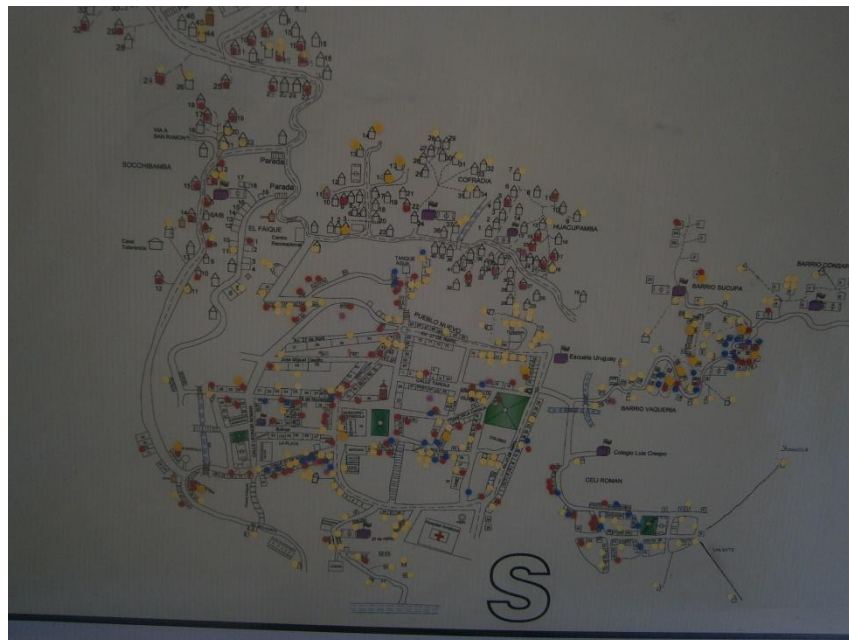


Figura 2.- Ubicación Geográfica del Cantón Espíndola.

ESQUEMA DE TESIS

- i. PORTADA
 - ii. CERTIFICACIÓN
 - iii. AUTORÍA
 - iv. CARTA DE AUTORIZACIÓN
 - v. AGRADECIMIENTO
 - vi. DEDICATORIA
 - vii. MATRIZ DE ÁMBITO GEOGRÁFICO
 - viii. MAPA GEOGRÁFICO Y CROQUIS
 - ix. ESQUEMA DE TESIS
-
- a. TÍTULO
 - b. RESUMEN
 - c. INTRODUCCIÓN.
 - d. REVISIÓN DE LITERATURA
 - e. MATERIALES Y METODOS
 - f. RESULTADOS
 - g. DISCUSIÓN
 - h. CONCLUSIONES
 - i. RECOMENDACIONES
 - j. BIBLIOGRAFÍA
 - k. ANEXOS

a. TÍTULO

ESTILOS EDUCATIVOS PARENTALES Y DESARROLLO DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y SOCIAL DE LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD VISUAL, AUDITIVA, MOTORA QUE ASISTEN AL “PATRONATO DE AMPARO SOCIAL MUNICIPAL DEL CANTÓN ESPÍNDOLA” DE LA PROVINCIA DE LOJA, 2014.

b. RESUMEN

El objetivo de este estudio fue, investigar la influencia de los Estilos Educativos Parentales en el desarrollo de la autonomía personal y social de los adolescentes con discapacidad visual, auditiva y motora. Fue un estudio descriptivo, en una muestra de 100 adolescentes y padres de familia que asisten al Patronato de Amparo Social, se aplicó una encuesta y las Escalas EMBU 89 para hijos (Perris) y Eegna Minnen Beträffande Uppfostran - Föräldrar EMBU- P. (Castro et al 1997) para progenitores. Resultados: el 99% indican que los estilos parentales practicados por los padres fue el democrático. En la población investigada el 59% tiene discapacidad física motora, el 34% auditiva, 7% visual, y su origen para el 35% es congénita; referente a su autonomía el 60% se moviliza con ayuda, el 28%, sin ayuda, el 5% usa silla de ruedas y el 3% dispositivos de ayuda manual. El 40% se visten solos. El 62% mantienen el sueño nocturno, el 65% realizan su higiene personal, el 50% ordena su habitación. Conclusiones: Los estilos educativos parentales casi en la mayoría son democráticos, también los padres ejercen sobreprotección y castigo, haciendo que los hijos cumplan las reglas establecidas. De este modo los estilos educativos democráticos influyen en la autonomía e inclusión social de los niños y adolescentes con discapacidades.

SUMMARY

The aim of this study was to investigate the influence of Parental educational styles in the development of personal and social autonomy of adolescents with visual, hearing and motor disabilities. Föräldrar funnel P. - was a descriptive study on a sample of 100 adolescents and parents who attend the Board of Social Protection, a survey and EMBU 89 Scales for children (Perris et al) and Egna Minnen Beträffande applied Uppfostran (Castro, 1997) for parents. Results: 99% indicate that parental styles practiced by parents was democratic. In the population studied motor 59% have physical disabilities, hearing 34%, 7% visual, and its origin is congenital 35%; autonomy regarding 60% is mobilized to help, unassisted 28%, 5% use a wheelchair and 3% hand-assist devices. 40% dress alone. 62% maintain sleep at night, 65% made personal hygiene, 50% orders his room. Conclusions: parenting styles are almost in most democratic, too overprotective parents exercise and punishment, so that the children meet the rules. Thus democratic educational styles influence the autonomy and social inclusion of children and adolescents with disabilities

c. INTRODUCCIÓN

Los Estilos Educativos Parentales en los hogares son diversos debido a las diferentes formas de educación, disciplina, control, demostración de afecto, relaciones familiares, cumplimiento de roles por parte de los progenitores y a los numerosos cambios que tienen lugar en el grupo familiar (Gracia, 2012). De esta forma la familia constituye la principal red de relaciones y fuente de apoyo, y ejerce una influencia directa en el desarrollo de la autonomía personal y social de los niños y adolescentes, especialmente cuando necesitan mayor apoyo al presentar discapacidades genéticas o adquiridas como discapacidad visual, auditiva y motora.

Al mismo tiempo se debe mencionar que los padres también sufren un impacto emocional muy fuerte cuando un niño con discapacidad llega a la familia, estos padres se enfrentan a una situación de crisis que genera sentimientos de angustia, confusión, e incertidumbre. El modo en que la familia resuelve este proceso, es el que va a tener una influencia fundamental en el desarrollo social y emocional del niño (Belotti, 2010).

En todo el mundo, las personas con discapacidad tienen peores resultados sanitarios, académicos, menor participación económica (Organización Mundial de la Salud, 2014). Esas dificultades se agravan por la sobreprotección que brindan los padres a los niños y adolescentes, impidiéndoles de este modo la adquisición de habilidades para su independencia y autonomía. Ante ello el Gobierno Nacional, a través de la Vicepresidencia de la República, del Ecuador desarrolló políticas públicas para beneficio de las personas con discapacidad en el Ecuador. Ahora las personas con discapacidad, estudian, trabajan y son incluidas.

Con estos análisis actualizados sobre estilos educativos parentales y el desarrollo de la autonomía personal y social de los niños y adolescentes con discapacidad se investigó el siguiente tema: ESTILOS EDUCATIVOS PARENTALES Y DESARROLLO DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y SOCIAL

DE LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD VISUAL, AUDITIVA, MOTORA QUE ASISTEN AL “PATRONATO DE AMPARO SOCIAL MUNICIPAL DEL CANTÓN ESPINDOLA” DE LA PROVINCIA DE LOJA 2014, como objetivo general se planteó: Investigar la influencia de los estilos educativos parentales en el desarrollo de la autonomía personal y social de los niños y adolescentes con discapacidad visual, auditiva, motora que asisten al “Patronato de Amparo Social Municipal del Cantón Espíndola” de la Provincia de Loja; y como objetivos específicos se consideró: Determinar los estilos educativos parentales existentes en los hogares de los niños y adolescentes; Identificar aspectos del desarrollo autónomo personal y social de los niños y adolescentes con discapacidad visual, auditiva y motora; y establecer la influencia de los estilos educativos parentales en el desarrollo personal y social de los niños y adolescentes con discapacidad.

En cuanto a la revisión de literatura se profundizó el análisis de las dos variables, para los estilos educativos parentales se analizó: definición de familia, crianza y educación de los hijos, definición de estilos educativos parentales, tipos, formas de disciplina, relaciones padres e hijos, autonomía de los niños y adolescentes, los hábitos básicos de la autonomía personal, conflicto y estabilidad familiar.

Por otro lado para profundizar el estudio del desarrollo de la autonomía personal y social de los niños y adolescentes con discapacidades se consideró los siguientes temas: Desarrollo personal y social de los niños y adolescentes, promoción de la autonomía de las personas con discapacidad, modelo bio-psico-social de la discapacidad, definición de discapacidad, alteraciones en la función visual, problemáticas afectivas, emocionales, familia y discapacidad visual, tratamiento; Discapacidad auditiva, manifestaciones y evaluación de las alteraciones, grado de pérdida auditiva, desarrollo de la persona con deficiencia auditiva, desarrollo socioafectivo, tratamiento; personas con discapacidades físicas, parálisis cerebral, traumatismos craneoencefálicos.

En relación a los materiales y métodos, se hizo un estudio descriptivo y se utilizaron los siguientes métodos: el científico presente desde el inicio de la investigación con la observación de la realidad, la formulación del problema explicado mediante el sustento científico en el marco teórico, el que orientó la fundamentación y explicación de manera profunda la temática propuesta referida a estilos educativos parentales y el desarrollo personal y social de los niños y adolescentes con discapacidad, visual, auditiva, motora; el método descriptivo permitió disponer de conocimientos de la realidad tal como se desprende de la observación directa y esta realidad empírica contrastada con la revisión de los sustentos teóricos aportados por diferentes autores; el método inductivo permitió realizar deducciones, y conclusiones generales a partir de los indicios particulares; el método deductivo sirvió para corroborar lo observado, en relación a los referentes globales de los estilos educativos parentales que influyen en la autonomía de los niños adolescentes con discapacidad; el método analítico – sintético a través del cual se realizaron análisis para luego dar explicaciones, analogías, contrastaciones para comprender, la influencia de los estilos educativos parentales con el desarrollo personal y social; así mismo se utilizó el método estadístico para determinar las frecuencias, porcentajes y representaciones gráficas que permitieron la interpretación y visualización de la realidad de los niños, adolescentes y padres de familia investigados, estadísticamente.

La técnica empleada fue la encuesta estructurada de 13 ítems, que en su cuestionario se determinan aspectos que describen la población investigada sobre estilos educativos parentales y la autonomía personal y social de los adolescentes. Los instrumentos aplicados fueron: la Escala de EMBU 89 adaptado para hijos (Perris, 2012) y el cuestionario de estilos educativos adaptado para progenitores EMBU- P para determinar las prácticas educativas parentales.

La población o universo la constituyeron 200 familias, de esta población se consideró una muestra de 100 adolescentes y padres de familia que asisten al

Patronato de Amparo Social Municipal del Cantón Espíndola. Para realizar el estudio de campo se solicitó permiso al Director de la institución, y la colaboración de los adolescentes y padres de familia mediante una carta de consentimiento.

De la investigación se obtuvieron los principales resultados: Los estilos educativos parentales son democráticos, y también los padres aplican sobreprotección y castigo, haciendo que los hijos cumplan las reglas establecidas. De este modo influyen los estilos educativos democráticos en la autonomía e inclusión social de los niños y adolescentes a la colectividad. Conclusiones: el 99% indican que los estilos parentales practicados por los padres fue el democrático. En la población investigada el 59% tiene discapacidad física motora, el 34% auditiva, 7% visual, y su origen para el 35% es congénita; referente a su autonomía el 60% se moviliza con ayuda, el 28% sin ayuda, el 5% usa silla de ruedas y el 3% dispositivos de ayuda manual. El 40% se visten solos, el 62% mantienen el sueño nocturno, el 65% realizan su higiene personal, el 50% ordena su habitación. Finalmente en este informe precisa que luego de las conclusiones se reconozca la principal recomendación: Socializar los resultados obtenidos a los padres de familia y autoridades locales para la creación de programas educativos que permitan mejorar el bienestar, autonomía e inclusión de las personas con discapacidades, además que en los programas educativos para los padres de familia incluyan temas para la prevención de discapacidades en los niños por nacer, alimentación de la madre en estado de gestación, edad adecuada para ser madre, cuidados en la gestación, ya que en un mayor porcentaje las discapacidades de la población investigada son originadas desde el nacimiento de los niños, por falta de alimentación, concepciones precoces y demasiado tardías.

d. REVISIÓN DE LITERATURA.

1. Estilos educativos parentales

Antes de analizar los estilos educativos parentales para la crianza de los hijos es indispensable conocer la importancia que cumple la familia para la supervivencia y bienestar de sus miembros.

1.1. La familia

“La familia es un sistema de relaciones fundamentalmente afectivas, en el cual el ser humano permanece largo tiempo constituido por fases evolutivas cruciales, como la infancia y la adolescencia” Nardone (como se citó en Arias, 2012). La familia, además de servir a la supervivencia, persigue objetivos adicionales de distinta naturaleza, como la intimidad, la cercanía, el desarrollo, el cuidado mutuo y el sentido de pertenencia.

Esto significa que, a grandes rasgos, la cualidad esencial de la vida familiar es un acuerdo o compromiso emocional, se estimula el cariño, el cuidado y la implicación mutua; hay una continua donación recíproca sin preocuparse demasiado por el valor de lo que se intercambia en las transacciones; no se espera una comprensión equivalente y la armonía en las relaciones se valora más que los bienes y servicios intercambiados; los lazos familiares implican un sentido de responsabilidad interpersonal y obligación hacia los otros que es más fuerte y más fundamental que las obligaciones prescritas por los sistemas legales.(Arias, 2012).

La familia es el primer contexto socializador por excelencia, el primer entorno natural en donde los miembros que la forman evolucionan y se desarrollan a nivel afectivo, físico, intelectual y social, según modelos vivenciados e interiorizado. Las experiencias que se adquieren en la primera

infancia, de cualquier tipo, y los vínculos de apego que se dan en ella van a estar determinadas por el propio entorno familiar generador de las mismas.

1.2. Crianza y educación de los hijos

A medida que los hijos logran mayor independencia, su crianza puede convertirse en un desafío. Los padres deben lidiar con personas que poseen mentes y voluntades independientes, pero que todavía tienen mucho que aprender acerca de las conductas que la sociedad considera deseable. (Feldman, 2012)

La función de socialización que ejerce la familia implica que muchos de nuestros pensamientos, comportamientos y hábitos tengan su origen directo en esta o, dicho en otras palabras, la familia es el contexto social por excelencia en el cual se comienza a entender cómo es el mundo, el fundamento de las relaciones sociales, así como a configurar un sistema de valores personales y una identidad particular. Los hijos observan en sus padres que conductas son más o menos apropiadas y aceptadas en su contexto, es decir, que aspectos son más valorados en su cultura y sociedad para su mejor desempeño adulto. También los padres son importantes depositarios de información sobre los roles ocupacionales y de género. Además, la transmisión de estos valores, actitudes, modos de comportamiento que ocurre en un ambiente o clima familiar emocional que está marcado por el tipo de estilo parental utilizado por los padres. (Jiménez, 2012)

La familia deberá ofrecer oportunidades suficientes para desarrollar aquellas habilidades y competencias personales y sociales que permitan a sus miembros crecer con seguridad y autonomía, siendo capaces de relacionarse y de actuar satisfactoriamente en el ámbito social. De ello se desprende también el decisivo papel que adquieren los adultos cercanos familiares en la educación de los niños.

1.3. Definición de estilos educativos parentales

Baumrind (como se citó en Cavanaugh, 2011) Piensa que son los modos que utilizan los padres para regular las conductas de los hijos y transmitirles el sistema de valores del entorno sociocultural y del propio familiar. Es decir los estilos parentales son un conjunto de estrategias que emplean los padres para influir en sus hijos e inculcarles un conjunto de valores y normas culturales que guíen su conducta social.

1.3.1. Tipos de estilos educativos parentales.

Existen varias clasificaciones realizadas por diversos autores sobre estilos parentales, sin embargo el trabajo más acertado es el realizado por Diana Baumrind (1967,1971) Su trabajo permitió identificar tres estilos básicos de crianza y describir los patrones de conducta más característicos de los niños educados de acuerdo a cada estilo. Para Baumrind, el elemento clave del rol parental es el grado de control ejercido sobre los hijos de manera que basó su clasificación sobre la base de esta dimensión. Denominó a estos estilos parentales del siguiente modo: estilo autoritario, cuando los padres valoran la obediencia y restringen la autonomía del hijo; estilo permisivo, cuando los padres no ejercen prácticamente ningún tipo de control sobre sus hijos y les conceden un grado muy elevado de autonomía; estilo autoritativo o democrático, que se sitúa en un punto intermedio, en el cual los padres intentan controlar la conducta de sus hijos sobre la base de la razón más que con la imposición (Bermal, 2012).

Para que la familia logre un buen desarrollo físico y mental de sus hijos es necesario que se establezca vínculos afectivos y cálidos, para que los menores se sientan aceptados y queridos, proporcionar un modelo, guía y supervisión para que los niños aprendan normas, valores, estimular y apoyar el aprendizaje cotidiano, teniendo en cuenta sus avances y logros, reconocer el valor de sus hijos.

1.3.2. Estilo autoritativo o democrático.

Representa el estilo de crianza más exitoso. Estos padres proporcionan estructura firme y orientación sin ser demasiado controladores. El padre es la figura de la autoridad, firme pero comprensiva, que está dispuesta a ofrecer consejos, escuchan las opiniones, preocupaciones de sus hijos y explican sus decisiones. (Nevid, 2011)

Los padres autoritativos tienen confianza en su habilidad para orientar a los hijos, pero también respetan sus decisiones independientes, sus intereses, opiniones y personalidades. Son cariñosos y muestran aceptación, pero también exigen buena conducta y son firmes en mantener las normas. Imponen castigos sensatos y limitados cuando es necesario, en el contexto de una relación cálida y de apoyo. Favorecen la disciplina inductiva, explican razonamiento detrás de sus posturas y alientan el intercambio verbal. Al parecer sus hijos se sienten seguros y queridos. (Feldman, 2012)

Los padres que utilizan este estilo intentan conducir la conducta del niño pero utilizando el razonamiento y la negociación. Éste es un estilo flexible y democrático, los padres son tolerantes pero con límites claros, admiten que los niños den a conocer sus opiniones y les colaboran con cariño. El estilo autoritativo o democrático es el que más favorece el ajuste social y familiar del niño provocando una adecuada estabilidad emocional y autoestima.

RESULTADOS PSICOLÓGICOS: elevada competencia y confianza en sí mismo, socialmente responsables, asertivos y felices.

RESULTADOS CONDUCTUALES: enérgicos, amistosos, alta capacidad de autocontrol, éxito académico, capacidad empática (Bernal Aurora, 2012).

1.3.3. Estilo autoritario o rígido.

Los padres autoritarios son rígidos y controladores en exceso. Ellos esperan y exigen obediencia incondicional de sus hijos. Si los niños se atreven a

cuestionar por qué se les ordena hacer algo, es probable que la respuesta sea: “Porque lo digo yo”. Los padres autoritarios son insensibles a las necesidades de sus hijos y recurren a formas severas de disciplina. Además, permiten que sus hijos tengan muy poco control sobre sus vidas (Nevid, 2011). Además son más distantes y menos cálidos que otros padres, y sus hijos suelen estar más descontentos, son más retraídos y más desconfiados (Feldman, 2012).

Los padres Autoritarios se basan en la disciplina firme, y el niño tiene muy poco control sobre su vida, el efecto que esto tiende a producir es inseguridad y dificultad para completar las tareas. Estos hijos pueden ser difíciles, retraerse socialmente y no formar relaciones de confianza con facilidad.

RESULTADOS PSICOLÓGICOS: Normas minuciosas y rígidas recurren a los castigos y muy poco a las alabanzas, no existe responsabilidad paterna, se presenta una comunicación cerrada o unidireccional; en el niño se presenta baja autonomía y autoconfianza, baja creatividad. Escasa competencia social. Agresividad e impulsividad

El autoritarismo afecta directamente en el proceso de aprendizaje ya que provoca que tengan descontento, baja autoestima y dificultad para relacionarse con los demás niños.

RESULTADOS CONDUCTUALES: Conflictivos, irritables, descontentos, desconfiados, malas habilidades de comunicación, retraídos y desconfiados (Bernal Aurora, 2012).

Escasa competencia social. Bajo control de impulsos y agresividad. En el caso de que un estudiante se encuentre con bajas calificaciones no quiere decir que sea retrasado o que sufra alguna incapacidad, se refiere a que poseen peculiaridades de manera personal o en ciertos casos sean circunstancias del entorno escolar, familiar y social que lo persuaden a tener hábitos negativos como el bajo rendimiento, deserción escolar, alteraciones en la conducta.

1.3.4. Estilo permisivo - negligentes.

Los padres permisivos tienen una actitud de “todo está permitido” en cuanto a la crianza de sus hijos. Pueden responder de forma afectuosa, pero son demasiados laxos en lo que se refiere al establecimiento de límites y a la imposición de disciplina. Estos padres, son cálidos, no controladores ni exigentes (Feldman, 2012).

Los padres negligentes (baja responsabilidad y baja exigencia) los padres que presentan este estilo educativo tienden a limitar el tiempo que invierten en las tareas parentales y se centran, exclusivamente, en sus propios intereses y problemas; proporcionan poco apoyo y afecto y establecen escasos límites de conducta a sus hijos (Morris Charles, 2014).

En este estilo existe mucha permisividad hacia los hijos, en los padres hay pasividad para actuar en la guía y control. Los niños que se rigen bajo este estilo de crianza carecen de normas y reglas. En ciertos casos, el trabajo y la falta de tiempo, provocan que los padres tiendan a resolver sus obligaciones educativas de la manera más cómoda, invirtiendo poco tiempo en sus hijos.

RESULTADOS PSICOLÓGICOS: Problemas de regulación emocional, baja interiorización de normas sociales, baja tolerancia a la frustración.

Los niños presentan problemas de identidad, baja autoestima, no acatan reglas, poco sensibles, vulnerables, propensos a experimentar conflictos personales y sociales.

RESULTADOS CONDUCTUALES: Impulsivos, dependientes, inmaduros, irrespetuosos, poco controlados, menos competentes socialmente, agresividad (Bermal Aurora, 2012).

Los resultados conductuales por el estilo permisivo los niños se muestran alegres pero muy inmaduros, incapaces de controlar impulsos y poco persistentes en las actividades que tienen que realizar.

1.4. Formas de disciplina

La disciplina se refiere a los métodos para moldear el carácter y para la enseñanza de autocontrol y de la conducta aceptable. Puede ser una herramienta poderosa para lograr la socialización con la meta de desarrollar la autodisciplina. ¿Qué formas de disciplina funcionan mejor? Los investigadores han examinado una amplia variedad de técnicas.

1.4.1. Reforzamiento y castigo.

A veces los padres castigan a sus hijos para erradicar la conducta indeseable, pero los niños por lo general aprenden más cuando una buena conducta es reforzada. Los esfuerzos externos pueden ser tangibles (dulces, más tiempo de juego) o intangibles (una sonrisa, una palabra de elogio, un abrazo, mayor atención o un privilegio especial). Cualquier cosa que sea el reforzador, el niño debe verlo como una recompensa y recibirlo de manera sistemática después de mostrar la conducta deseada. Con el tiempo, la conducta debe proporcionar el reforzador interno: la sensación de placer o de logro.

Sin embargo, en ocasiones es necesario el castigo, como aislamiento o negación de privilegios. No puede permitirse que los niños salgan corriendo a la avenida o que golpeen a otro niño pequeño.

AAP Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health (como se citó en Feldman, 2012) menciona que en ocasiones un chiquillo se muestra deliberadamente desafiante. En dichas situaciones puede ser eficaz el castigo siempre que se aplique de manera sistemática, inmediata y claramente relacionada con la falta. Debe aplicarse con tranquilidad en privado y con el propósito de suscitar conformidad, no culpa. Es más eficiente cuando se acompaña con una explicación simple y breve.

B. Weiss, Dodge, Bates y Pettit, 1992 (como se citó en Feldman, 2012) sugiere que el castigo demasiado severo puede ser dañino. A los hijos que son

castigados con severidad y frecuencia, puede resultarles difícil interpretar las acciones y las palabras de otras personas, y atribuir intenciones hostiles donde no hay.

Nix. (2012) piensa que los hijos que han sido castigados con severidad pueden actuar de manera agresiva.

Grusec y Goodnow, (1994) señalan que pueden atemorizarse si los padres pierden el control y a la larga tratarán de evitar al progenitor punitivo, lo cual debilitará la capacidad de éste para influir en su conducta.

En la actualidad algunos padres deben utilizar los castigos para un buen estilo educativo; mientras más control ejerzan los progenitores sobre sus hijos obtendrán buenos resultados en la adquisición de los aprendizajes, en épocas anteriores se consideraba (que la letra con sangre entra) y para un mejor aprendizaje los hijos debían recibir castigos físicos, este suceso ha dado lugar a que esté presente en la mentalidad de algunos padres.

El preparar a los niños para el logro directo, en otras palabras, establecer normas altas y exigir a los niños que cumplan con ella de la mejor manera, estimula también la motivación de logro. Los elogios o castigos son sumamente importantes ya que esto permitirá que en un futuro sus desafíos personales sean mayores.

Los padres de los niños altamente motivados deben ser afectuosos y rápidos para reconocer y elogiar a los logros de sus hijos; así como deben poner reglas claras y cerciorarse que las cumplan.

1.4.2. El castigo corporal.

Strauss (como se citó en Feldman, 2012) indica que es el uso de la fuerza física con la intención de ocasionar que el hijo experimente dolor, pero no lastimarlo, para corregir o controlar su conducta.

Kazdin (2012) piensa que puede incluir nalgadas, golpes pellizcos, sacudidas y otras acciones físicas. Existe la creencia popular de que el castigo corporal es más eficaz que otros métodos para inculcar respeto a la autoridad paterna y que es inofensivo si se usa con moderación por padres cariñosos.

Strauss (2012) indica que sin embargo cada vez es más la evidencia que muestran estudios transversales y longitudinales que sugieren que a menudo es contraproducente y debe evitarse.

Berlin (2012) menciona que aun así, la mayor parte de la investigación sugiere de manera contundente que el castigo corporal frecuente o severo es potencialmente dañino para los niños. Aparte del riesgo de lesiones, los niños que experimentan el castigo corporal pueden no internalizar los mensajes morales, desarrollar malas relaciones con sus progenitores y mostrar mayor agresividad física o conducta antisocial.

Además, las palizas se han asociado negativamente con el desarrollo cognoscitivo.

La American Academy of Pediatrics committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health 1998 (como se citó en Feldman, 2012) recomienda usar el reforzamiento positivo para favorecer la conducta deseada y reprimendas verbales, tiempo fuera (aislamiento breve para dar al niño la oportunidad de tranquilizarse) o supresión de privilegios para desalentar las conductas no deseadas, todo esto en el marco de una relación positiva, cariñosa y de apoyo entre padre e hijo.

El castigo corporal es aquel maltrato o castigo corporal, y se puede entender, como el uso de la fuerza causando dolor, pero no heridas, con el propósito de corregir una conducta no deseable en el niño o la niña

El fenómeno del castigo corporal en los niños y niñas y adolescentes ocurre desde los inicios de la humanidad misma, es por eso que se le cataloga como

un fenómeno antiguo y no es una mera coincidencia que este tipo de problemas cobren vigencia dentro de la sociedad actual, puesto que a lo largo de muchos años y quizá alrededor del mundo en el seno familiar utilizan este método como una forma de educación y crianza para los hijos.

El castigo corporal es una forma errada de educar y conlleva riesgo de daño emocional. No se trata de sustituir el castigo corporal con otras formas de maltrato, sino que se deben propiciar otras formas de diálogo y corrección que promuevan actuaciones adecuadas para que las personas menores de edad puedan educarse sin violencia.

1.5. Razonamiento inductivo, afirmación del poder y retiro de amor

1.5.1. Las técnicas inductivas.

Son diseñadas para alentar la conducta deseable o desalentar la que no son por medio del razonamiento con el hijo.

McCord, (1996) indica que incluye fijación de límites, demostración de las consecuencias lógicas de una acción, explicaciones, análisis, negociaciones y obtener del hijo ideas acerca de lo que es justo. Por lo general, las técnicas inductivas son el método eficaz para hacer que los niños acepten las normas de los padres.

Los niños ya no necesitan elogios, reprimendas o la presencia de un modelo de actuar de manera socialmente apropiadas, que son expuestas por sus padres, con ellas se sienten bien consigo mismos cuando están a la altura de sus normas internas y se sienten mal en caso contrario.

1.5.2. Afirmación del poder.

Se pretende que la afirmación del poder detenga o desaliente la conducta indeseable haciendo respetar el control paterno por medios físicos o verbales;

incluye exigencias, amenazas, retiro de privilegios y otros tipos de castigo (Feldman, 2012).

Los padres castigan a sus hijos para erradicar la conducta indeseable, pero los niños por lo general aprenden más cuando su buena conducta es reforzada.

1.5.3. Retiro de amor.

Jagers (2012) indica que incluye ignorar, aislar o mostrar desagrado por el hijo. En la mayoría de los casos, ninguna de ellas es tan eficaz como el razonamiento inductivo y ambas pueden ser dañinos.

Grusec y Goodnow (2012) mencionan que la disciplina de los padres puede depender del entendimiento y aceptación del hijo, a nivel cognoscitivo y emocional, su mensaje. Para que el hijo acepte el mensaje, tiene que reconocerlo como apropiado, por lo que es necesario sean justos y precisos, y con expectativas claras y congruentes. Es preciso que la disciplina sea proporcional a la falta y congruente con el temperamento y el nivel cognoscitivo y emocional del hijo. Un hijo puede sentirse motivado a aceptar el mensaje si los padres son cálidos y sensibles y lo hacen sentir empatía por alguien a quien haya causado algún daño.

Lansford (2012) establece que el mayor o menor grado en que los hijos acepten un método disciplinario también depende de que el tipo de disciplina usado sea aceptado en la cultura de la familia.

1.6. Relaciones padres e hijos

A medida que los hijos crecen, se amplía su mundo social. Erikson consideraba que la etapa entre los tres y los seis años se caracteriza por una mayor iniciativa, rodeada de una culpa potencial (iniciativa en comparación con culpa). A esta edad los niños hacen cada vez más esfuerzos independientes por lograr metas, planear, realizar proyectos, dominar nuevas

habilidades que van desde andar en bicicleta y dibujar hasta escribir palabras sencillas. El aliento de los padres para estas iniciativas provoca que los niños disfruten al emprender nuevas tareas, pero si son criticados y recriminados de manera repetida por los errores que cometen, podrían desarrollar intensos sentimientos de inadecuación, resentimiento y culpa. De acuerdo con Erickson, el principal desafío en esta etapa consiste en evitar estos sentimientos negativos (Morris Charles, 2014).

La interacción padres e hijos pende de la relación marital, sobre este pormenor puede constatarse un consenso total. El acuerdo entre padre y madre es capital para la educación de los hijos y para la interacción con ellos en general.

La capacidad parental se comprueba cuando los padres demuestran a lo largo de tiempo habilidades respecto a promover: el apego, los vínculos, el cariño y el afecto, el control de las emociones propias, la empatía con los hijos, la comunicación, muestras de sensibilidad, el sentido de responsabilidad, logro de apoyos de la comunidad y de profesionales, la respuesta a las necesidades de los hijos, el conocimiento de los hijos, el cuidado, la socialización, control, sensibilidad, disciplina dentro del hogar y para con sus hijos.

1.7. Relaciones con otros niños

Barber (2014) menciona que a una edad muy temprana los niños empiezan a mostrar interés por otros niños, pero las habilidades sociales que se requieren para jugar con ellos solo se desarrollaran gradualmente. Los hermanos están entre los primeros pares de la mayoría de niños. La calidad de relaciones entre hermanos puede tener un impacto importante, en especial en la forma en la que los niños aprendan a relacionarse con otros. Una vez que los niños ingresan a la escuela, la influencia de los otros niños fuera de la familia aumenta de manera importante. Ahora enfrentan una gran presión para formar parte de un grupo de amigos. En los grupos de niños aprenden muchas cosas

valiosas, como la manera de participar en actividades de cooperación y a negociar los roles sociales de líder y seguidor.

Tener éxito al hacer amigos es una de las tareas que Erickson consideraba de central importancia para los niños entre las edades de 7 a 11 años, la etapa de la industriiosidad en comparación con inferioridad. A esta edad los niños deben dominar varias habilidades más complicadas, una de las cuales es la interacción social con los pares. Otras tienen que ver con el dominio de las habilidades académicas en la escuela, cumplir con las crecientes responsabilidades que se les imponen en el hogar y aprender a hacer varias tareas que se necesitan cuando lleguen a la vida adulta independiente. En opinión de Erickson, si los niños se ven desalentados en sus esfuerzos por prepararse para el mundo adulto, pueden concluir que son inadecuados o inferiores y perder la fe en su poder para volverse autosuficientes. En cambio, aquellos cuya laboriosidad es recompensada desarrollan un sentido de competencia y seguridad en sí mismos (Morris Charles, 2014).

Las habilidades para relacionarse con sus pares sociales son un conjunto de comportamientos aprendidos que incluyen aspectos conductuales, cognitivos y afectivos. Los comportamientos sociales se aprenden a lo largo del ciclo vital, por lo que ciertas conductas de los niños para relacionarse con sus pares, ser amable con los adultos o reaccionar agresivamente, entre otras, depende del proceso de socialización.

1.8. Autonomía de los niños y adolescentes

La autonomía personal de los niños y adolescentes es la capacidad de realizar las actividades de la vida diaria sin necesidad de la ayuda de otra persona.

Las actividades de la vida diaria son aquellas tareas que las personas desarrollan habitualmente en su vida cotidiana. Por un lado, las actividades

básicas de la vida diaria son habilidades básicas referentes al autocuidado personal. Incluyen actividades relacionadas con la higiene personal, comer, beber, vestirse, control de esfínteres y desplazarse (Sendra, 2012).

Por otro lado, las actividades individuales de la vida diaria incluyen tareas más complejas que requieren del usuario un grado mayor de capacidad funcional para poder desarrollarlas. Son actividades orientadas a la organización e interacción con el entorno, como, por ejemplo, uso del teléfono y otros medios de comunicación, cuidado de otros, uso del transporte, realización de labores domésticos, control de la economía y manejo de dinero, toma de medicación, etc.

La autonomía es la base para aprender de manera constante durante toda la vida. Ésta se ve fortalecida a medida que los niños, niñas y adolescentes van adquiriendo responsabilidades y son conscientes de que ellos y ellas son responsables de sus propias acciones y decisiones. Crecer con autonomía y responsabilidades les proporcionará un grado de madurez para enfrentarse a la vida.

1.9. Los hábitos básicos de la autonomía personal

La adquisición de los hábitos básicos de la autonomía personal supone alcanzar progresivamente hitos evolutivos que se asocian con la independencia del niño con respecto a sus padres. La correcta instauración de los hábitos básicos de la autonomía personal implica la puesta en marcha de mecanismos cognitivos, motrices, emocionales y relacionales desde edades muy tempranas.

Comellas (como se citó en LLanova, 2012) se refiere al hábito como una conducta aprendida que se lleva a cabo cotidianamente y se ejecuta con cierta corrección sin requerir del control, presión o respuesta del entorno, mientras que considera la autonomía como un factor favorecedor de la madurez personal que posibilita que el individuo tome decisiones y resuelva de forma

activa los requerimientos y las exigencias con que se encuentra, basándose en el análisis de la realidad y de los factores que la determinan.

Los hábitos básicos de la autonomía personal incluyen aquellos comportamientos, principalmente domésticos, cuya adquisición resulta indispensable para que el niño realice un desarrollo social normal. Dichos hábitos le permitirán enfrentarse paulatinamente a las exigencias de su entorno, sin recurrir a la ayuda de los adultos, tomando sus propias decisiones y asumiendo su responsabilidad. Entre los hábitos básicos de la autonomía personal se incluyen: 1) alimentación: uso de cubiertos, comportamiento en la mesa y dieta; 2) vestido: calzarse, abotonarse y elección adecuada de ropa; 3) sueño: inicio y mantenimiento del sueño nocturno, y establecimiento del ciclo del sueño- vigilia; 4) aseo e higiene: uso del baño, cepillarse los dientes e higiene corporal en general; 5) orden; recoger y ordenarla habitación, objetos y juguetes, y 6) habilidades sociales relacionadas con desplazamientos, compras o encargos (LLanova, 2012).

La autonomía hay que fomentarla en todos los aspectos de la vida del niño: hábitos: alimentación, higiene, salud, aspecto físico. Si aprenden y aprecian el saber cuidar de sí mismos adquiriendo hábitos de vida saludables, será más fácil que los integren en su vida adulta; el las interacciones sociales: relaciones con otros niños, y adultos ajenos a la familia, les ayudará a conocer el sentido de la amistad, a integrarse, a tener sus propias opiniones, a ser tolerantes, abiertos y a crear su personalidad. No debemos de olvidar que para ayudar a un niño en el proceso de madurez y autonomía tenemos que pedirle que se responsabilicen de tareas desde pequeño y que éstas aumenten de manera progresiva a su edad.

1.10. Conflicto y estabilidad familiar

Buehler y Gerard (2012) piensan que el grado de conflicto y estabilidad familiar que caracteriza las interacciones familiares es otro factor con un impacto fundamental en el ajuste de los hijos.

Bosma, (2012) menciona que en la situación ideal, los padres practican y fomentan la comunicación abierta y empática entre ellos y con sus hijos, saben manejar los conflictos familiares que, además, no son frecuentes ni de intensidad, muestran calidez afectiva y apoyo a sus hijos, y comparten un proyecto común para la educación y crianza de estos, en el cual ambos participan activa y cooperativamente. De hecho la expresión abierta de opiniones y sentimientos en la familia se relaciona con el bienestar psicológico de los hijos y su ajuste en distintas facetas, como: emocional, social y académica.

Estévez, Misitu (2012) En cambio, los problemas de comunicación y la interacción ofensiva e hiriente entre padres e hijos se ha vinculado con el desarrollo de síntomas depresivos y problemas de comportamiento.

Mahoney (2012) indica que también la frecuencia de conflictos familiares puede estar en el origen de algunos problemas de ajuste en los hijos, especialmente si los padres se agreden verbal o físicamente como la dificultad para interiorizar estrategias no violentas de interacción con otras personas o, incluso, el consumo de sustancias y el desarrollo de problemas de conducta.

Cummings (2012) señala que no obstante, el conflicto quizá no resulte destructivos en todos casos si, por ejemplo, los padres discrepan y luego se reconcilian mediante la utilización del dialogo y la negociación, un patrón que se puede enseñar a los hijos como solucionar de manera positiva desencuentros con iguales.

Gracia y Musitu, (como se citó en Jiménez, 2012) menciona que de hecho la negociación y la complementariedad de tareas es una característica definitoria de la familia y sugiere una concepción dinámica de la vida familiar como proceso.

Los conflictos que pueden presentarse entre la madre y el padre bloquean la posibilidad de ambientes familiares de estabilidad emocional y es un indicador

de posibles situaciones de maltrato del padre hacia la madre, el cual puede ser evidenciado por los hijos, situación que no es conveniente para su desarrollo emocional. Por ello los padres deben optar por el dialogo y de esta manera enseñarles a los hijos que hay otras maneras de solucionar os problemas.

2. Desarrollo de la autonomía personal y social de los niños y adolescentes con discapacidad visual, auditiva, motora

Cuando un niño con discapacidad auditiva, visual, motora, llega a una familia, esta se enfrenta a una situación de crisis que genera sentimientos de angustia, confusión, dudas e incertidumbres. Algunos autores describen este estado como duelo, proceso por el que atraviesan los sujetos ante una situación de pérdida.

En el caso del nacimiento de un niño, lo que se pierde es el hijo deseado, imaginario y tiene que dar lugar al advenimiento del niño real, aceptándolo tal cual es y dándole el lugar de hijo. El modo en que la familia resuelve este proceso, complejo por cierto, va a tener una influencia fundamental en el desarrollo del niño (Belotti, 2010).

Por ello, el espacio de la educación temprana, ocupa un lugar central y adquiere connotaciones importantes ya que permiten a los padres (angustiados, conmocionados) establecer con los profesionales una relación (transferencia) que les sostenga en el ejercicio de las funciones parentales.

Cada familia inicia un proceso único e irrepetible, por lo que no hay una receta técnica a la cual amarrarnos sino que cada caso en particular requerirá analizar que estrategias de abordaje implementar y a veces ir modificando a medida que el niño y su familia van transitando por las distintas etapas y circunstancias de la vida.

El deseo es que del proceso que se inicia en los primeros tiempos de la vida del niño, se comience a vislumbrar la realidad del hijo y a elaborar los

sentimientos que esto provoca, por lo general, relacionados con la muerte, el fracaso, la locura, la culpa.

En estas familias, lo orgánico genera un impacto en sus miembros, pero en las familias de los niños que no hay un compromiso orgánico, este impacto es diferente y se manifiesta a través de distintas reacciones y sentimientos cuando se plantean las dificultades de sus hijos para aprender (Belotti, 2010). En ocasiones aparece la negación de la problemática, en otras dudas, temores, pero así también aparece el reconocimiento de la misma. Sentimientos que nos permiten apreciar el lugar que ocupa el niño en esa dinámica particular y dar inicio al acompañamiento de las familias en el proceso de inclusión escolar de sus hijos.

Acompañar implica, brindarles un espacio donde se pueda conocer la historia y vicisitudes de cada una de las familias, abordar los sentimientos que despiertan los problemas que acontecen en el aprendizaje, transmitir las pautas esperables en el desarrollo evolutivo de los niños, establecer un vínculo que opere como facilitador del trabajo de todo el equipo.

Sin duda, es una tarea compleja, que dependerá de cada estructura familiar, de su flexibilidad o de su rigidez para implementar los cambios que sean necesarios al interior de su dinámica, cambios que posibiliten reconocer, entender, contener y acompañar los diferentes problemas que se plantean en el proceso de desarrollo de sus hijos (Romero, 2011).

La familia que ingresa al programa de apoyo es evaluada en singular ya que consideramos que es quien tiene a su cargo la primera y más importante de las integraciones que es la del niño en su seno familiar la cual se constituye en matriz para las posteriores integraciones. No le podemos exigir a un niño que se integre a una escuela sino ha podido aun establecer un vínculo adecuado con su madre y luego diferenciado de ella.

El proceso que comienza con el conocimiento de la discapacidad del hijo, se reedita en los diferentes momentos de la historia escolar del hijo, por lo que ni podemos dejar de lado a la familia. Es tan importante trabajar con ellos como con el niño y apostar a la producción de efectos terapéuticos que modifiquen la posición del niño en el discurso familiar (Romero, 2011).

2.1. Desarrollo personal y social de los niños y adolescentes

El desarrollo personal y social, se inicia desde la niñez, ya que los niños desarrollan sus emociones, a través de la interacción social, es por eso que se habla de desarrollo personal y socioemocional.

La socialización y sus bases se asientan durante la infancia y según los aprendizajes adquiridos socialmente, los seres humanos vamos evolucionando.

Aprender a interactuar con los demás es un aspecto importante del desarrollo en la niñez. Al inicio de la vida las relaciones más importantes de los niños y adolescentes son las que tienen con sus padres y otros cuidadores. Como van creciendo sus relaciones importantes se han extendido, ahora incluyen a hermanos, compañeros adultos fuera de la familia. Su mundo social se expande aun cuando se integran al sistema escolar y social. (Morris Charles, 2014).

La promoción de la autonomía personal de las personas con discapacidad

La promoción de la autonomía personal de las personas con discapacidad se las puede efectuar mediante el uso de estrategias de modificación de la conducta para cambiar la propia conducta. El apoyo social en este contexto implica que los familiares y amigos proporcionen antecedentes o consecuencias para promover la ocurrencia de la conducta apropiada. El apoyo social es beneficioso como parte de la promoción de la autonomía

personal porque la participación de otras personas puede ayudar a prevenir que la persona ignore las contingencias que se han establecido, incrementándose así las probabilidades de éxito del plan de autonomía personal (Raymond. G, 2013).

En la actualidad hay varios programas de educación, salud, capacitación, oportunidades laborales para aquellas personas que tienen algún tipo de discapacidad. El considerarlos a las personas con discapacidad parte de la sociedad es un trabajo constante que se ha venido haciendo por varios años.

2.2. Modelo bio-psico-social de la discapacidad.

Basnett (como se citó en Lou, 2011) establece que este modelo trata de brindar una perspectiva integral del ser humano en toda su complejidad y en interacción con su entorno. La discapacidad nace en un estado de salud, pero involucra a toda una persona, afectando a sus relaciones y a sus productos. El modelo biopsicosocial/ integrador es hoy una tendencia universal. La crítica de los colectivos discapacitados al modelo medico dominante, constituidos en movimientos de auto apoyo, y la demanda de participación, han sido elementos clave en este avance.

No obstante la base de conocimientos del modelo de integración es muy amplia e incluye las ciencias biológicas, medicas, psicológicas, sociales y jurídicas, además de las experiencias y contribuciones de las personas con discapacidad. Este modelo de integración ya está presente en ciertos esfuerzos de políticas, prácticas e investigaciones de todos los países (Lou, 2011).

2.3. Definición de discapacidad

ONU (como se citó en Lou, 2011) menciona que la discapacidad es el resultado de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras

debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás.

La OMS define a la discapacidad como la restricción o impedimento de la capacidad de realizar una actividad en forma normal para el ser humano, se caracteriza por excesos o insuficiencias en el desempeño de una actividad rutinaria, los cuales pueden ser temporales o permanentes debido a deficiencias físicas, visuales, auditivas, o de otro tipo.

La visión es una importante función sensorial que aporta información al individuo sobre el mundo que le rodea. Los procesos que generan la visión son complejos; integran la función de las estructuras oculares, control motor y control neuronal (Braun, 2012).

La discapacidad hace referencia a toda distracción o ausencia para realizar una actividad que se considera normal para el ser humano. La discapacidad es aquella condición que tienen ciertas personas, que presentan problemas en cuanto al uso de alguna función corporal, sensorial o intelectual que significa una desventaja para su desenvolvimiento en el medio social y su relación con otras personas.

2.4. Causas de las deficiencias y discapacidades

DISCAPACIDADES BIOLÓGICAS Y FISIOLÓGICAS

Las causas biológicas comprenden las relacionadas con factores genéticos, con el metabolismo, con factores biológicos de la pareja como el factor Rh y factores maternos que determinan condiciones de riesgo de la mujer en gestación (Prenatal, 2013).

Se estima que los factores genéticos causan un tercio de todas las deficiencias del nacimiento y constituyen aproximadamente el 85% de las

causas que se conocen. En cada ser humano los genes determinan características como el color de sus ojos, su cabello y conducen el crecimiento, desarrollo y funcionamiento de cada uno de nuestros sistemas anatómicos y fisiológicos. Los genes están en cada uno de los 46 cromosomas que están en nuestras células. En los genes están registradas nuestras capacidades y limitaciones. Cuando la división celular funciona mal, son comunes las alteraciones cromosómicas

DISCAPACIDADES POR CAUSAS AMBIENTALES

La categoría ambiental se concibe al entorno en el cual se incluyen múltiples factores: agentes infectocontagiosos, físicos, químicos y los provenientes del contexto social y cultural (pobreza, mal nutrición, violencia, atención deficiente durante la gestación, parto etc). A los agentes o factores ambientales que pueden provocar una alteración morfológica o funcional al feto, que ocurre tanto en el periodo embrionario como en el fetal, se los llama teratógenos. Existen diferentes tipos de teratógenos, tales como: fármacos, sustancias químicas, agentes infecciosos o físicos y enfermedades maternas.

ENFERMEDADES MATERNAS INFECCIOSAS

Enfermedades infecciosas como la rubeola, la varicela, ITS, Sida, toxoplasmosis, que afectan a las mujeres gestantes, son factores de alto riesgo frente a la discapacidad de los bebés por nacer.

SUSTANCIAS QUÍMICAS

Muchos de los partos prematuros, el retardo del crecimiento dentro del útero y el nacimiento de los bebés con bajo peso, están relacionados con gestaciones de mujeres que han estado expuestas o han ingerido sustancias químicas como medicamentos, o por sustancias tóxicas en el aire, en ciertos cosméticos, plaguicidas, en la comida, etc.

CAUSAS FÍSICAS.

Las radiaciones electromagnéticas, como rayos x, exposición a los microondas, mantas eléctricas, ultrasonido, radiofrecuencia, teléfonos móviles, pueden constituirse en agresiones físicas al bebé que estas dentro del útero. Estas agresiones pueden causar alteraciones cromosómicas y por esta vía retraso mental, microcefalia, retardo del crecimiento dentro del útero, defectos abiertos del tubo neural, donde se origina el sistema nervioso central, anomalías esqueléticas, etc (Prenatal, 2013).

HÁBITOS SOCIALES Y CULTURALES

El consumo de drogas sociales legales y aceptadas socialmente como el alcohol, café, tabaco es una importante causa de discapacidades durante la gestación, igual como las drogas ilícitas. Otras causas de discapacidades son la violencia, pobreza etc.

2.5. Alteraciones en la función visual

La vista depende de la integración de múltiples estructuras y procesos dentro del ojo, en tejidos y órganos circundantes. Las alteraciones visuales tienen múltiples causas, tales como daño a las estructuras oculares, disfunción motora y conducción neuronal afectada. Las consecuencias varían desde un daño visual leve susceptible de corrección hasta el daño grave que causa ceguera (Braun, 2012).

2.5.1. Discapacidad visual.

La discapacidad visual puede estar provocado por malformaciones, enfermedades diversas y /o lesiones en el ojo o en el sistema visual, tanto de origen hereditario como adquirido, de modo que dependiendo de la gravedad de estas, el resultado final será en algunos casos la ceguera total y en otros baja visión. Muchos de los problemas que suelen llevar a la deficiencia visual son hereditarios, pudiendo aparecer con diferente carácter: dominante,

recesivo y ligado al sexo, aunque también hay otros tipos que tienen carácter adquirido.

Existe un gran número de patologías o alteraciones visuales que pueden dar lugar a la restricción o pérdida visual, en función del grado de afectación y de su evolución. Entre las que suelen tener mayor incidencia se encuentran aquellas alteraciones que afectan a la agudeza visual (AV), al campo visual (CV) o las que cursan con dificultades perceptivas. Las alteraciones que afectan a la Agudeza Visual provocan dificultades para ver detalles finos; es el tipo de déficit más corriente, constituyendo el grupo más numeroso de los afectados (Lou, 2011).

Dentro del mismo se encuentran aquellos que padecen algunos trastornos como estrabismo (cuando los ojos no están bien alineados o centrados; ambliopía (ojo vago) miopía progresiva o degenerativa (cuando los globos oculares son más largos de lo normal y su longitud sigue creciendo incluso más allá del desarrollo.

Otras alteraciones que afectan al campo visual (porción de espacio físico en la que un objeto puede ser visto cuando se mantiene la mirada fija en un punto), bien al campo central o al campo periférico. Aunque conviene señalar que el término déficit del Campo visual suele referirse al campo periférico, no obstante también se usa para aludir a alteraciones del campo central. En este último caso el área afectada es la zona macular (zona central de la retina responsable de la agudeza visual) siendo algunos ejemplos de esta condición el escotoma central, enfermedad macular y la alteración del nervio óptico.

Seguindo la definición de la organización mundial de la salud (2008), la baja visión es la pérdida de la agudeza visual y/ o campo visual que incapacita a las personas para la realización de las tareas de la vida diaria. Su agudeza visual tiene que ser igual o inferior a 0,3 (30% de visión) y el campo visual igual o menor a 20°. La pérdida suele ser binocular, aunque queda resto visual útil.

Esta causada por determinadas patologías, en ocasiones asociadas a la edad, a traumatismos o enfermedades congénitas.

Ceguera real alude a las personas que carecen totalmente de visión, o bien que tienen percepción de luz, aunque sin proyección. Se entiende por proyección la conciencia individual del desplazamiento del estímulo hacia la periferia del campo visual (Lou, 2011).

Es la pérdida total de la capacidad para ver, así como debilidad visual en uno o ambos ojos. También se utiliza con frecuencia deficiencia visual o discapacidad visual, muchas veces de forma indiscriminada. Cualquiera de estos términos podría ser válido, siempre que se tenga presente la diferencia entre deficiencia, con su referencia al órgano afectado, y la discapacidad especial, que alude a la funcionalidad.

Se refiere a personas que presentan ceguera y baja visión. En ambas situaciones estaríamos hablando de personas con un alto grado de pérdida de visión, que causa dificultad en la movilidad y la orientación.

2.5.2. Problemáticas afectivas asociadas a la discapacidad visual.

Un área de estudio a la que se ha concedido valor en el caso de niños y jóvenes con discapacidad visual, por sus repercusiones en el ámbito personal, educativo y social es el referido autoconcepto.

Smith, Nolen (como se citó en Lou, 2011) señala que el autoconcepto juega un papel clave en la vida personal, educativa, y social de los individuos, porque favorece el sentido de la propia identidad; constituye un marco de referencia desde el que interpretar la realidad externa y las propias experiencias; influye en el rendimiento educativo, social y laboral; actúa como motivador y guía de la conducta; condiciona las expectativas, y contribuyen a la salud y al equilibrio psíquicos.

Pons (2011) menciona que se puede afirmar que para los niños y jóvenes en edad escolar, la escuela y la familia son dos contextos ambientales importantes para su adaptación y la formación del autoconcepto, en lo referente a los sentimientos de satisfacción y confianza con la familia, con el grupo de iguales y con respecto al logro académico.

No obstante, hay determinadas circunstancias, como la presencia de una discapacidad visual, que puede influir negativamente en la formación y desarrollo del autoconcepto en niños y en jóvenes. La adolescencia es la etapa en la que se perfila y define el mismo, pero los cambios que se producen en estos años pueden afectar al desarrollo del autoconcepto de cualquier joven, más cuando se presenta una grave discapacidad visual. Así mismo no se puede olvidar que el autoconcepto se halla vinculado a la motivación para realizar una tarea y el rendimiento académico (Martínez, 2004), el cual puede resentirse considerablemente sobre todo cuando, en el contacto permanente con otros de su misma edad, familia o profesionales de la educación, se manifieste una actitud negativa hacia su discapacidad visual.

La falta de estimulación al niño, niña o adolescente con discapacidad visual puede ser exacerbada si este además es privado de la educación formal, hecho que no solo limita su desarrollo intelectual, sino que limita también el desarrollo de habilidades de socialización, impidiendo una integración adecuada en su grupo etario y en la sociedad en general. Por lo que los padres tienen la tarea no solamente de estimular a su hijo en edad preescolar, sino la de promover la asistencia a la escuela y estimular las expectativas de escolarización de su hijo.

2.5.3. Problemáticas emocionales en la discapacidad visual.

Muchos jóvenes que padecen dificultades visuales graves, suelen manifestar diversos problemas conductuales como consecuencia de ello, o bien mostrar características personales que se pueden resumir en una mayor dependencia de los demás, falta de iniciativa, menos sociabilidad entre otras.

La adolescencia se puede definir como la etapa del desarrollo que separa la infancia de la edad adulta y en la que se producen grandes cambios, tanto físicos, psicológicos y sociales. Durante este periodo es importante que los jóvenes acepten su físico, establezcan nuevas relaciones con personas de su edad y obtengan una independencia emocional con respecto a la familia. (López Justicia y Pichardo, 2001).

A medida que los jóvenes se hacen mayores va aumentando su independencia familiar, comienza su adaptación a la sociedad; sin embargo en los jóvenes con cualquier tipo de discapacidad, el desarrollo de estas actividades junto al grupo de iguales puede presentar dificultades sobre todo en lo que se refiere al grado de autonomía en el funcionamiento personal y social. Este valorado, mediante la eficiencia de diferentes tareas que diariamente se llevan a cabo, aspectos en los que suelen fallar estos jóvenes, pues en la realización de estas actividades de la vida diaria y especialmente en la orientación y movilidad, las personas con discapacidad visual pueden tener serias dificultades, lo cual puede incidir negativamente en su bienestar social y personal (Fernández, 2011).

2.5.4. Discapacidad visual y educación.

Las consecuencias de la discapacidad visual pueden reflejarse en la educación, en la movilidad, etc. Ello supone que la intervención educativa no puede permanecer al margen de estas necesidades, convirtiéndose en objetivo general la consecución de la total integración, autonomía e independencia en todos los ámbitos: familiar, escolar, social y laboral (López Justicia, 2004).

Un ámbito que no se debe descuidar en la atención educativa con los niños y jóvenes es la rehabilitación visual, por que influye en su calidad de vida, independientemente de la edad. Esta intervención trata de potenciar el desarrollo perceptivo visual, por la conexión entre las habilidades perceptivas y las actividades educativas , sociales y de la vida cotidiana, conexión que esta

fuera de toda duda, puesto que la percepción visual interviene en la lectura y escritura, en el propio desplazamiento por el espacio, en la conducción de vehículos, en situaciones en las que es preciso determinar la distancia y la velocidad de los objetos, o cuando hay que diferenciar objetos situados en las distintas orientaciones. No es sorprendente, por ello, que las personas con déficit en la percepción visual presenten dificultades no solo en estas áreas, sino en otras de la vida diaria como la preparación de comidas, o alimentación, vestido y actividades recreativas, incluso se ha señalado que estas personas caminan más lentamente y tienen más choques con los obstáculos (LLanova, 2012).

2.5.5. Familia y discapacidad visual.

La forma de enfrentarse a la discapacidad visual varía de unas familias a otras y parece estar más relacionada con la respuesta de estas ante situaciones de gran tensión emocional y preocupación, aunque es frecuente que muchos padres y madres, incluso familiares cercanos, tiendan a manifestar cierta sobreprotección hacia estos niños o jóvenes, generalmente debido a la creencia de que la visión es el principal sentido, el que proporciona mayor información del entorno. Por ello, si se encuentra alterado, los padres tienden a evitarles determinados contactos al considerarlos perjudiciales, quizá porque no están seguros de que puedan realizar algunas acciones a consecuencia de su discapacidad. Sin embargo, estas restricciones merman sus posibilidades de aprender, pudiendo generar en los jóvenes sentimientos de inferioridad para enfrentarse a situaciones cotidianas. Es conocido que un estilo de familia con estilo democrático, en el que predomine un buen nivel de comunicación y afecto en la realización entre sus integrantes, y en la que los padres ejerzan un control flexible sobre sus hijos o hijas, favorece mayores niveles de autoestima, así como una mejor adaptación personal y éxito escolar (López Justicia, 2004).

2.5.6. Tratamiento de las alteraciones visuales.

El tratamiento de las alteraciones visuales es específico para la anomalía identificada. Los desequilibrios musculares pueden corregirse con anteojos,

parche o cirugía, según el daño específico detectado. Los errores refractivos pueden corregirse con anteojos, lentes de contacto o cirugía. La queratomileusis in situ asistida con láser es un procedimiento quirúrgico que se utiliza para corregir la miopía, hipermetropía y astigmatismo y generalmente las anomalías ameritan tratamiento farmacológico o quirúrgico según sea el caso (Braun, 2012).

2.6. Personas con discapacidad auditiva

Castejón (como se citó en Ortiz, 2011) menciona que una persona con deficiencia auditiva es aquella que, a causa de una privación total o parcial de la audición, tiene problemas para la comunicación, necesitando una intervención especializada de tipo médico y educativo, siendo más severa en función del momento de inicio, el grado de la pérdida y la causa de la misma.

2.6.1. Manifestaciones y evaluación de las alteraciones auditivas.

Los cambios notables en la capacidad auditiva son una causa frecuente por las que las personas buscan una evaluación auditiva. La dificultad para escuchar cuando se está en una reunión, la dificultad para oír sonidos contrarios o la dificultad para escuchar tonos específicos denotan la posibilidad de pérdida auditiva. La detección auditiva es una medida habitual en grupos específicos, como recién nacidos o individuos que trabajan en áreas que elevan el riesgo de pérdida auditiva. La evaluación debe incluir un examen minucioso de todos los componentes estructurales y funcionales del oído (Braun, 2012).

Las deformidades y lesiones de la oreja y el conducto auditivo externo podrían seguir un trastorno agudo, crónico o congénito como causa de la alteración. La audiometría ayuda a determinar la naturaleza específica de la pérdida auditiva. La agudeza auditiva es la valoración básica de la audición y proporciona una perspectiva general de la sensibilidad auditiva, cuando hay evidencia de pérdida auditiva, se efectúan pruebas adicionales. Los procedimientos de detección se realizan para identificar el tipo de pérdida

(unilateral o bilateral, sensorineural o conductiva) y cuantificar el grado de daño (Braun, 2012).

2.6.2. Grado de pérdida auditiva.

DEFICIENCIA LEVE: Requieren una prótesis adecuada e intervención logopedia durante un tiempo, pueden seguir su escolaridad con total normalidad.

DEFICIENCIA MEDIA: requiere prótesis adecuada, si su pérdida es superior a 60 dB. Se presentan las dislalias y fallos morfosintácticos, por lo que la estimulación auditiva y el apoyo logopédico son indispensables.

DEFICIENCIA SEVERA: MEC (como se citó en Fernández, 1994) las personas, perciben algunas palabras amplificadas, por lo que la adquisición del lenguaje oral no se realiza de forma espontánea. Es imprescindible la intervención logopédica para poder propiciar un habla inteligible y desarrollar un lenguaje estructurado y rico en vocabulario.

DEFICIENCIA PROFUNDA: las personas no pueden percibir el habla a través de la audición, por lo que se necesitan códigos viso-gestuales para acceder a la información. Como posible solución, se baraja el implante coclear en muchos casos.

2.6.3. Estructura orgánica del oído afectada.

La deficiencia auditiva se clasifica en conducción o transmisión, neurosensorial o perceptiva, mixta y central.

LA HIPOACUSIA DE CONDUCCIÓN O TRANSMISIÓN

Se produce cuando hay alteraciones en las estructuras del oído externo y medio. Podemos encontrar malformación del pabellón auditivo, obstrucción en

el conducto auditivo externo. Estas afecciones afectan a la cantidad de sonido que percibe el sujeto. Pero no a su calidad, pudiendo distinguir los armónicos y los sonidos graves y agudos, altamente importantes para la distinción de los fonemas en la lengua oral.

EN LA SORDERA NEUROSENSORIAL RETROCOCLEAR

Gavilán (como se citó en Ortiz, 2011) indica que la facilidad verbal es desproporcionadamente mala en relación con los umbrales de la audición para tonos puros, y se acompaña de la adaptación auditiva, consistente en una disminución de la sensación de sonoridad que se produce cuando el oído se estimula con un sonido continuo.

La hipoacusia o deficiencia auditiva mixta ocurre cuando la sordera tiene componentes tanto de conducción como de percepción; por tanto, el sujeto que la padece puede tener dificultades tanto con la cantidad de sonido como la distorsión del mismo.

LA SORDERA CENTRAL

Aparece cuando la lesión está a nivel del nervio auditivo o, lo que es más complicado, a nivel del sistema nervioso central; así, el oído puede estar funcionando correctamente, mandando información al cerebro que éste no puede codificar. Este tipo de sordera se considera irrecuperable.

2.6.4. Desarrollo de la persona con deficiencia auditiva.

El desarrollo integral de una persona con sordera va estar influida por variables tales como el propio grado de la deficiencia, la edad de la aparición, el nivel intelectual, la implicación familiar, la escolarización etc.

Como señalan Torres y Santana (2001) La deficiencia auditiva produce restricciones en el desarrollo del lenguaje oral, reducción de las experiencias

sociales que limitan la educación y la adquisición de conocimientos y, por último, desigualdad de oportunidades para competir en el campo laboral.

2.6.5. Desarrollo socioafectivo.

Este tipo de desarrollo, así como el comunicativo, van a ser muy diferentes, dependiendo si los padres de la persona sorda, en cuestión son sordos o no. Si son sordos, como el hijo o la hija, tanto un desarrollo como el otro se van a ver muy favorecidos. En cambio, si los padres son oyentes nos vamos a encontrar que los procesos interactivos de comunicación entre padres e hijos son más pobres y que su contenido se va a ver sustancialmente reducido a causa de la falta de dominio de un código común. Esto redundará en la falta de explicación suficiente sobre el funcionamiento y las normas sociales, así como de los valores que los sustentan (Garcia, 2008).

2.6.6. Tratamiento de las alteraciones auditivas.

Las alteraciones auditivas pueden corregirse con el uso de auxiliares auditivos o dispositivos de asistencia auditiva para amplificar el sonido. Cuando estos dispositivos producen poca mejoría auditiva, puede considerarse un implante coclear. Los implantes cocleares son dispositivos que se colocan mediante técnicas quirúrgicas detrás del oído. Los electrodos implantados en la cóclea emplean estimulación eléctrica de las terminaciones nerviosas para transmitir los sonidos del nervio auditivo sin transitar por las estructuras del oído externo y medio (Braun, 2012).

Las deficiencias auditivas en los niños pequeños se relacionan con desarrollo alterado del lenguaje y la función cognitiva. La detección temprana de la pérdida auditiva brinda la oportunidad de tratar el problema a edades más tempranas en un esfuerzo para fomentar el desarrollo cognitivo y del lenguaje. El uso de implantes cocleares a edades más jóvenes tiene la capacidad de estimular el desarrollo cognitivo (Braun, 2012).

2.7. Personas con discapacidades físicas

La discapacidad motora comprende diversas anomalías físicas, con unas características y formas de manifestación muy diferente. Así se han identificado distintos trastornos relacionados con la discapacidad motriz como la parálisis cerebral y traumatismos craneoencefálicos.

2.7.1. Parálisis cerebral.

La parálisis cerebral es un trastorno permanente, que aparece en la primera infancia, es la causa más frecuente de discapacidad motora en la infancia.

Bax et al (como se citó en Fernández, 2011) menciona que considerada como el principal motivo de discapacidad física grave, se la describe a la parálisis cerebral como un grupo de trastornos del desarrollo del movimiento y de la postura, que causan limitación en la actividad y son atribuidos a alteraciones no progresivas que ocurren con el cerebro en desarrollo del feto o del niño pequeño; el trastorno motor se acompaña con frecuencia de alteraciones de la sensibilidad, cognición, comunicación, percepción, comportamiento y/o crisis epilépticas.

Para poder hablar de Parálisis Cerebral, la lesión tiene que ocurrir en el periodo comprendido entre los primeros días de gestación y los 3 o 5 años de vida. El término parálisis hace referencia a una debilidad o problema en la utilización de los músculos, que se manifiesta con alteraciones en el control del movimiento, en el tono muscular y en la postura. Sin embargo, el término cerebral quiere resaltar la causa de la Parálisis Cerebral radica en una lesión (herida y posterior cicatriz) en áreas motoras del cerebro que controlan el movimiento y la postura.

Entre las dificultades a nivel motor que pueden derivarse de la Parálisis cerebral encontramos: Alteraciones en el control de la postura, en la realización de movimientos voluntarios y en el equilibrio; Dificultad en el control postural y

en el movimiento en actividades que impliquen motricidad fina; problemas para lograr la relajación muscular; Alteraciones en la respiración (Fernández, 2011).

2.7.2. Clasificación.

Se clasifica por la localización de la lesión cerebral, la topografía y según el grado.

2.7.3. Criterio clínico.

Según la localización de la lesión cerebral y en función del tipo de trastorno motor dominante, diferenciamos cuatro tipos de parálisis cerebral.

PARÁLISIS ESPÁSTICA: como consecuencia de una lesión en la corteza cerebral. Es la forma de parálisis más frecuente 70%. Se caracteriza por la hipertonía, es decir por un aumento de tono muscular. Las personas hacen gran esfuerzo para efectuar cualquier movimiento, estos son lentos y explosivos, al igual que su lenguaje.

PARÁLISIS ATETOIDE: la persona presenta movimientos involuntarios y lentos que se agravan por la fatiga y estados emocionales negativos como la ansiedad. Suele haber más afectación de las extremidades superiores pudiendo estar implicados dedos, muñeca, cabeza y tronco; además encontramos problemas de audición y dificultades en el lenguaje relacionado con el control de la musculatura de la lengua, la laringe y la respiración.

PARÁLISIS ATÀXICA Debido a una lesión en el cerebelo, se observan dificultades para el control del equilibrio, la cabeza y el tronco, además de una evidente inestabilidad en la marcha. Se presentan también con este tipo de parálisis temblores y una deficiente coordinación visomanual.

2.7.4. Según la topografía

Se refiere a la extensión de la afectación del movimiento o parte del cuerpo implicada, distinguiéndose entre.

MONOPLEJIA. Parálisis de una extremidad (brazo o pierna).

HEMIPLEJIA. Afectación de la mitad lateral del cuerpo (brazo y pierna del mismo lado).

PARAPLEJIA. Parálisis de las piernas.

TETRAPLEJIA. Alteración motora de los miembros superiores e inferiores.

DIPLEJIA. Parálisis de las cuatro extremidades, con más afectación de las inferiores.

2.7.5. SEGÙN EL GRADO

NIVEL 1: Anda por casa, por el colegio y por la comunidad; es capaz de subir y bajar rampas sin ayuda y escalera sin utilizar pasamano; corre o salta , pero la velocidad, el equilibrio y la coordinación están limitadas; puede participar en deportes y actividades físicas, en función de sus opciones personales y de los factores ambientales.

NIVEL 2: Pueden andar en la mayoría de los contextos; en el colegio o en el trabajo pueden andar utilizando un dispositivo de apoyo manual para tener seguridad. En el entorno comunitario pueden utilizar una silla para desplazarse distancias largas. Sus limitaciones de movilidad pueden requerir adaptaciones para poder participar en actividades físicas y deportivas.

NIVEL 3: Puede andar utilizando un dispositivo de apoyo manual. Cuando está sentado puede necesitar un cinturón para alinear la pelvis y tener equilibrio. En el exterior, en la comunidad, debe ser transportado en silla de ruedas o gracias a dispositivos autopropulsados.

NIVEL 4. Utilizan una silla para desplazarse en la mayoría de los contextos. Pueden precisar un asiento adaptado para mejorar el control del tronco y la pelvis. Se necesita la ayuda física de 1 o 2 personas para las transferencias. Pueden opera una silla autopropulsada. Si no disponen de ella se les transporta en una silla manual.

NIVEL 5. Se les transporta en una silla manual en todos los contextos, están limitados en sus posibilidades de mantener la cabeza, el tronco y las extremidades contra la gravedad. Requieren tecnología de apoyo para mejorar la alineación de la cabeza. Se precisa la asistencia de 1 o 2 personas o un elevador para las transferencias (Palisano y Livingstone, 2008)

Olivares (como se citó en Fernández, 2011) menciona que además de las alteraciones motoras, las personas con parálisis cerebral presentan otros trastornos y complicaciones asociadas entre las más frecuentes encontramos.

Retraso intelectual, alteraciones sensoriales, crisis epilépticas, déficits de atención, problemas emocionales, alteraciones del lenguaje y del habla, problemas en el rendimiento escolar.

2.7.6. Tratamiento de la parálisis cerebral

No hay curación para la parálisis cerebral. Las personas se tratan según los signos y síntomas que presenten. A veces se requieren fármacos para controlar las convulsiones y los espasmos musculares. La movilidad puede mejorarse con el uso de abrazaderas especiales y auxiliares mecánicos. La terapia física, ocupacional, emocional y el lenguaje permite alcanzar el máximo funcionamiento e independencia (Braun, 2012).

2.7.7. Traumatismos craneocefálicos.

Es un golpe en la cabeza o a una lesión penetrante en la cabeza que altera la función del cerebro. El traumatismo craneoencefálico es una causa importante de morbi-mortalidad entre la población infantil y juvenil y una causa frecuente de discapacidad adquirida entre esta población (Febrer, 2002).

Entre las alteraciones neurológicas derivadas de un traumatismo craneoencefálico encontramos espasticidad, ataxia, temblor. Pueden observarse igualmente alteraciones del lenguaje, déficit de atención, memoria y concentración y trastornos del comportamiento. El pronóstico depende del tipo de lesión.

Un 50% de los traumatismos cerebrales son causados por accidentes relacionados con automóviles, motocicletas, bicicletas y peatones. En menor medida otras posibles causas de traumatismo craneoencefálico en la adolescencia serían las lesiones deportivas, agresiones y caídas. En varios países, resulta preocupante que los traumatismos craneoencefálicos sean más frecuentes a consecuencia de la asociación de alcohol y 7º abuso de sustancias y accidentes de tráfico.

Febre (como se citó en Fernández, 2011) menciona que los trastornos neuropsicológicos asociados al traumatismo craneoencefálico infantil y juvenil pueden llegar a ser muy discapacidades y duraderos, teniendo además una repercusión variable según la edad.

Entre las principales complicaciones relacionadas con el traumatismo craneoencefálico estarían. Ausencia o falta de control del movimiento; alteraciones de lenguaje, en forma de déficit de expresión y de ejecución en la respuesta verbal; déficit de atención, memoria y concentración; trastornos del comportamiento como apatía, falta de iniciativa, labilidad emocional depresión y agresividad; deficiente procesamiento de la información, que va a repercutir en el rendimiento escolar.

En general, en el traumatismo craneoencefálico hay una buena recuperación motora, pero suelen persistir los déficits neuropsicológicos. Las importantes consecuencias que a nivel personal, familiar y escolar tienen estas lesiones hacen necesaria la intervención, con objeto de mejorar la integración social del adolescente.

2.7.8. Tratamiento de las lesiones traumática cerebral.

Los accidentes automovilísticos, caídas, accidentes deportivos y el síndrome del lactante sacudido son situaciones que pueden ocasionar lesión cerebral traumática. Los grupos de personas con el mayor riesgo de lesión cerebral por traumatismo encefálico son los niños desde el nacimiento a los 4 años,

varones de 15 a 19 años y los ancianos. El traumatismo cefálico que causa lesión cerebral puede inducir cambios en las capacidades físicas, intelectuales, emocionales o sociales (Braun, 2012). El tratamiento se enfoca en la lesión y diagnóstico específicos. A veces es necesaria la intervención quirúrgica para evacuar un hematoma o extraer fragmentos extraños del tejido cerebral. La atención de apoyo incluye determinación de la magnitud y progresión del daño neurológico, control del dolor, uso de fármacos anticonvulsivos para prevenir las convulsiones, apoyo respiratorio y antibióticos para prevenir y tratar la infección (Braun, 2012).

Dado que las lesiones o daños cerebrales es un trastorno que puede durar toda la vida y que no se puede corregir en algunos casos, el tratamiento se centra en prevenir o minimizar las deformidades y en maximizar las capacidades del niño en su casa y en la comunidad. Un niño recibe el mejor tratamiento si lo aborda un equipo interdisciplinario. La mayoría de los casos tienen posibilidades de rehabilitación teniendo en cuenta la magnitud del daño cerebral, la edad del niño, el grado de retraso mental. El aspecto motor puede ser modificado de manera favorable si el tratamiento comienza en edades tempranas evitando retrasar aún más la adquisición y el aprendizaje de determinadas conductas motrices.

e. MATERIALES Y MÉTODOS

1. Materiales utilizados

En la planificación y ejecución de la investigación, utilicé varios materiales entre ellos principalmente los materiales de escritorio y recursos tecnológicos que me permitieron procesar la información obtenida, también debo indicar entre estos materiales los recursos bibliográficos que sirvieron para conceptualizar mi problemática y definir la doctrina que en mi tesis se cita.

Todos los materiales utilizados fueron muy importantes en el desarrollo de mi trabajo investigativo, la tesis de grado.

2. Métodos

La presente investigación es descriptiva. Se utilizaron los siguientes métodos: el método científico que inició con la observación de la realidad, la descripción del objeto de estudio, la generación de ideas, definición del tipo de investigación y formulación de las variables de estudio que fue explicado mediante el sustento de la revisión de la literatura; el método inductivo deductivo permitió la clarificación de los resultados, el planteamiento y análisis de las conclusiones y recomendaciones; el método analítico sirvió para realizar un trabajo minucioso de cada parte estructural de la investigación sobre todo de la información teórica logrando una mayor comprensión del tema, el análisis y contrastación de los resultados de la investigación; el método sintético sirvió para realizar el resumen de los aspectos más importante de la investigación, por último se utilizó el método estadístico descriptivo para concretar los resultados en las tablas y gráficos.

Como técnica para la recopilación de la información se utilizó la encuesta estructurada de 13 ítems (anexo 1 del proyecto) que contienen aspectos que describieron la población investigada y sobre las variables del tema. Esta fue aplicada uno a uno preguntándoles y la responsable recogiendo los datos o informaciones dados por cada uno de los investigados. También se aplicó el

cuestionario de estilos educativos adaptados para progenitores EMBU- P (anexo 2 del proyecto) esta escala se utilizó para determinar las prácticas educativas parentales; el instrumento contiene 81 ítems y cinco grados de frecuencia (5 siempre, 4 muchas veces 3 algunas veces, 2 pocas veces 1 nunca). Con lo que se puede contrastar la percepción de los hijos y de los padres acerca de los estilos de crianza parental:

Para determinar el estilo parental **con autoridad** el instrumento mide (Comprensión y apoyo, ítems 2, 13, 21, 22, 32, 33*, 39, 40, 41, 43, 47, 48, 54, 67, 74, 78 y 81; Presión hacia el logro ítems 7, 9, 14, 25, 31, 35, 38, 42, y 60).

Estilo parental autoritario se considera la (Sobreprotección ítems 1, 3, 12, 18, 20, 46, 69*, 70 y 73; castigo ítems 6, 19, 23, 28, 59, 63, 64, 65, 68, 71, 76).

Estilo permisivo negligente (rechazo ítems 16, 17, 29, 61, 79*, reprobación ítems 24, 37, 44, 49, 57 y 66). y los ítems marcados con * se interpretan de manera inversa.

Para realizar el estudio de campo se solicitó autorización al Director de la institución, y la colaboración de los padres de familia, niños y jóvenes mediante una carta de consentimiento para participar en la investigación, con el compromiso de devolver los resultados en un acto de socialización de los mismos. La población o universo de estudio fue de 200 familias de esta población se consideró como muestra a 100 adolescentes y padres de familia.

f. RESULTADOS

ENCUESTA APLICADA A LOS PADRES DE FAMILIA DE LOS ADOLESCENTES CON DISCAPACIDADES DEL CANTON ESPÍNDOLA.

1. Edad y sexo de la población investigada

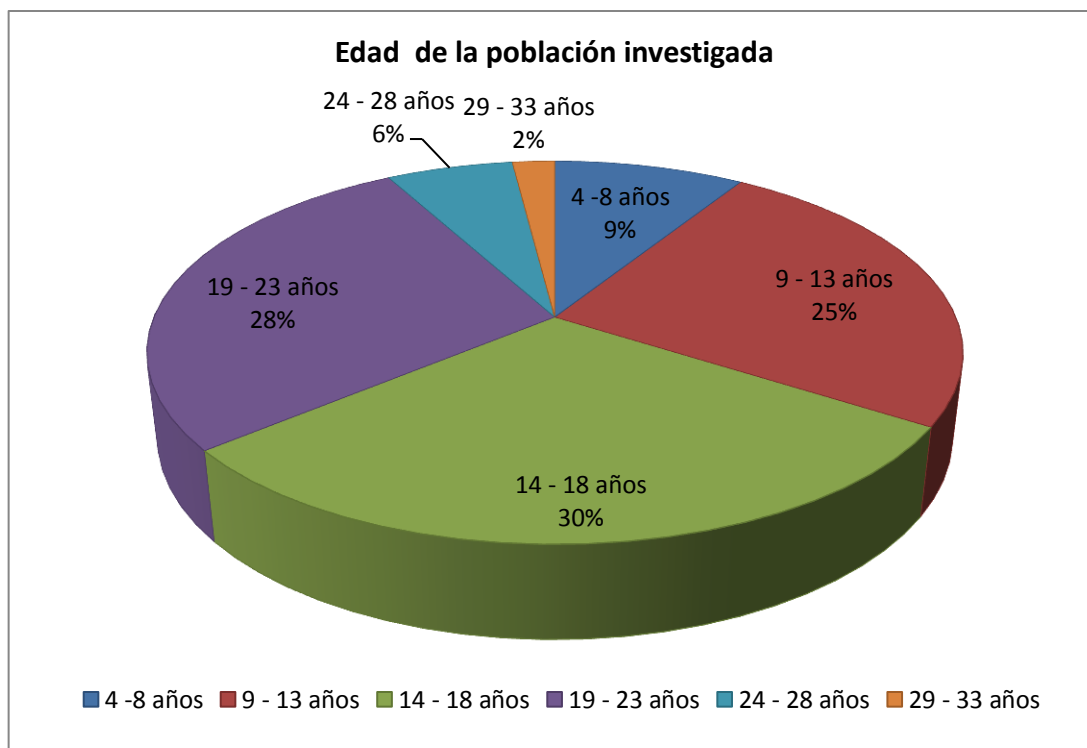
Tabla 1

EDAD DE LOS INVESTIGADOS	Sexo					
	Hombres		Mujeres		Total	
	f	%	F	%	f	%
4 -8 años	7	7%	2	2 %	9	9 %
9 - 13 años	13	13%	12	12 %	25	25 %
14 - 18 años	22	22%	8	8 %	30	30 %
19 - 23 años	14	14 %	14	14 %	28	28 %
24 - 28 años	4	4 %	2	2 %	6	6 %
29 - 33 años	2	2 %	0	0 %	2	2 %
Total	62	62 %	38	38%	100	100 %

Fuente: Encuesta aplicada a los padres de familia de los adolescentes con discapacidad visual, auditiva y motora del patronato de amparo social municipal del cantón Espíndola de la provincia de Loja, 2014.

Autora: Irma Janeth Camisan Camisan.

Gráfica 1



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

Del total de la muestra encuestada el 62% son hombres de los cuales el 22% se encuentra entre la edad de 14 a 18 años y únicamente el 2% se enmarcan en la edad de 29 a 33 años. Mientras que las mujeres que representan el 38% del universo analizado se puede observar que están comprendidas en la edad de 19 a 23 años correspondiendo al 14%.

ONU (como se citó en Lou, 2011) menciona que la discapacidad es el resultado de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás.

Discapacidad es un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales.

En la encuesta aplicada se puede determinar que la mayoría de personas con discapacidad son de género masculino.

2. TIPO DE DISCAPACIDAD DE NIÑOS Y ADOLESCENTES

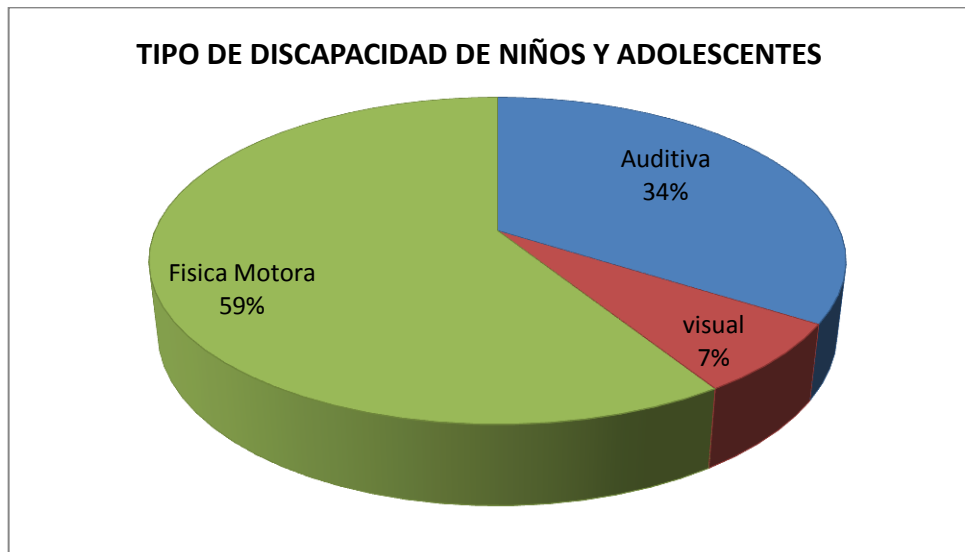
Tabla 2

TIPO DISCAPACIDAD DE LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES	f	%
Auditiva	34	34 %
Visual	7	7 %
Física Motora	59	59 %
Total	100	100 %

Fuente: Encuesta aplicada a los padres de familia de los adolescentes con discapacidad visual, auditiva y motora del patronato de amparo social municipal del cantón Espindola de la provincia de Loja, 2014.

Autora: Irma Janeth Camisan Camisan

Grafica 2



ANALISIS E INTERPRETACIÓN:

En el cuadro 2 se observa que, de la población investigada el 34% tiene discapacidad Auditiva, el 7% discapacidad visual y el 59% tiene discapacidad Física Motora.

Las personas con discapacidad intelectual, física, visual, auditiva ejercen autonomía en diversos ámbitos: personal, social, sexual y económico. La autonomía empoderada se da cuando se le enseña a la persona las habilidades necesarias y luego se le permite actuar con base en sus propios intereses. (Braun 2012)

Al hablar de discapacidad significa que es una persona que tiene innegable limitación para realizar ciertas actividades cotidianas debido a la alteración de sus funciones ya sean: físicas, auditivas, visuales o intelectuales; sin embargo estas discapacidades no deben ser un impedimento para que la persona se limite a realizar sus actividades.

Las discapacidades son discapacidad Auditiva, discapacidad visual y discapacidad Física Motora, discapacidades que les impiden realizar sus actividades diarias con normalidad.

3. ORIGEN DE LA DISCAPACIDAD.

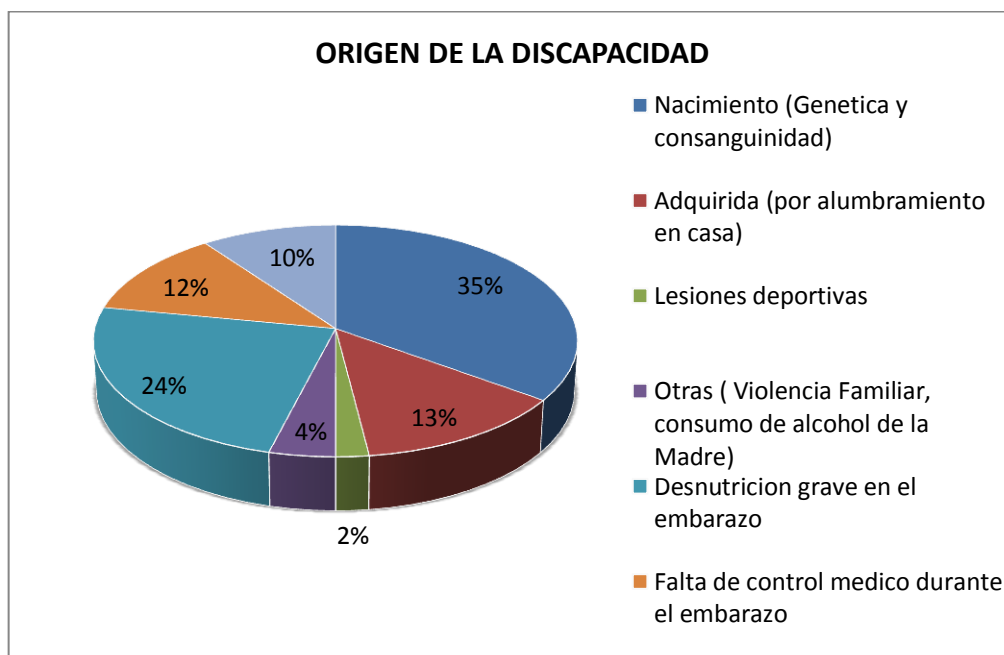
Tabla 3

ORIGEN DE LA DISCAPACIDAD	f	%
Nacimiento (Genética y consanguinidad)	35	35 %
Adquirida (por alumbramiento en casa)	13	13.%
Lesiones deportivas	2	2 %
Otras (Violencia Familiar, consumo de alcohol de la Madre)	4	4 %
Desnutrición grave en el embarazo	24	24 %
Falta de control médico durante el embarazo	12	12 %
Edad de la Madre y múltipara (más de 10 embarazos)	10	10 %
Total	100	100 %

Fuente: fichas médicas y encuesta aplicada a los padres de familia de los adolescentes con discapacidad visual, auditiva y motora del patronato de amparo social municipal del cantón Espindola de la provincia de Loja, 2014.

Autora: Irma Janeth Camisan Camisan

Gráfica 3



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

En el cuadro 3 se puede observar que el 35% de los investigados tienen el origen de su discapacidad en el nacimiento, el 24% corresponde a la desnutrición grave en el embarazo; el 13% es adquirido el 12% por falta de atención médica, el 10% se da por la edad de la Madre, por concepción precoz o demasiado tardía.

Las causas biológicas comprenden las relacionadas con factores genéticos, con el metabolismo, con factores biológicos de la pareja como el factor Rh y factores maternos que determinan condiciones de riesgo de la mujer en gestación (Prenatal, 2013)

En algunos casos se desconoce el origen de las discapacidades, pero la mayoría se deben a múltiples factores como: problemas genéticos los cuales se pueden dar cuando alguno de las células sexuales al fusionarse para dar origen a una nueva vida, presentan algún problema en sus cromosomas, problemas congénitos, surgidos durante el embarazo, por accidentes o enfermedades de la madre o por medicamentos o drogas consumidas principalmente por la madre, mala alimentación; complicaciones durante el parto o por un parto mal atendido. Por el uso y consumo de algunas drogas que afectan el sistema nervioso central, por daños orgánicos en alguno de los órganos de los sentidos, principalmente en los ojos o los oídos.

En los resultados que se ha obtenido ha sido que el origen de la discapacidad se presenta al momento de nacer, por problemas genéticos y de consanguinidad, ya que en algunos casos se da la relación entre familiares cercanos, o en algunos casos de relaciones productos de violaciones sexuales.

4. RESPUESTA EMOCIONAL ANTE EL NACIMIENTO O PRESENCIA DE DISCAPACIDAD EN SU HIJO/A?

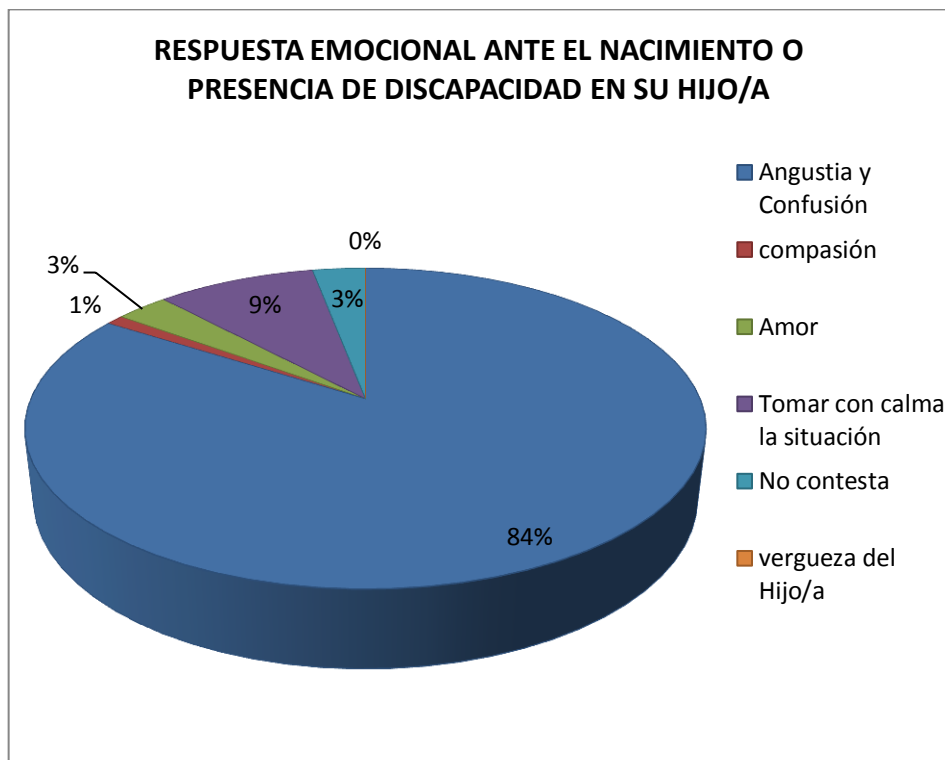
Tabla 4

RESPUESTA ANTE EL NACIMIENTO O PRESENCIA DE DISCAPACIDAD EN SU HIJO/A	f	%
Angustia y Confusión	84	84 %
Compasión	1	1 %
Amor	3	3 %
Tomar con calma la situación	9	9 %
No contesta	3	3 %
vergüenza del Hijo/a	0	0 %
total	100	100 %

Fuente: Encuesta aplicada a los padres de familia de los adolescentes con discapacidad visual, auditiva y motora del patronato de amparo social municipal del cantón Espindola de la provincia de Loja, 2014.

Autora: Irma Janeth Camisan Camisan

Gráfica 4



ANALISIS E INTERPRETACIÓN:

La respuesta emocional de los padres de familia ante la presencia de discapacidad en sus hijos fue en un 84% angustia y confusión, el 9% tomaron con calma el acontecimiento, el 3% sintió amor y el 3% no contestan.

En el caso del nacimiento de un niño, lo que se pierde es el hijo deseado, imaginario y tiene que dar lugar al advenimiento del niño real, aceptándolo tal cual es y dándole el lugar de hijo. El modo en que la familia resuelve este proceso, complejo por cierto, va a tener una influencia fundamental en el desarrollo del niño (Belotti, 2010).

La familia es la célula donde un grupo de personas se comprometen, relacionan, interactúan y aprenden a compartir sus vidas respetando su espacio y rol, por ello es importante observar la actitud de la familia, frente a la presencia de un miembro con algún tipo de discapacidad y ver su predisposición a reaccionar frente a l nacimiento de un niño con discapacidad.

En los padres encuestados la mayoría mencionó que sintieron angustia y confusión por cuanto el hecho se percibe como algo inesperado, extraño y raro, que rompe las expectativas sobre el hijo deseado.

5. ACTIVIDADES QUE REALIZA EL NIÑO/A Y ADOLESCENTE CON DISCAPACIDAD

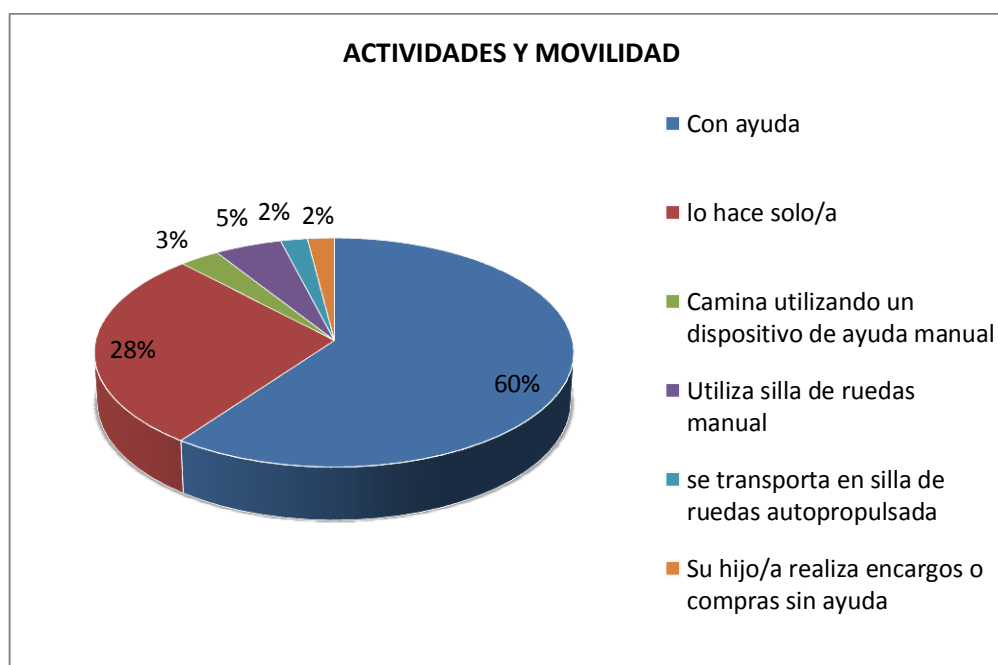
Tabla 5

ACTIVIDADES Y MOVILIDAD	F	%
Con ayuda	60	60 %
lo hace solo/a	28	28 %
Camina utilizando un dispositivo de ayuda manual	3	3 %
Utiliza silla de ruedas manual	5	5 %
se transporta en silla de ruedas autopropulsada	2	2 %
Su hijo/a realiza encargos o compras sin ayuda	2	2 %
Total	100	100 %

Fuente: Encuesta aplicada a los padres de familia de los adolescentes con discapacidad visual, auditiva y motora del patronato de amparo social municipal del cantón Espindola de la provincia de Loja, 2014.

Autora: Irma Janeth Camisan Camisan

Gráfica 5



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

En el cuadro 5 se puede observar que el 60% de personas con discapacidad realiza su movilidad y orientación con ayuda de los padres de familia, un 28% lo hace sin ayuda, el 5% usa silla de ruedas manual y el 3% dispositivos de ayuda manuales.

Las actividades de la vida diaria son aquellas tareas que las personas desarrollan habitualmente en su vida cotidiana. Por un lado, las actividades básicas de la vida diaria son habilidades básicas referentes al autocuidado personal. Incluyen actividades relacionadas con la higiene personal, comer, beber, vestirse, control de esfínteres y desplazarse (Sendra, 2012).

A medida que los niños se hacen más jóvenes y adultos va aumentando su independencia familiar, comienza su adaptación a la sociedad; sin embargo las personas con cualquier tipo de discapacidad, para el desarrollo de sus actividades puede presentar dificultades sobre todo en lo que se refiere al grado de autonomía en el funcionamiento personal y social.

A partir de los resultados obtenidos, encontramos que la mayor parte de actividades en los que están participando los niños es con ayuda de los familiares y en menor escala las realizan solos.

6. ALIMENTACIÓN DEL NIÑO /A Y/O ADOLESCENTE CON DISCAPACIDAD.

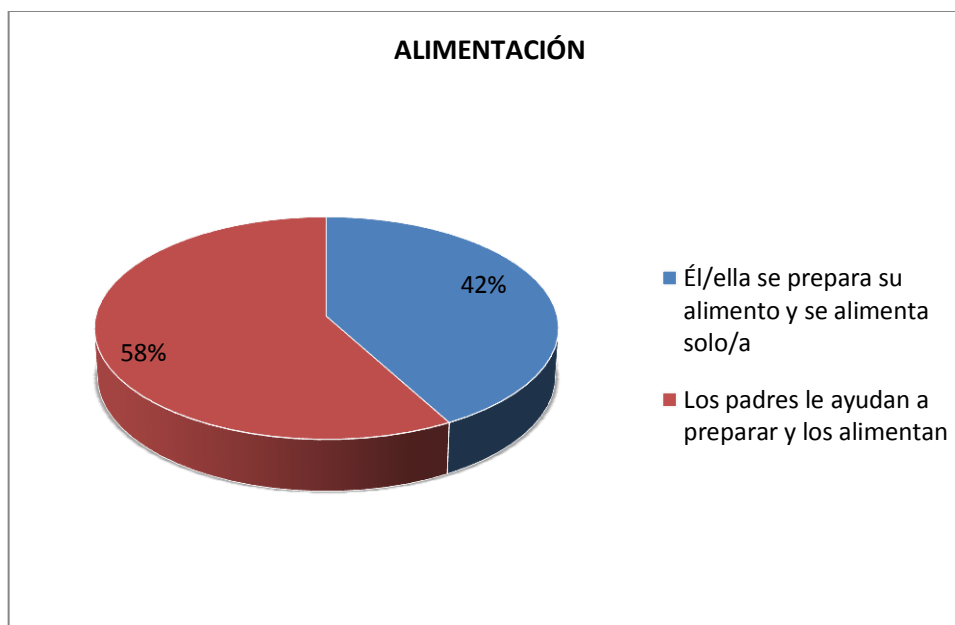
Tabla 6

ALIMENTACIÓN	F	%
Él/ella se prepara su alimento y se alimenta solo/a	42	42 %
Los padres le ayudan a preparar y los alimentan	58	58 %
Total	100	100 %

Fuente: Encuesta aplicada a los padres de familia de los adolescentes con discapacidad visual, auditiva y motora del patronato de amparo social municipal del cantón Espindola de la provincia de Loja, 2014.

Autora: Irma Janeth Camisan Camisan

Gráfica 6



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

En el gráfico 6 se puede observar que el 58% de padres de familia preparan el alimento y les ayudan a comer, mientras que el 42% de niños y adolescentes preparan solos y comen solos.

Por otro lado, las actividades individuales de la vida diaria incluyen tareas más complejas que requieren del usuario un grado mayor de capacidad funcional para poder desarrollarlas. Son actividades orientadas a la organización e interacción con el entorno, como, por ejemplo, uso del teléfono y otros medios de comunicación, cuidado de otros, uso del transporte, realización de labores domésticos, control de la economía y manejo de dinero, toma de medicación,

(Sendra 2012)

Las personas con discapacidad no pueden por si solas prepararse sus alimentos y tomado en cuenta que es de trascendental importancia para la vida diaria el alimentarse adecuadamente, la familia y en este caso los padres cumplen un roll fundamental al ayudar a preparar los alimentos para las personas con discapacidad.

7. FORMA DE VESTIRSE A Y/O ADOLESCENTE CON DISCAPACIDAD.

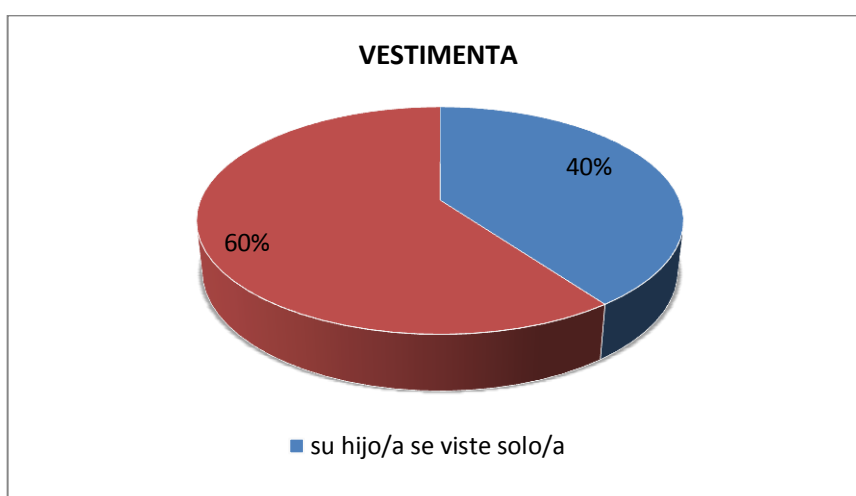
Tabla 7

VESTIMENTA	f	%
Su hijo/a se viste solo/a (calzarse, abotonarse, escoger su ropa)	40	40 %
Le ayuda a vestirse Ud.	60	60 %

Fuente: Encuesta aplicada a los padres de familia de los adolescentes con discapacidad visual, auditiva y motora del patronato de amparo social municipal del cantón Espindola de la provincia de Loja, 2014.

Autora: Irma Janeth Camisan Camisan

Gráfica 7



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

De los investigados el 60% de los niños y adolescentes con discapacidades se visten con ayuda de sus progenitores o abuelos, el 40% se visten solos pudiendo calzarse, abotonarse y escoger su ropa.

Los hábitos básicos de la autonomía personal incluyen aquellos comportamientos, principalmente domésticos, cuya adquisición resulta indispensable para que el niño realice un desarrollo social normal. Dichos hábitos le permitirán enfrentarse paulatinamente a las exigencias de su entorno, sin recurrir a la ayuda de los adultos, tomando sus propias decisiones y asumiendo su responsabilidad. Entre los hábitos básicos de la autonomía personal se incluyen: 1) alimentación: uso de cubiertos, comportamiento en la mesa y dieta; 2) vestido: calzarse, abotonarse y elección adecuada de ropa; 3)

sueño: inicio y mantenimiento del sueño nocturno, y establecimiento del ciclo del sueño- vigilia; 4) aseo e higiene: uso del baño, cepillarse los dientes e higiene corporal en general; 5) orden; recoger y ordenarla habitación, objetos y juguetes, y 6) habilidades sociales relacionadas con desplazamientos, compras o encargos (LLanova, 2012).

Siempre va a ser positivo todo lo que sea el tener una buena red social de apoyo (familiares, padres) tanto para el apoyo material como moral. Un buen orden y reparto en las actividades y relaciones en el seno de la familia, que ayude a clarificar los roles de cada uno de los participantes en el escenario del trabajo por la calidad de vida de las personas con discapacidad.

La mayoría de personas con discapacidad se visten con ayuda de sus progenitores y abuelos, evidenciando así lo fundamental que es el apoyo para realizar algunas actividades.

8. SUEÑO O VIGILIA DE SU HIJO/A

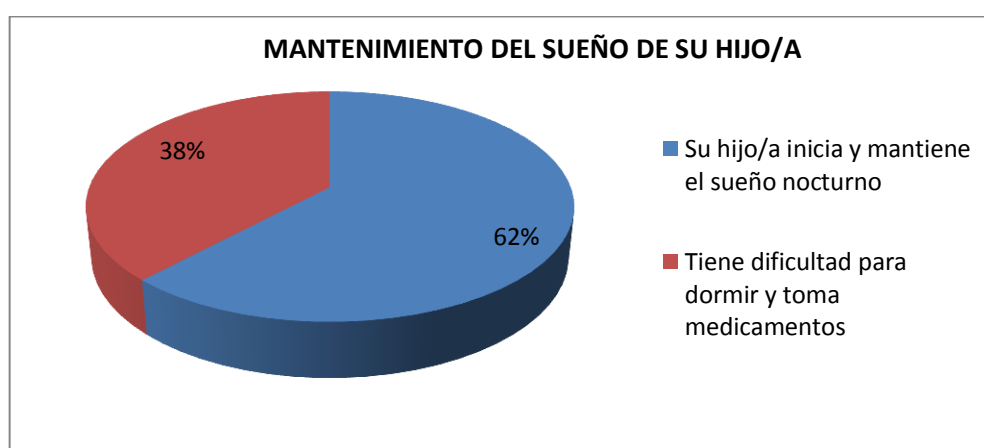
Tabla 8

MANTENIMIENTO DEL SUEÑO DE SU HIJO/A	f	%
Su hijo/a inicia y mantiene el sueño nocturno	62	62 %
Tiene dificultad para dormir y toma medicamentos	38	38 %
Total	100	100 %

Fuente: Encuesta aplicada a los padres de familia de los adolescentes con discapacidad visual, auditiva y motora del patronato de amparo social municipal del cantón Espindola de la provincia de Loja, 2014.

Autora: Irma Janeth Camisan Camisan

Gráfica 8



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El 62% de los investigados inicia y mantiene el sueño nocturno sin inconvenientes, mientras que el 38% tiene dificultades para dormir y toman medicamentos.

La depresión comparten muchas características: tristeza, llanto, pérdida de apetito, trastornos del sueño y pérdida de interés por el mundo exterior. Sin embargo, hay suficientes diferencias para considerarlos síndromes distintos. Las alteraciones del humor en la depresión son típicamente persistentes y no remiten y las fluctuaciones del humor, si las hay, son relativamente poco importantes. Flórez (2002)

Los principales trastornos del sueño en las personas con algún tipo de discapacidad puede ser el insomnio y la apnea del sueño, esto se puede producir por problemas para conciliar el sueño y permanecer dormido (insomnio); problemas para permanecer despierto (somnolencia diurna excesiva); problemas para mantener un horario regular de sueño (problema con el ritmo del sueño),

En las repuestas obtenidas se evidenció que la mayoría de personas con discapacidad no tienen problemas para conciliar el sueño en las noche, es decir y de acuerdo a lo expuesto por el autor antes mencionado las personas no poseen trastornos y alteraciones que les produzca insomnio.

9. HIGIENE PERSONAL

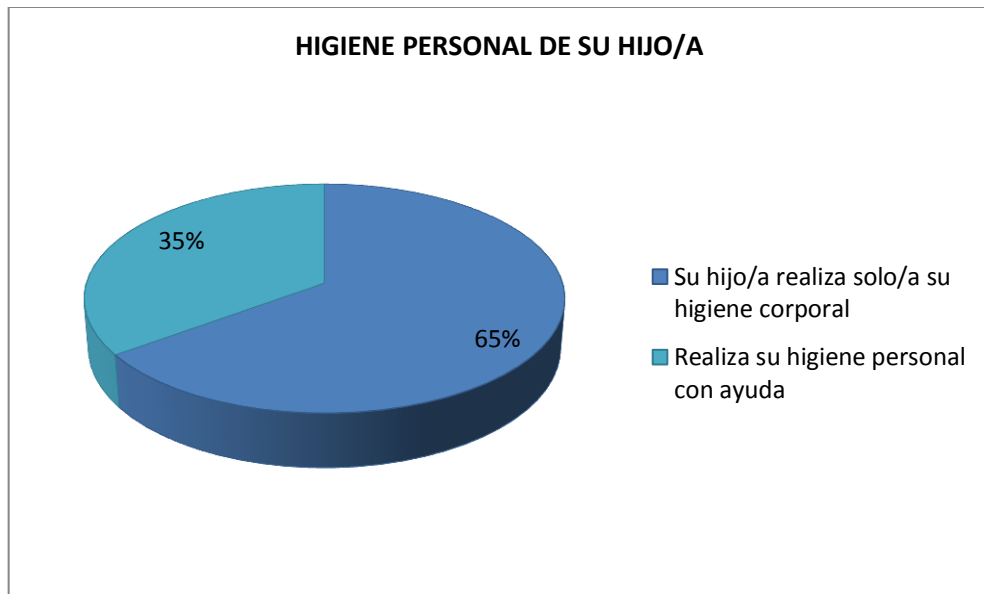
Tabla 9

HIGIENE PERSONAL DE SU HIJO/A	f	%
Su hijo/a realiza solo/a su higiene corporal	65	65 %
Realiza su higiene personal con ayuda (usa el baño, se cepilla los dientes)	35	35 %
Total	100	100 %

Fuente: Encuesta aplicada a los padres de familia de los adolescentes con discapacidad visual, auditiva y motora del patronato de amparo social municipal del cantón Espindola de la provincia de Loja, 2014.

Autora: Irma Janeth Camisan Camisan

Gráfica 9



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De los investigados el 65% pueden realizar solos su higiene personal, como uso del baño, cepillado de dientes, peinado, se bañan solos y el 35% realiza su higiene personal con ayuda.

Comellas (2000) citado en LLanova, (2012) se refiere al hábito como una conducta aprendida que se lleva a cabo cotidianamente y se ejecuta con cierta corrección sin requerir del control, presión o respuesta del entorno, mientras que considera la autonomía como un factor favorecedor de la madurez personal que posibilita que el individuo tome decisiones y resuelva de forma activa los requerimientos y las exigencias con que se encuentra, basándose en el análisis de la realidad y de los factores que la determinan.

El déficit de autocuidado es el estado en que el individuo experimenta un deterioro en su capacidad de llevar a cabo o completar las siguientes actividades: baño e higiene, vestido y arreglo, alimentación, eliminación de heces y orina.

La mayoría de personas con discapacidad realizan su autocuidado de higiene solos ya que al ayudarles implica contacto íntimo, por lo cual, tanto la persona

con discapacidad como el familiar que lo cuida, pueden tener sentimientos de vergüenza al realizar ciertas actividades de higiene y aseo personal.

10. ORDENA LA HABITACIÓN

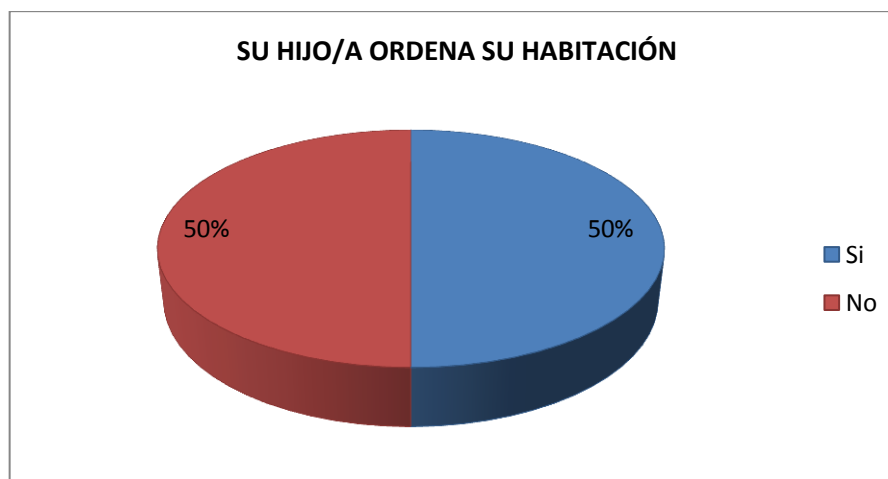
Tabla 10

SU HIJO/A ORDENA SU HABITACIÓN (RECOGE OBJETOS,ETC)	f	%
Si	50	50 %
No	50	50 %
Total	100	100 %

Fuente: Encuesta aplicada a los padres de familia de los adolescentes con discapacidad visual, auditiva y motora del patronato de amparo social municipal del cantón Espindola de la provincia de Loja, 2014.

Autora: Irma Janeth Camisan Camisan.

Gráfica 10



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

En la población investigada se observa que el 50% realiza el ordenamiento de su habitación, recoge objetos, ordena sus libros, mientras que el otro 50 % no realiza esta actividad, porque lo realizan sus padres.

La instauración del hábito supone atender determinados factores de aprendizaje que facilitaran la progresiva implantación y automatización de la habilidad. Sin embargo, los patrones de enseñanza están determinados por modelos culturales, de modo que el momento de inicio del entrenamiento, las

estrategias empleadas y el nivel de exigencia difieren entre las distintas sociedades (LLanova, 2012)

Las labores habituales que pueden realizar deben ser de acuerdo a sus capacidades que se crean apropiadas en relación con sus conocimientos, condición física y aptitudes individuales, observándose siempre el cuidado físico de la persona con discapacidad.

La mitad de las personas con discapacidad su habitación, recoge objetos, ordena sus libros, esto se presenta por cuanto los padres no les enseñan una habito diario que pueden realizar de acuerdo a sus capacidades.

11. FORMAS DE COMUNICACIÓN

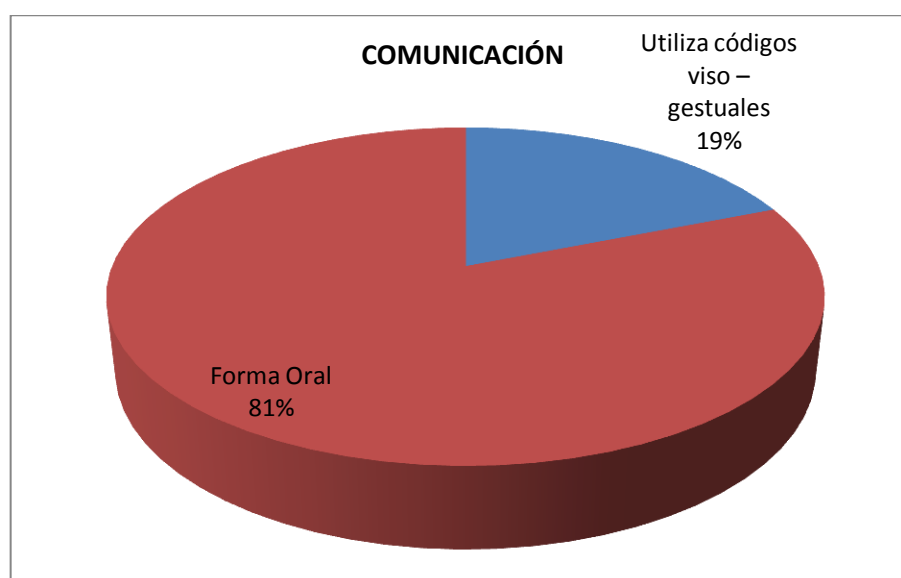
Tabla 11

COMUNICACIÓN	f	%
Utiliza códigos viso – gestuales	19	19 %
Forma oral y escrita	81	81 %
Total	100	100 %

Fuente: Encuesta aplicada a los padres de familia de los adolescentes con discapacidad visual, auditiva y motora del patronato de amparo social municipal del cantón Espindola de la provincia de Loja, 2014.

Autora: Irma Janeth Camisan Camisan

Gráfica 11



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

De la población investigada el 81% realiza la comunicación de forma oral; mientras el 19% utiliza códigos viso – gestuales para la comunicación.

Aprender a interactuar con los demás es un aspecto importante del desarrollo en la niñez. Al inicio de la vida las relaciones más importantes de los niños y adolescentes son las que tienen con sus padres y otros cuidadores. Como van creciendo sus relaciones importantes se han extendido, ahora incluyen a hermanos, compañeros adultos fuera de la familia. Su mundo social se expande aun cuando se integran al sistema escolar y social. (Morris Charles, 2014).

Una persona con deficiencia auditiva, tiene problemas para la comunicación, necesitando una intervención especializada de tipo médico y educativo, siendo más severa en función del momento de inicio, el grado de la pérdida y la causa de la misma, para ello las personas con discapacidad de comunicaran mediante códigos viso – gestuales para la comunicación.

Las personas que no presentan esta discapacidad auditiva, se podrán comunicar en forma oral y escrita con las demás personas así como se demuestra en el resultado de la interrogante.

12. ACTIVIDADES RECREATIVAS QUE ASISTEN LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD.

Tabla 12

ACTIVIDADES RECREATIVAS	f	%
Indor, Futbol	11	11 %
Voleibol	6	6 %
No	83	83 %
Total	100	100 %

Fuente: Encuesta aplicada a los padres de familia de los adolescentes con discapacidad visual, auditiva y motora del patronato de amparo social municipal del cantón Espíndola de la provincia de Loja, 2014.

Autora: Irma Janeth Camisan Camisan.

Gráfica 12



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

De los investigados, el 83% no practica actividades deportivas mientras que el 11% practica actividades deportivas como: Indor fútbol, y el 6% practica voleibol.

La Actividad Física Adaptada (AFA) se define como “todo movimiento, actividad física y deporte en los que se pone especial énfasis en los intereses y capacidades de las personas con condiciones limitantes, como discapacidad, problemas de salud o personas mayores” (DePauw y Doll Tepper, 1989, pág. 96).

A día de hoy, seguramente nunca había sido tan socialmente reconocido el deporte para personas con discapacidad. La Actividad Física Adaptada (AFA), que incluye a los deportes adaptados para personas con discapacidad, esto debe irse implementado para que aquellas personas puedan realizar alguna actividad deportiva.

Sin embargo en el resultado obtenido la mayoría de personas con discapacidad no realizan ningún tipo de deporte, aislándose así de una actividad que con ayuda o adaptaciones especializadas las pueden realizar.

13. ASISTENCIA AL CENTRO EDUCATIVO ((ESCUELA/COLEGIO/OTRO)

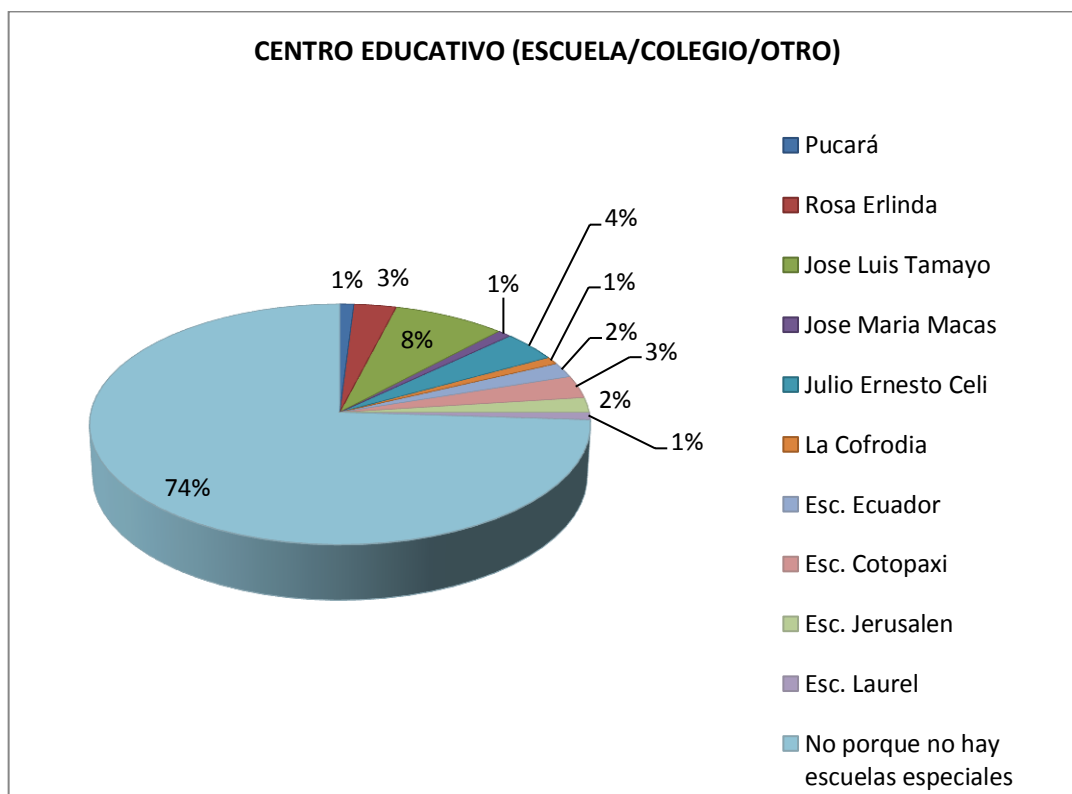
Tabla 13

CENTRO EDUCATIVO (ESCUELA/COLEGIO/OTRO)	F	%
Pucará	1	1 %
Rosa Erlinda	3	3 %
José Luis Tamayo	8	8 %
José María Macas	1	1 %
Julio Ernesto Celi	4	4 %
La Cofradía	1	1 %
Escuela Ecuador	2	2 %
Escuela Cotopaxi	3	3 %
Escuela Jerusalem	2	2 %
Escuela Laurel	1	1 %
No porque no hay escuelas especiales cercanas.	74	74 %
Total	100	100 %

Fuente: Encuesta aplicada a los padres de familia de los adolescentes con discapacidad visual, auditiva y motora del patronato de amparo social municipal del cantón Espindola de la provincia de Loja, 2014.

Autora: Irma Janeth Camisan Camisan

Gráfica 13



ANALISIS E INTERPRETACION

El 74% de los investigados no asisten a centros educativos porque no están cercanos, mientras el 26% de personas con discapacidad si asiste a centros educativos.

Se puede afirmar que para los niños y jóvenes en edad escolar, la escuela y la familia son dos contextos ambientales importantes para su adaptación y la formación del autoconcepto, en lo referente a los sentimientos de satisfacción y confianza con la familia, con el grupo de iguales y con respecto al logro académico (Pons, 2004 citado en Lou, 2011).

La educación es la base sobre la cual es posible formar una sociedad más justa y equitativa en todos los órdenes y por tanto, también más incluyente con los discapacitados; para ello deben existir centros educativos que presten atención, rehabilitación y educación especial a niños, niñas, adolescentes y jóvenes adultos con discapacidad.

Sin embargo en este cantón no se encuentra centros educativos acordes y aptos para personas con discapacidad lo que provoca que no se eduquen este grupo de personas.

14. EDAD DE INGRESO DE SU HIJO/A AL CENTRO EDUCATIVO.

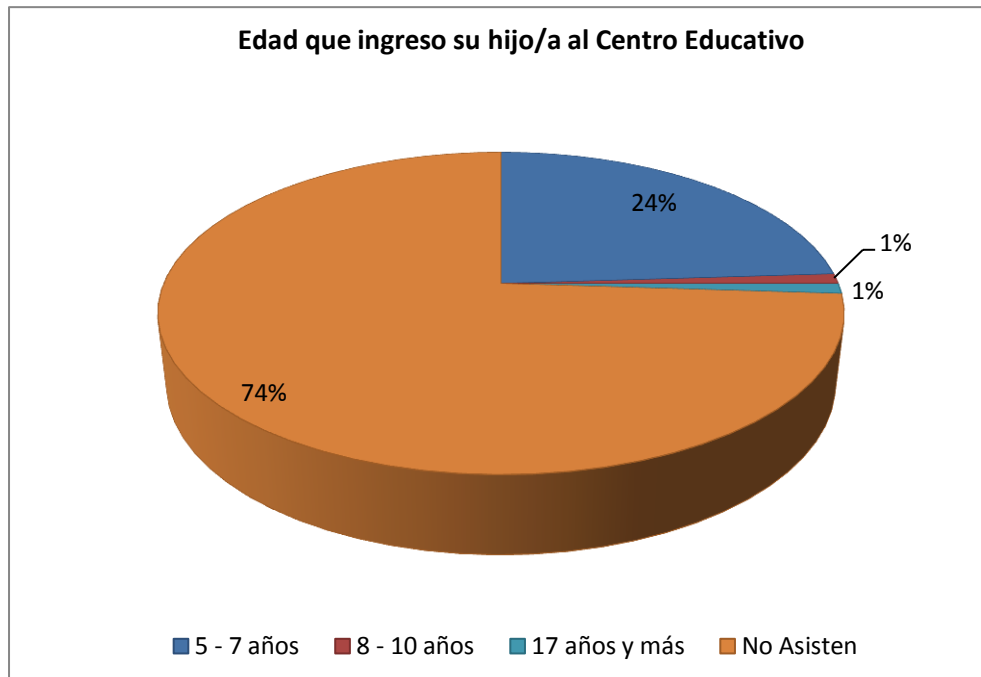
Tabla 14

Edad que ingreso su hijo/a al Centro Educativo	f	%
5 - 7 años	24	24 %
8 - 10 años	1	1 %
17 años y más	1	1 %
No Asisten	74	74 %
total	100	100%

Fuente: Encuesta aplicada a los padres de familia de los adolescentes con discapacidad visual, auditiva y motora del patronato de amparo social municipal del cantón Espindola de la provincia de Loja, 2014.

Autora: Irma Janeth Camisan Camisan

Gráfica 14



ANALISIS E INTERPRETACIÓN:

El 24% de los padres de familia manifiestan que sus hijos ingresaron al centro educativo a la edad de 5 a 7 años de edad, el 1% lo hace de 8 a 10 años, el 1% lo hace de 17 años y el 74% no asisten, por que no existe centros educativos inclusivos cercanos a la localidad acordes a las necesidades de los niños y adolescentes con discapacidades.

La educación social tiene una naturaleza social, y en función, socializadora, es facilitar a los miembros más jóvenes de la sociedad la apropiación de un conjunto de conocimientos y formas culturales que se consideran esenciales para convertirse en ciudadanos, es decir, personas adultas, autónomas y responsables miembros de esta sociedad. Pero el proceso mediante el cual una persona se incorpora a una cultura es indisociable de su propio proceso de desarrollo personal, pues la construcción de la identidad personal tiene lugar en el contexto social y cultural concreto, por lo que no se puede separar del proceso de socialización (Coll, 2002 citado en Lou, 2011).

Uno de los problemas a erradicar es la pobreza extrema de los discapacitados, principalmente. Por ese motivo, el impulso a la educación es primordial en los discapacitados, sin embargo la falta de una adecuada planificación, autogestión, planificación de las acciones de los organismos públicos de educación, ha generado que no se cuente con un centro educativo especializado para personas con discapacidad, ello general que la mayoría no asista a los centros educativos comunes.

15. PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES ESCOLARES DE SU HIJO/A.

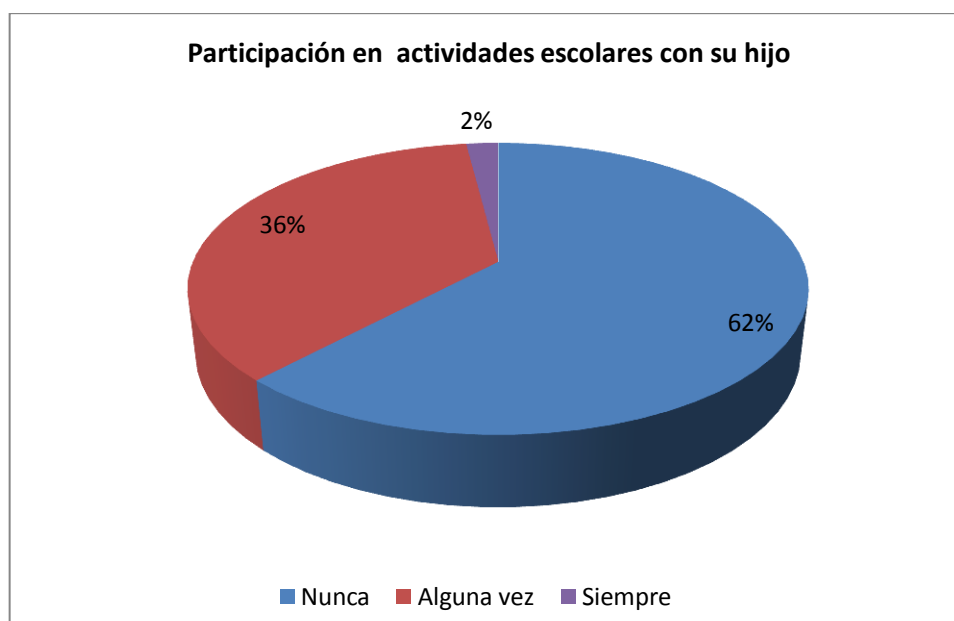
Tabla 15

Participa de las actividades escolares con su hijo	f	%
Nunca	62	62 %
Alguna vez	36	36 %
Siempre	2	2 %
Total	100	100 %

Fuente: Encuesta aplicada a los padres de familia de los adolescentes con discapacidad visual, auditiva y motora del patronato de amparo social municipal del cantón Espindola de la provincia de Loja, 2014.

Autora: Irma Janeth Camisan Camisan

Gráfica 15



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

De los padres investigados el 62% no participa de las actividades escolares con sus hijos, porque no asisten a los centros educativos, el 36% lo hace alguna vez, y el 2% lo hace siempre.

Acompañar implica, brindarles un espacio donde se pueda conocer la historia y vicisitudes de cada una de las familias, abordar los sentimientos que despiertan los problemas que acontecen en el aprendizaje, transmitir las pautas esperables en el desarrollo evolutivo de los niños, establecer un vínculo que opere como facilitador del trabajo de todo el equipo.

Sin duda, es una tarea compleja, que dependerá de cada estructura familiar, de su flexibilidad o de su rigidez para implementar los cambios que sean necesarios al interior de su dinámica, cambios que posibiliten reconocer, entender, contener y acompañar los diferentes problemas que se plantean en el proceso de desarrollo de sus hijos (Romero, 2011).

Es evidente que al no existir centros educativos especializados para personas con discapacidad, genera que no asistan y más aún que no se involucren o participen en actividades escolares de sus hijos.

16. TRABAJO U OCUPACIÓN PRINCIPAL DE LOS PADRES

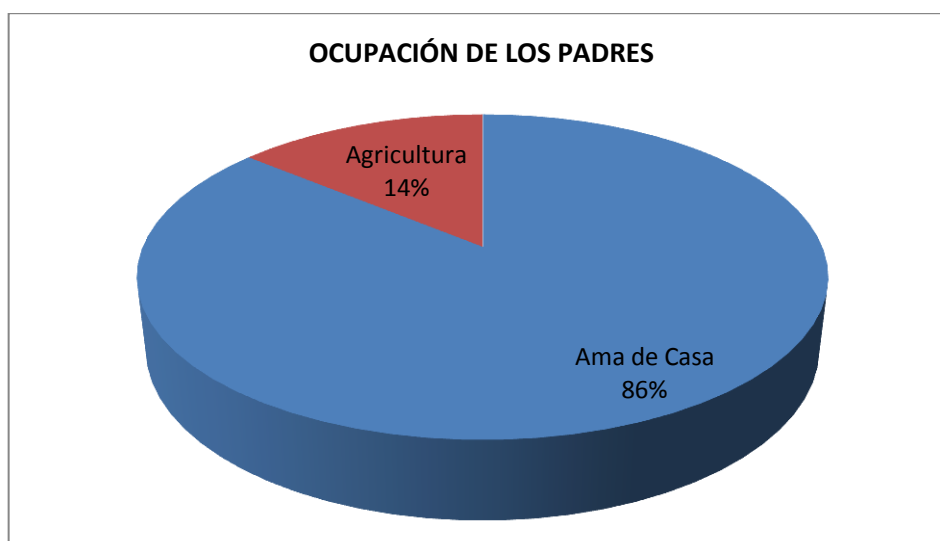
Tabla 16

OCUPACIÓN DE LOS PADRES	f	%
Ama de Casa	86	86 %
Agricultura	14	14 %
Total	100	100 %

Fuente: Encuesta aplicada a los padres de familia de los adolescentes con discapacidad visual, auditiva y motora del patronato de amparo social municipal del cantón Espindola de la provincia de Loja, 2014.

Autora: Irma Janeth Camisan Camisan

Gráfica 16



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

De los encuestados el 86% son amas de casa, mientras que el 14% de los padres de familia se dedican a la agricultura como recurso económico.

El trabajo u ocupacional es aquella condición por la cual una persona realiza una actividad ya sea intelectual o esfuerzo físico. La mayoría de padres de las personas discapacitadas es ama de casa, es decir realizan las actividades del hogar, estas labores no son reconocidas y menos aún remuneradas.

17. NÚMERO DE HORAS QUE DEDICA A SU TRABAJO

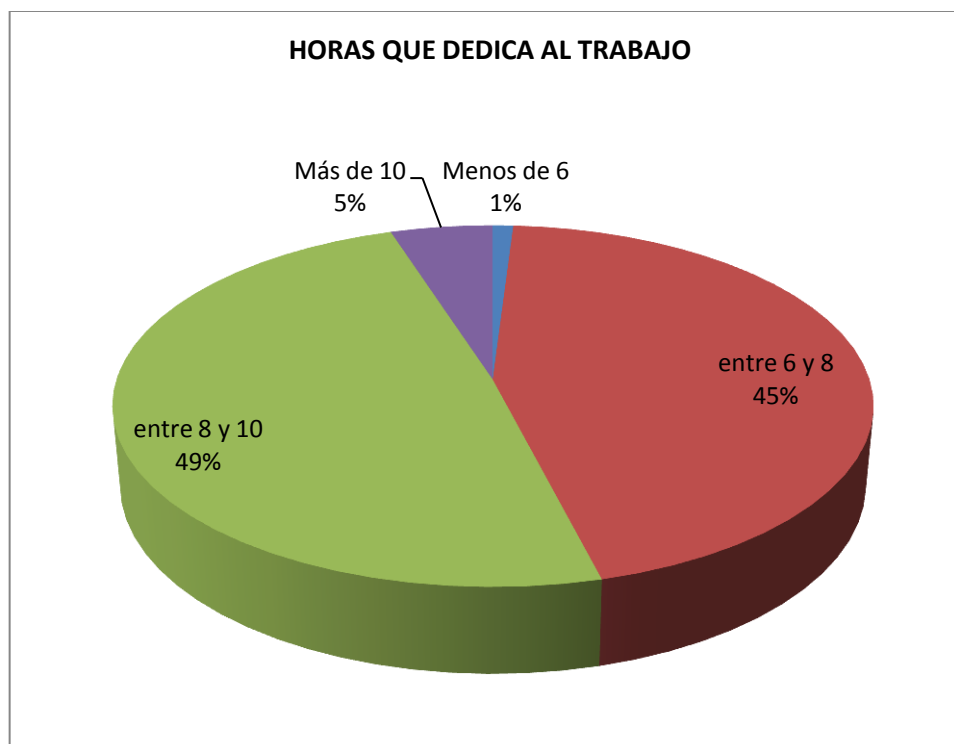
Tabla 17

HORAS QUE DEDICA AL TRABAJO	F	%
Menos de 6	1	1 %
entre 6 y 8	45	45 %
entre 8 y 10	49	49 %
Más de 10	5	5 %
Total	100	100 %

Fuente: Encuesta aplicada a los padres de familia de los adolescentes con discapacidad visual, auditiva y motora del patronato de amparo social municipal del cantón Espindola de la provincia de Loja, 2014.

Autora: Irma Janeth Camisan Camisan

Gráfica 17



INTERPRETACIÓN:

El 49% de padres de familia dedica entre 8 y 10 horas al trabajo; el 45% de 6 a 8 horas; el 5% dedica más de 10 horas y el 1% de padres encuestados dedica menos de 6 horas al trabajo.

ANÁLISIS:

El trabajo es algo fundamental para el desarrollo económico de la sociedad y de la familia, por ello las personas deben dedicar su tiempo a laborar en alguna actividad que le permita obtener los recursos económicos para la manutención de su hogar

18. HORAS QUE PASA CON SU HIJO/A.

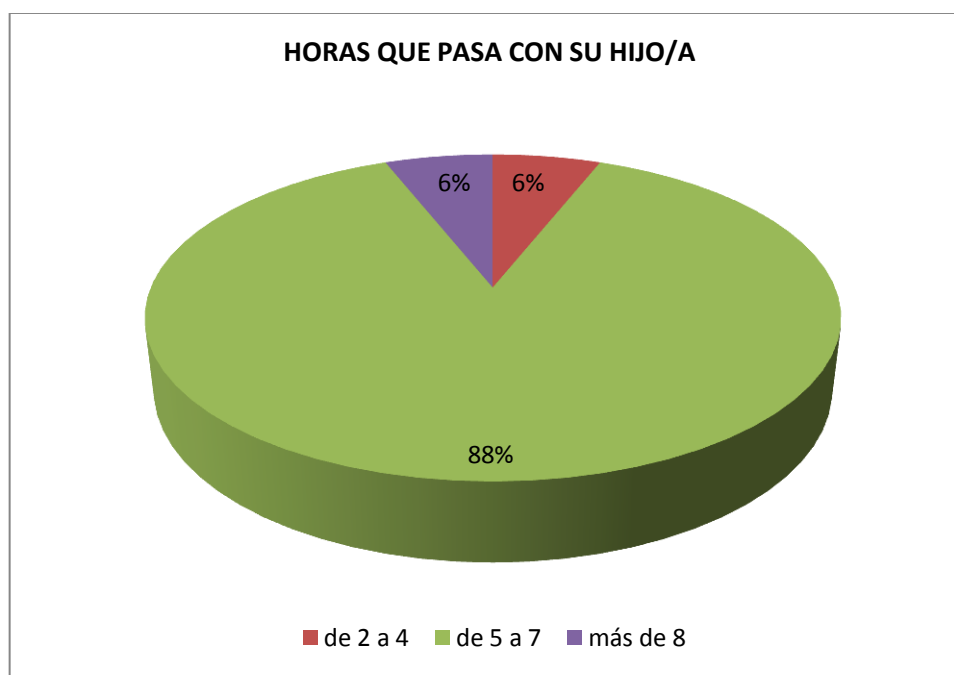
Tabla 18

NÚMERO DE HORAS	f	%
de 2 a 4	6	6 %
de 5 a 7	88	88 %
más de 8	6	6 %
Total	100	100 %

Fuente: Encuesta aplicada a los padres de familia de los adolescentes con discapacidad visual, auditiva y motora del patronato de amparo social municipal del cantón Espindola de la provincia de Loja, 2014.

Autora: Irma Janeth Camisan Camisan

Gráfica 18



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

El 88% de los padres investigados dedica de 5 a 7 horas, al cuidado de sus hijos con discapacidades; el 6% dedica de 2 a 4 horas, y el 6% más de 8 horas.

Las personas con discapacidades a menudo son más propensas a sufrir problemas de salud prevenibles que deterioran su salud en general y su calidad de vida y pueden surgir afecciones o trastornos secundarios como dolor, fatiga,

obesidad y depresión como resultado de una condición de discapacidad. Por lo que es importante que los familiares o personas encargadas del cuidado estén con ellos el mayor tiempo posible.

19. RESULTADOS DE LA ESCALA EMBU P (Padres) ESTILOS PARENTALES DE LOS PADRES.

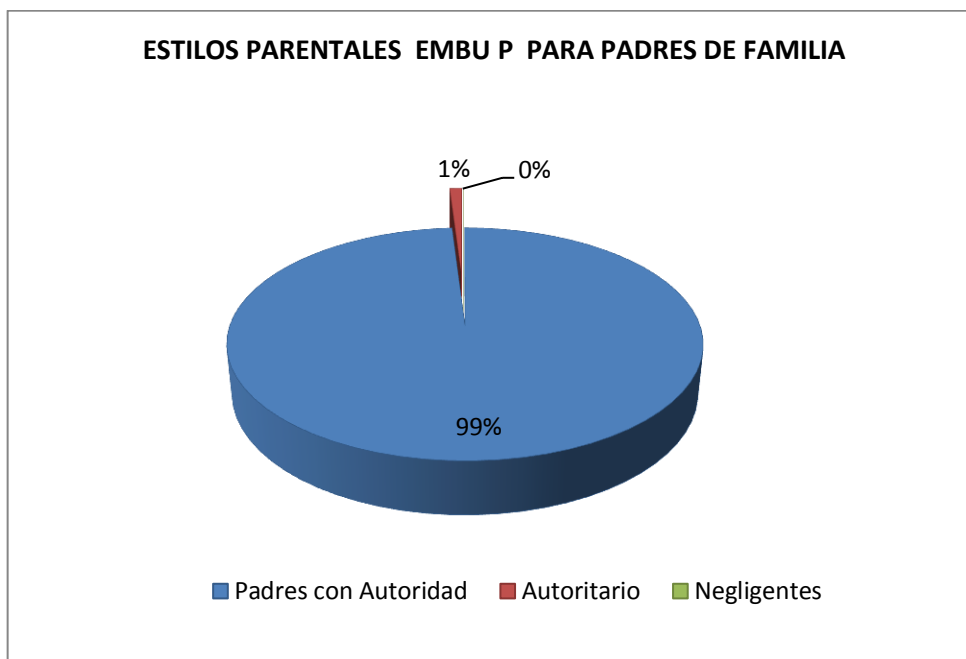
Tabla 19

ESTILOS PARENTALES EMBU P PARA PADRES DE FAMILIA	f	%
Padres con Autoridad o Democráticos	99	99 %
Padres Autoritarios	1	1 %
Padres Negligentes	0	0 %
total	100	100 %

Fuente: Escala Embu P aplicada a los padres de familia de los adolescentes con discapacidad visual, auditiva y motora del patronato de amparo social municipal del cantón Espindola de la provincia de Loja, 2014.

Elaboración: Irma Janeth Camisan Camisan.

Gráfica 19



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

De acuerdo a las respuestas de la Escala Embu P aplicada a los 100 padres de familia de los adolescentes con discapacidades visual, auditiva y motora los estilos parentales ejercidos por los padres son estilos educativos con autoridad

o democráticos en el 99%, mientras el 1% de padres son Autoritarios, y 0% de padres negligentes.

Representa el estilo de crianza más exitoso. Estos padres proporcionan estructura firme y orientación sin ser demasiado controladores. El padre es la figura de la autoridad, firme pero comprensiva, que está dispuesta a ofrecer consejos, escuchan las opiniones, prees de sus hijos y explican sus decisiones. (Nevid, 2011)

Los padres autoritativos tienen confianza en su habilidad para orientar a los hijos, pero también respetan sus decisiones independientes, sus intereses, opiniones y personalidades. Son cariñosos y muestran aceptación, pero también exigen buena conducta y son firmes en mantener las normas. Imponen castigos sensatos y limitados cuando es necesario, en el contexto de una relación cálida y de apoyo. Favorecen la disciplina inductiva, explican razonamiento detrás de sus posturas y alientan el intercambio verbal. Al parecer sus hijos se sienten seguros y queridos. (Feldman, 2012)

Los padres son estilos educativos con autoridad o democráticos, representa el estilo de crianza más exitoso. Estos padres proporcionan estructura firme y orientación sin ser demasiado controladores. El padre es la figura de la autoridad, firme pero comprensiva, que está dispuesta a ofrecer consejos, escuchan las opiniones, preocupaciones de sus hijos y explican sus decisiones.

g. DISCUSIÓN

Los estilos educativos parentales, son un conjunto de estrategias que emplean los padres para influir en sus hijos e inculcarles un conjunto de valores y normas culturales que guíen su conducta social. Es por ello, que se considera fundamental examinar el tipo de relación que los hijos tienen con sus padres, y como esta relación influye en la autonomía personal y social de los adolescentes con discapacidad visual, auditiva y motora. En cuanto al primer objetivo que consideró determinar los estilos educativos parentales existentes en los hogares de los niños y adolescentes que asisten al Patronato de Amparo Social Municipal de Espíndola. Los padres de los investigados practican estilos educativos democráticos en el 99%, también existe el 1% de padres Autoritarios y no existe padres indulgentes o negligentes. Además cuando los padres no pueden atender a sus hijos con discapacidad piden ayuda para la crianza a los abuelos. Asimismo la respuesta emocional de los padres de familia ante la presencia de discapacidad en sus hijos fue en un 84% angustia y confusión, el 9% tomaron con calma el acontecimiento, el 3% sintieron amor y el 3% no contestan. También los padres de familia de los investigados en el 6% les dedican de 2 a 4 horas al cuidado de sus hijos, el 88% de 5 a 7 horas, y el 6% más de 8 horas.

De acuerdo a los datos obtenidos de los estilos parentales democráticos coinciden con los estudios realizados por, donde se efectuó una intervención educativa en 27 padres de niños discapacitados del municipio de Julio Antonio Mella de la provincia de Santiago de Cuba. De 27 padres matriculados en la escuela (21 mamás y 6 papás). Tuvieron una activa y entusiasta participación, donde el 77,7% aplican un estilo educativo democrático, y el 74 % en otro centro educativo cercano los padres se mostraron sobreprotectores y presión hacia el logro en el cuidado de los hijos/as, el resto aplican autoritarismo, con esto deducimos que los padres cuentan con distintas técnicas de disciplina y cuidado para educar a sus hijos, pero son las técnicas inductivas de apoyo las que mejor ayudan al ajuste social y familiar de los hijos, además la situación ha mejorado en la crianza y educación de personas con discapacidad ya que

existe apoyo del estado para la inclusión social de todas las personas. (Martinez, 2010)

Verdugo (como se citó en Muñoz 2008) en las investigaciones realizadas sobre estilos parentales de los niños y adolescentes con discapacidades la presencia de un hijo con discapacidad genera en la familia, en la mayoría de los casos, una serie de desajustes. Tal vez la primera reacción de los padres sea no creer, ocultar y ocultarse ante los demás, pensar y desear que haya una equivocación en el diagnóstico. Perciben su realidad como violenta y dolorosa y tratan de evadirla, pues su imagen de padres era disfrutar al hijo, verlo crecer y verse reflejados en él.

Estos análisis coinciden con los datos obtenidos ya que la mayoría de padres al conocer sobre una deficiencia de sus hijos sienten confusión y angustia, existiendo un bajo porcentaje de aceptación de la realidad.

También algunas organizaciones de derechos humanos y encargados de centros de protección (Servicio Nacional de Menores 2005; United Nations International Children's Emergency Fund, 2006) informan antecedentes del abandono de las familias de niños y jóvenes con discapacidad en las instituciones de protección. (Muñoz, 2008)

Se observa que principalmente los padres y familiares de los residentes en el hogar, provienen de sectores de extrema pobreza, muchos poseen alguna psicopatología, algunos presentan problemas con la justicia, además del poco interés y acogida hacia la aceptación de estos hijos, es decir, los padres tratan de no hacerse cargo del niño, mencionando por lo general sus dificultades económicas, pero lo doloroso también es la escasez de las visitas y del apoyo a la integración de los niños y jóvenes al espacio social. Por lo tanto, para las familias el encuentro con la discapacidad es una experiencia traumática que despierta conflictos psicológicos y provoca estilos de vinculación particulares entre el padre-la madre y el/la hijo/a que están determinados por el tipo de discapacidad. En el caso de la discapacidad auditiva o visual, las familias requieren vías de comunicación alternativas que complejiza aún más la crianza.

Las madres describen su experiencia cargada de exigencia y de múltiples labores debido a la discapacidad del/la hijo/a, además se perciben como las cuidadoras principales. Los padres se mantienen al margen de la dinámica entre la madre y el hijo/a y se limitan a su función de proveedor económico. La mayoría interviene poco en la crianza pero cuando lo hacen se perciben como igualmente responsables de los cuidados del/la hijo. Las características del/la hijo/a obliga a las familias a realizar cambios en la crianza y a ajustar expectativas sobre sus condiciones de vida y sobre el futuro.

Los/las padres/madres no sólo perciben los efectos limitantes de la discapacidad en el/la hijo/a, se percatan también de la valoración social negativa y de la mirada discriminadora de los otros. Finalmente, para la familia la convivencia con el/la hijo/a produce cambios favorables en el proceso de construcción de significados sobre la discapacidad que facilita la crianza y la acerca a las vivencias de las personas con discapacidad visual auditiva y física.

En cuanto al segundo objetivo los resultados obtenidos respecto a identificar aspectos del desarrollo autónomo personal y social de los niños y adolescentes con discapacidad visual, auditiva y motora se encontró que el 60% se moviliza con ayuda de los padres, el 28% sin ayuda, el 5% usa silla de ruedas y el 3% dispositivos de ayuda manual. El 58 % de los investigados son alimentados con la ayuda de las madres de familia y el 42% se alimentan solos. El 40% se visten solos. El 62% mantienen el sueño nocturno, el 38% tiene dificultades para dormir y toma medicamentos para dormir, el 65% realizan su higiene personal, el 50% ordena su habitación. Respecto a la comunicación, el 19% utiliza códigos viso – gestuales, el 81% lo hace de forma oral y escrita. De los investigados, el 11% practica Indor Fútbol, el 6% practica voleibol y el 83% no practica actividades deportivas. El 26% de la población asiste a centros educativos, y el 74% no lo hace porque no hay centros educativos especiales cercanos. Asimismo se pudo estipular que el 59% tiene discapacidad física motora, el 34% Auditiva, 7% visual, y su origen en un 35% está determinada desde el nacimiento, el 24% corresponde a la desnutrición de la madre en

estado de gestación, el 13% fue adquirida, el 12% por falta de atención médica y el 10% se da por la edad de la madre, mediante la concepción precoz o demasiado tardía, y el 4% por violencia intrafamiliar. “También se estima que los factores genéticos son los que causan un tercio de todas las deficiencias del nacimiento y constituyen aproximadamente el 85% de las causas que se conocen” (Prenatal, 2013). Lo cual coincide que el mayor porcentaje de discapacidades se origina desde el nacimiento.

Se debe recordar que el ejercicio de la autonomía personal y social en los individuos con discapacidad, se halla en dependencia del grado o severidad de su afección. Por ejemplo en un estudio en Cuba, a pesar de los múltiples esfuerzos del Estado para poder ofrecer un tratamiento justo y equitativo a toda la población, las propias limitaciones en el ejercicio de la autonomía de los discapacitados físicos y mentales se deben, en muchas ocasiones, a la estigmatización, de que son objeto, independientemente del grado de severidad de su afección, y que esta dificultad les acompaña en cada acto de sus vidas. (Ayala, 2014)

Las personas con discapacidad intelectual, física, visual, auditiva ejercen autonomía en diversos ámbitos: personal, social, sexual y económico. La autonomía empoderada se da cuando se le enseña a la persona las habilidades necesarias y luego se le permite actuar con base en sus propios intereses. La autonomía negociada implica ser guiado en las acciones, recibir explicaciones y negociar las decisiones; constituye un proceso de aprendizaje. La autonomía interpretada es el tipo más limitado que se describe, e implica protección, interpretación y puede involucrar la toma de decisiones por otros. Estos tipos de autonomía constituyen un fenómeno complejo y las divisiones entre ellas son difusas. (Rueda, 2009)

De acuerdo a los resultados obtenidos si existe la influencia de los estilos educativos parentales en el desarrollo personal y social de los niños y adolescentes con discapacidad visual, auditiva, motora, ya que si existe apoyo de los progenitores y buscan ayuda profesional, los niños y adolescentes aprenden hábitos que les permiten adaptarse a una vida social y ejercer

diversas funciones, del mismo modo, el grado de autonomía estará determinado por el nivel de deficiencia que posean las personas.

h. CONCLUSIONES

De acuerdo con los resultados de la investigación se puede concluir que:

- Los estilos educativos parentales practicados por los padres de familia de los niños y adolescentes con discapacidad son democráticos o con autoridad; combinando la comprensión, el apoyo, la presión hacia el logro de manera equilibrada; también existen padres de familia que aplican la sobreprotección y castigo, haciendo que los hijos cumplan las reglas y normas y conductas establecidas por los progenitores y en esta población no existen padres negligentes.
- El desarrollo personal y social de niños y adolescentes con discapacidad está estimulado por los padres de familia, quienes mediante el apoyo y enseñanza de hábitos personales pueden hacer que sus hijos utilicen sus habilidades y puedan satisfacer sus necesidades.
- Los niños y adolescentes con discapacidad realizan su movilidad en su mayoría con ayuda de sus padres otro porcentaje lo hacen sin ésta, además existe un grupo que lo realiza con ayuda de dispositivos manuales, sillas de ruedas manuales y autopropulsadas, la higiene personal en su mayoría lo hacen solos, ordenan su habitación, realizan actividades deportivas en un bajo porcentaje, la comunicación la hacen de forma oral y escrita en la mayoría, otros mediante códigos viso – gestuales.
- Los estilos parentales democráticos de los padres, influye en el desarrollo personal y social de los niños y adolescentes con discapacidades ya que en un mayor porcentaje los padres de familia se dedican al cuidado de sus hijos e impulsan la autonomía e inserción social.

i. RECOMENDACIONES

- A los estudiantes de la Carrera de Psicología Educativa y Orientación continuar con las investigaciones sobre los Estilos educativos parentales y el desarrollo personal y social de los niños y adolescentes con discapacidades visual, auditiva y motora con el propósito de obtener información y plantear proyectos que permitan realizar actividades para estimular la inclusión social y autonomía de las personas con discapacidad.
- Socializar los resultados obtenidos a los padres de familia y autoridades locales para la creación de programas educativos que permitan mejorar el bienestar, autonomía e inclusión de las personas con discapacidades a la sociedad, además que se creen centros educativos inclusivos que permitan mejorar la calidad de vida y preparación de las personas con discapacidad.
- Que se implementen programas educativos para los padres de familia en los que se incluyan temas como: la prevención de discapacidades en los niños por nacer, alimentación de la madre en estado de gestación, edad adecuada para ser madre, cuidados en la gestación, ya que en un mayor porcentaje las discapacidades de la población investigada son originadas desde el nacimiento de los niños, por falta de alimentación, concepciones precoces y demasiado tardías.
- Crear programas de educación especializada para las personas con discapacidad física motora, auditiva, y la discapacidad visual, el cual debe ir en coordinación con los padres de familia

j. BIBLIOGRAFÍA.

- (SETEDIS), S. T. (17 de Mayo de 2014). Mision Manuel Espejo y Joakin Gallegos Lara. Loja, Loja, Ecuador.
- Arias, O. A. (2012). *Psicología Social Aplicada*. España: Panamericana.
- Arranz, E. (2012). *Desarrollo psicológico en las nuevas estructuras familiares*. Madrid: Piramide.
- Ayala, S. (2014). *Ejercicio de la autonomía en discapacitados mentales*. Cuba: Ciencias Médicas.
- Belotti, A. L. (2010). *Integración escolar de niños con síndrome de Down en la escuela inclusiva*. Argentina: Brujas.
- Benítez, J. (2013). *Estilos Parentales e Inicio de las relaciones sexuales de las adolescentes del primer año de Bachillerato General Unificado del Colegio Beatriz Cueva de Ayora de la Ciudad de Loja*. Loja: Universidad Nacional de Loja.
- Bermal Aurora, S. R. (2012). *Educación Familiar*. Madrid: Piramide.
- Braun, C. A. (2012). *Fisiopatología: Un enfoque clínico*. Barcelona - España: Wolters Kluwer.
- Carroble, J. y. (2008). *Escuela de Padres*. Madrid.
- Cavanaugh, R. V. (2011). *Desarrollo Humano una Perspectiva del ciclo vital*.
- Feldman, P. (2012). *Desarrollo Humano*. Madrid: Piramide.
- Fernández, C. (2011). *Determinación de las necesidades educativas especiales*. España: Trilla.
- García, H. (2008). *Manual de atención al alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo derivados de la deficiencia auditiva*. Madrid: Sevilla.

- González Merino, R. (2011). *Alumnado en situación de riesgo Social*.
Barcdelona: Grao.
- Gracia, E. (2012). *Psicología Social de la Familia*. Valencia.
- Inec.gov.ec. (6 de Enero de 2013). *Ecuador en cifras*. Recuperado el 22 de Mayo de 2014, de Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC):
www.ecuadorencifras.com
- Jim, Dickson. (2013 de Abril de 2014). "*Help America Vote*". Recuperado el 22 de Mayo de 2014, de American Association of People with Disabilities:
<http://www.unitedspinal.org/pdf/DisabilityEtiquette.pdf>
- Jiménez, T. E. (2012). *Psicología Social de la Familia*. Madrid: Panamericana.
- Lameiras, M. C. (2008). *Nuevos retos para la Educación sexual: hacia un modelo integral*. Madrid: Pirámide.
- LLanova, L. M. (2012). *Manual del Psicólogo de la Familia*. Madrid: Piramide.
- Llavona Luis, M. F. (2012). Manual del psicólogo de la Familia. En G. M. Carroble José Antonio, *Orientación para profesionales sobre la relación paterno - filial* (págs. 57-60). Piramide.
- Lopez, F. (2008). *Necesidades en la infancia y en la adolescencia*. Madrid: Piramide.
- López, F. y. (1999). *Para comprender la vida sexual del Adolescente*. Navarra: Verbo Divino.
- Lou, M. (2011). *Atencion a las necesidades educativas específicas*. Madrid: Pirámide.
- Martinez, A. M. (2010). *Impacto familiar de una escuela para padres de niños con discapacidad*. Cuba: Medisan.
- Merino, C. (21 de 09 de 2011). *Store*. Recuperado el 18 de 12 de 2012, de <http://freewebs.com>

- Misitu, G. y. (2004). *Consecuencias de la socialización familiar en la cultura española*.
- Morales, C. (2010). *Eficacia de una intervención para incrementar apoyo social en adolescentes discapacitados*. Madrid: Piramide.
- Morris Charles, M. A. (2014). *Psicología*. Mexico: Pearson Educación.
- Muñoz, M. (2008). INTEGRACIÓN FAMILIAR DE JÓVENES CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL. 77.
- Navarrete, L. (2011). *ESTILOS DE CRIANZA Y CALIDAD DE VIDA*. Chillan - Chile: UNIVERSIDAD DEL BÍO BÍO.
- Nevid, J. (2011). *Psicología Conceptos y Aplicaciones*. Mexico: Cengage Learning.
- Organización Mundial de la Salud, O. (2014). *Informa Mundial sobre la Discapacidad*. Suiza: OMS.
- Ortiz, M. d. (2011). *Alumnado con Dificultades Auditivas*. Madrid: Piramide.
- Papalia, D. W. (2009). *Psicología del desarrollo*. Mexico: McGraw-Hill.
- Prenatal. (2013). *Discapacidades y Prevención*. Quito .
- Raymond. G, M. (2013). *Modificación de la Conducta Principios y Procedimientos*. Mexico: Piramide.
- Romero, M. M. (2011). *Herramientas psicológicas para educar a los niños con necesidades especiales*. España: Trillas.
- Rueda, L. (2009). PRINCIPALES DILEMAS BIOÉTICOS EN LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD PROLONGADA.
- Sanchez, R. (2006). *La Psicología Social para el rescate de nuestras raíces*. Mexico.
- Sendra, J. A. (2012). *Apoyo Psicosocial, Atención Relacional Y Comunicativa en Instituciones*. España: Ideas Propias.

Urpí, C. (2012). *Educación familiar y adolescencia*. Pirámide.

WEBGRAFIA

www.ecuadorencifras.com

<http://www.unitedspinal.org/pdf/DisabilityEtiquette.p>

<http://freewebs.com>

http://www.unicef.org/ecuador/Encuesta_nacional_NNA_siglo_XXI_2_Parte1.pdf

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80539201>

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=243020643008>

k. ANEXOS



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA EDUCACIÓN EL ARTE Y LA COMUNICACIÓN

CARRERA DE PSICOLOGÍA EDUCATIVA Y ORIENTACIÓN

TEMA:

ESTILOS EDUCATIVOS PARENTALES Y DESARROLLO DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y SOCIAL DE LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD VISUAL, AUDITIVA, MOTORA QUE ASISTEN AL “PATRONATO DE AMPARO SOCIAL MUNICIPAL DEL CANTÓN ESPINDOLA” DE LA PROVINCIA DE LOJA 2014.

Proyecto de Tesis previa a la obtención del grado de Licenciada en Ciencias de la Educación, mención: Psicología Educativa y Orientación.

AUTORA:

Irma Janeth Camisan Camisan

LOJA – ECUADOR

2014

a. TEMA

ESTILOS EDUCATIVOS PARENTALES Y DESARROLLO DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y SOCIAL DE LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD VISUAL, AUDITIVA, MOTORA QUE ASISTEN AL “PATRONATO DE AMPARO SOCIAL MUNICIPAL DEL CANTÓN ESPINDOLA” DE LA PROVINCIA DE LOJA 2014.

b. PROBLEMÁTICA

Actualmente vivimos en una época marcada por cambios profundos, transformaciones a nivel político, económico, tecnológico y social. Estos cambios han influido notablemente en la estructura familiar y por lo tanto promueven la aparición de diversidad en los modos de organización familiar, en el que además del modelo nuclear tradicional, hoy en día nos encontramos con un gran incremento de familias monoparentales y reconstituidas, las cuales transmiten a sus miembros la cultura y contribuyen a la consolidación de tales cambios (Belotti, 2010). También los roles de género donde el padre es el proveedor de la familia y la madre es responsable total del cuidado de los hijos, han cambiado notablemente, debido a que cada vez más mujeres ingresan a la vida laboral y tienen más oportunidades de recibir mejores remuneraciones económicas.

Así mismo, el padre ha comenzado a caracterizarse por tener mayor disponibilidad con los hijos, a más de cumplir su rol de proveedor de las necesidades económicas y demandas tecnológicas de la sociedad. Además, existe una nueva función familiar relacionada con la funcionalidad de nuestros mayores; el cuidado de las generaciones más jóvenes, es decir, de los nietos. Hoy en día, es fácil observar que los mayores no son receptores pasivos de ayuda sino que contribuyen al sustento de la familia y participan activamente en la crianza y educación de los nietos (Arranz, 2012).

Del mismo modo la mayoría de los padres para disciplinar a los hijos utilizan la rigidez, agresión psicológica emocional, incluyendo amenazas, gritos, falta de comunicación y retirada de afecto (Clement y Chamberland, 2007 citado en Arranz, 2012). Los padres creen que es un método adecuado para controlar y corregir comportamiento de sus hijos; otros padres, se muestran demasiado permisivos complaciendo al hijo en todo lo que necesita o a veces olvidan cumplir las funciones parentales, a diferencia de estos estilos de crianza parental, otros padres son comprensivos y establecen reglas claras tomando en

cuenta la opinión de sus hijos. Frente a estas situaciones surge la interrogante ¿Qué estilos parentales existen en las familias actuales? ¿Estos padres son autoritarios, permisivos, o democráticos en la crianza de sus hijos? ¿Con este tipo de padres que consecuencias sociales y emocionales tendrán sus hijos?

Se cree que la finalidad de educación parental, es ayudar a los hijos a convertirse en miembros colaboradores de su cultura, y esta es parecida en todo el mundo (Cavanaugh, 2011). En base a esta realidad se puede afirmar que el aprendizaje cultural tiene un poderoso efecto en la crianza de los hijos, lo cual produce variaciones entre culturas en cuanto a las maneras en como los niños son educados.

En las familias afroamericanas por ejemplo tienen fuertes lazos de parentesco y distribuyen las responsabilidades del cuidado de los menores entre diferentes miembros de la familia (Greene, 2008, citado en Nevid, 2011). A menudo, la abuela de dichas familias asume responsabilidades directas de la paternidad. Las culturas asiáticas tienden a enfatizar el respeto por la autoridad paterna, en especial del padre, y las relaciones maternas cálidas (María, 1999 citado en Nevid, 2011). Así la cultura china combina la posición autoritaria de los padres con calidez y el apoyo sin descartar el firme control del hijo si lo considera necesario. En el contexto español, el control firme, la explicación y el razonamiento hacen que sean un estilo de padres con autoridad (Musitu y García 2004, citado en Nevid, 2011). En Estados Unidos, los padres tienden a mostrar expresiones de afecto y control moderado, caracterizándose por ser padres democráticos. Así mismo en la cultura latina suele enfatizar los lazos familiares fuertes y respetar los roles de todos los miembros de la familia, en especial de los adultos; estos valores inducen a que los padres sean protectores con los hijos y les impongan reglas (Cavanaugh, 2011).

En el estudio realizado por Steinberg citado en Merino (2011) en un centro educativo de Lima - Perú. Encontró que los estilos de crianza autoritario es el 31% de padres y permisivo el 30%. En la ciudad de Loja en un estudio

realizado en el colegio Beatriz Cueva de Ayora se encontró que el ejercicio parental es Inductivo en un 75% para la madre; 62% para el padre; estilo rígido 23% para la madre; 19% para el padre y estilo indulgente 1% para el padre y 0.40% para la madre (Benítez, 2013).

Además de las diferencias culturales. El grado de control e imposición paternas dependerá de otros factores, como la edad y madurez del hijo, que determinaran en buena medida la interpretación que este haga de las técnicas elegidas por sus padres para el control de la conducta, pero fundamentalmente la comprensión y la aceptación del mayor o menor grado de control parental, dependerá de la presencia o ausencia de afecto en la relación paterno filial. Existiendo en la actualidad estos estilos de crianza parental, es importante realizar un análisis como estos estilos de paternidad influyen en el desarrollo de la autonomía personal y social de los niños y adolescentes con discapacidad visual, auditiva, motora.

Al mismo tiempo se debe mencionar que los padres también sufren un impacto emocional muy fuerte cuando un niño con discapacidad llega a la familia, estos padres se enfrenta a una situación de crisis que genera sentimientos de angustia, confusión, e incertidumbres. El modo en que la familia resuelve este proceso, es el que va a tener una influencia fundamental en el desarrollo social y emocional del niño (Belotti, 2010).

A medida que los niños con discapacidades visuales, auditivas, motoras crecen aumenta sus relaciones sociales y cuando estos ingresan a la etapa de transición de la infancia a la adolescencia, constituye una época en la que los sujetos afirman su identidad y relaciones con el entorno. Estas influencias en el desarrollo emocional y social de las personas reflejaran las funciones de la naturaleza y la crianza de los padres, la interacción con amigos, hermanos y las personas que integran su mundo social (Morris Charles, 2014).

En todo el mundo, las personas con discapacidad tienen peores resultados sanitarios, académicos, menor participación económica, tasas de pobreza más

altas que las personas sin discapacidad. En parte, ello es consecuencia de los obstáculos que entorpecen el acceso de las personas con discapacidad a servicios básicos, en particular la salud, educación, empleo, el transporte, o la información (Organización Mundial de la Salud, 2014).

Esas dificultades se agravan en las comunidades menos favorecidas de acuerdo al tipo y grado de incapacidad. Los jóvenes con discapacidad visual tienden a ser dependientes, debido a su visión limitada, para ellos es difícil saber quién les habla y localizar a sus amigos (Castañedo 2002 citado en Arranz, 2012). Ante ello es trascendental evitar la sobreprotección a niños y adolescentes por que impide la adquisición de habilidades para su independencia y autonomía.

En el mundo hay aproximadamente 285 millones de personas con discapacidad visual, de las cuales 39 millones son ciegas y 246 millones presentan baja visión. Aproximadamente un 90% de la carga mundial de discapacidad visual se concentra en los países en desarrollo (Organización Mundial de la Salud, 2014).

El 75% de los casos de discapacidad visual se debe a enfermedades como cataratas y baja visión. En Europa más de 20 millones de personas tienen baja visión, mientras que en España son alrededor de 1.8 millones las personas afectadas. En China son 10,233 millones de personas con discapacidad visual, representando el 14,86% de la población; En Estados Unidos el 56.8% (2.2 millones) de personas con esta discapacidad (Jim, Dickson, 2014). En Ecuador; en la ciudad de Quito, existen 27.728 personas con discapacidad visual, en Guayaquil 24.904 personas afectadas; en Cuenca, 2.925 personas no videntes y en Loja 559 personas con discapacidad visual (Inec.gov.ec, 2013).

De la misma manera, la deficiencia auditiva tiene implicaciones en el proceso de la comunicación interpersonal, el bienestar psicosocial, la calidad

de vida y la independencia económica a cualquier edad. A nivel mundial el 5% en edad escolar, presentan problemas de audición, de los cuales de 1 a 5% necesita de educación especial. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, el número de personas con dicha discapacidad es de 360 millones en el año 2013. En China hay 20 millones (24,16%) de personas con discapacidad auditiva; En Estados Unidos existen 63.1% (4.3 millones) de personas afectadas. En México 21 562 personas con pérdida auditiva en un rango de 1 a 20 años de edad. En Ecuador; en la ciudad de Quito se identifica 12, 143 personas con discapacidad auditiva; en Guayaquil 12,573 personas afectadas, en Cuenca 2,749 personas con esta discapacidad y en Loja 406 casos (Inec.gov.ec, 2013). Ante esta situación se recomienda una adecuada interacción entre niños y padres, usando estrategias de comunicación con el hijo con el uso de comunicación bimodal, lenguaje de signos; evitando la baja interacción social, miedo, inseguridad y dependencia.

De similar forma la discapacidad Física en china afecta a 24,12 millones (29,07%) de personas; En Estados Unidos el 56.8% tienen discapacidad física (Jim, Dickson, 2014). En Ecuador; en la ciudad de Quito 28,776 personas tienen discapacidad física; En Guayaquil 50,328 personas son afectadas; en Cuenca 5,149 personas; y en Loja 602 personas sobrellevan discapacidades físicas (Inec.gov.ec, 2013).

Una de las discapacidades físicas es la Parálisis cerebral y se estima que dos de cada mil personas la padecen, este porcentaje se eleva a diez de cada mil cuando nacen bebés prematuros o con bajo peso al nacer. En el caso de los Traumatismos Craneoencefálicos, en un 50% son causados por accidentes de tránsito, lesiones deportivas, agresiones y caídas. En consecuencia, la Organización Mundial de la Salud ha producido Informes mundiales sobre la discapacidad, para proporcionar datos destinados a la formulación de políticas y programas que mejoren las vidas de las personas con discapacidades y faciliten la aplicación de la Convención de Naciones

Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, que entró en vigor en mayo de 2008.

Ante ello el Gobierno Nacional, a través de la Vicepresidencia de la República, desarrollo el estudio Biopsicosocial, clínico y genético de las personas con discapacidad, en su entorno familiar y social, teniendo en cuenta sus reales necesidades (SETEDIS, 2014).

Como respuesta inmediata al estudio surgieron las misiones “Manuela Espejo” y Joaquín Gallegos Lara, en el marco de la generación de políticas públicas para beneficio de las personas con discapacidad en el Ecuador. Ahora las personas con discapacidad, estudian, trabajan y son incluidas; “La Misión Solidaria Manuela Espejo se Fortalece a través de la Secretaría Técnica de Discapacidades (SETEDIS), creada por el decreto ejecutivo el 30 de mayo de 2013. La Secretaria mantiene los Programas de la Misión Solidaria Manuela Espejo e inicia nuevos retos hacia la accesibilidad Universal y el Desarrollo Tecnológico, Inclusión Educativa, Investigación Técnica y otros. La Misión Crece y se Fortalece, además presta Ayudas Técnicas como Sillas de ruedas, kits visuales, Integración laboral, detección temprana de las discapacidades visual y auditiva, Programa Joakin Gallegos Lara Transferencia monetaria condicionada de 240 dólares.

Ante esta realidad se considera pertinente formular el problema de investigación ¿De qué manera los estilos parentales influyen en el desarrollo de la autonomía personal y social de los niños y adolescentes con discapacidad visual, auditiva, motora que asisten al “patronato de amparo social municipal del cantón Espíndola” de la provincia de Loja 2014.

c. JUSTIFICACIÓN.

La presente investigación se considera un tema de actualidad por cuanto permitirá conocer, como los estilos parentales influyen en el desarrollo personal y social de los niños y adolescentes con discapacidad visual, auditiva y motora. Este estudio fortalecerá la formación profesional, porque se profundizará en el estudio de la familia y el desarrollo personal y social de los niños y adolescentes con discapacidades.

Además este trabajo está motivado a investigar los aspectos sociales que dificultan el acceso de las personas con discapacidad a la adquisición de habilidades para su independencia y autonomía, por lo que pienso que esta investigación servirá de aporte significativo para la familia y sociedad.

Reviste de originalidad por qué no se han realizado otras investigaciones que permiten caracterizar como los estilos de paternidad influyen en el desarrollo de la autonomía personal y social de los niños y adolescentes con discapacidades.

También profundizar en el estudio del desarrollo de la autonomía personal y social de personas con discapacidades, permitirá planificar proyectos de educación inclusiva, convivencia familiar adecuada, para niños, adolescentes, padres y comunidad para una apropiada interacción y un buen vivir, mediante la orientación familiar a nivel institucional o libre ejercicio; además es un aporte porque será una fuente de consulta para futuras investigaciones sobre esta temática, del mismo modo servirá para contrastar los referentes teóricos con los datos empíricos obtenidos en nuestra realidad local.

Al finalizar el trabajo se abrirá un espacio de socialización con los padres de familia y la comunidad a fin de concienciar la realidad existente a través de los resultados de esta investigación, es por esto que se justifica su realización.

Para la elaboración de la presente investigación se cuenta con la asesoría de docentes, un marco teórico referencial amplio de la biblioteca del área, internet, revistas, y todos los medios necesarios tanto humanos como económicos, que facilitaran su ejecución.

Finalmente, se justifica su elaboración porque permite unificar la teoría con la práctica, evidenciando la formación recibida durante cuatro años en la carrera de Psicología, habilitando el estudio reflexivo que permite con destreza el estudio analítico de los estilos de crianza de los padres y el desarrollo personal y social de personas con discapacidades.

d. OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL

- Investigar la influencia de los estilos educativos parentales en el desarrollo de la autonomía personal y social de los niños y adolescentes con discapacidad visual, auditiva, motora que asisten al “Patronato de Amparo Social Municipal del Cantón Espíndola” de la Provincia de Loja 2014.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar los estilos educativos parentales existentes en los hogares de los niños y adolescentes que asisten al “Patronato de Amparo Social Municipal del Cantón “Espíndola” de la Provincia de Loja.
- Identificar aspectos del desarrollo autónomo personal y social de los niños y adolescentes con discapacidad visual, auditiva y motora.
- Establecer la influencia de los estilos educativos parentales en el desarrollo personal y social de los niños y adolescentes con discapacidad visual, auditiva, motora.

e. MARCO TEÓRICO

1. Estilos Educativos Parentales.

1.1. Teoría del Sistema Familiar.

1.2. La Familia

1.3. Principales Funciones de la Familia.

1.3.1. Función económica

1.3.2. Función afectiva o de apoyo

1.3.3. Función socializadora

1.3.4. Función asistencial

1.4. Crianza y Educación de los hijos

1.5. Definición de Estilos Parentales

1.5.1. Tipos de estilos educativos parentales

1.5.2. Estilo con autoridad

1.5.3. Estilo autoritario

1.5.4. Estilo permisivo - negligente

1.6. ¿Por qué es importante el Estilo de Paternidad?

1.6.1. Claves para convertirse en Padres con Autoridad

1.7. La influencia del padre.

1.7.1. Relaciones padres e hijos

1.7.2. Relaciones con otros niños.

1.8. Factores que promueven la armonía y estabilidad familiar

1.8.1. Autonomía de los niños y adolescentes.

1.8.2. Los hábitos básicos de la autonomía personal.

1.9. Conflicto y estabilidad familiar

2. Desarrollo de la autonomía personal y social de los niños y adolescentes con discapacidad visual, auditiva, motora.

2.1. Desarrollo personal y social de niños y adolescentes.

2.2. Modelo bio-psico-social de la discapacidad.

2.2.1. Definición de discapacidad.

2.3. Discapacidad visual.

2.3.1. Etiología de la discapacidad.

2.3.2. Problemáticas afectivas asociadas a la discapacidad visual.

2.3.3. Problemáticas emocionales en la discapacidad visual.

2.3.4. Discapacidad visual y educación.

2.3.5. Familia y discapacidad visual.

2.4. Personas con discapacidad auditiva

2.4.1 Clasificación de la deficiencia auditiva.

2.4.2 Atendiendo el grado de pérdida auditiva.

2.4.3 Atendiendo a la estructura orgánica del oído afectada.

2.4.4 Desarrollo de la persona con deficiencia auditiva.

2.4.5 Desarrollo socioafectivo.

2.4.6 Desarrollo comunicativo.

2.5. Personas con discapacidades físicas

2.5.1. Parálisis cerebral

2.5.2. Clasificación

2.5.3. Criterio clínico

2.5.4. Según la topografía

2.5.5. Según el grado

2.5.6. Traumatismos craneocefálicos

2.6. Necesidades de las personas con discapacidades

1. ESTILOS EDUCATIVOS PARENTALES

1.1. TEORÍA DEL SISTEMA FAMILIAR.

Una familia puede considerarse como un sistema porque, los integrantes se consideraran partes mutuamente interdependientes ; para adaptarse a los cambios, externos e internos, incorpora información de su medio, toma decisiones, trata de responder, obtener feedback de su éxito y modificar su conducta si es necesario; tiene límites permeables que la distinguen de otros grupos sociales, y debe cumplir ciertas funciones para sobrevivir, como el mantenimiento físico, económico, la reproducción, socialización y cuidado emocional de sus miembros. En síntesis, la familia es un sistema social abierto, dinámico, dirigido a metas y autorregulado (Broderick, 1993, p. 37 citado en Arias, 2012).

1.2. LA FAMILIA

La familia es un sistema de relaciones fundamentalmente afectivas, en el cual el ser humano permanece largo tiempo, y no un tiempo cualquiera de su vida, sino el constituido por fases evolutivas cruciales, como la infancia y la adolescencia (Nardone, 2003 citado en Arias, 2012). En esta misma línea, Beutler, Burr, Bahr y Herrin (1989) citado en Arias (2012) sugieren que la familia es un ámbito relacional con rasgos característicos que, tomados de manera conjunta, la diferencian de todas las demás esferas de relación interpersonal. Algunos de estos rasgos son: La familia, además de servir a la supervivencia, persigue objetivos adicionales de distinta naturaleza, como la intimidad, la cercanía, el desarrollo, el cuidado mutuo y el sentido de pertenencia; son propias de la interacción familiar la naturaleza del afecto y la intensidad de la emoción, cualquiera que sea su valencia; el altruismo es una forma de relación dominante.

Esto significa que, a grandes rasgos, la cualidad esencial de la vida familiar es un acuerdo o compromiso emocional: se estimula el cariño, el cuidado y la

implicación mutua; hay una continua donación recíproca sin preocuparse demasiado por el valor de lo que se intercambia en las transacciones ; no se espera una comprensión equivalente y la armonía en las relaciones se valora más que los bienes y servicios intercambiados; los lazos familiares implican un sentido de responsabilidad interpersonal y obligación hacia los otros que es más fuerte y más fundamental que las obligaciones prescritas por los sistemas legales (Arias, 2012).

1.3. PRINCIPALES FUNCIONES DE LA FAMILIA.

La diversidad de familias presentes en la sociedad de hoy en día hace replantearse si la familia tiene unas funciones estándares o si estas dependerán de cada tipología familia. Así, por ejemplo, algunas funciones tradicionalmente atribuidas a la familia, como la reproductiva, la educación formal y religiosa o la función de cuidado de ancianos y enfermos, han perdido importancia a lo largo de las últimas décadas. La función reproductiva es, actualmente, menos relevantes para algunos tipos de uniones donde los conyugues deciden no tener descendencia y prueba de ello es el número de nacimientos, que está disminuyendo en la mayor parte de países industrializados. También en las actuales sociedades de servicios están asumiendo, cada vez más, la función de cuidado de ancianos y enfermos con iniciativas tanto públicas como privadas mediante instituciones especializadas, y la función de educación formal y religiosa se ha delegado a instituciones fuera de la familia, como los colegios e institutos laicos y religiosos. Sin embargo, es indudable que la familia continúa desempeñando algunas funciones básicas y en la mayor medida, comunes a todos los tipos de familias actuales, como es el caso de las funciones económicas y de apoyo o afectiva (Jiménez, 2012).

Así, Musitu y Cava (2001) citado en Jiménez, (2012) sugieren que en la sociedad actual se espera que la familia, al menos la unión denominada nuclear, cumpla funciones de compañía, actividad sexual, apoyo mutuo,

educación, cuidado de los hijos. La familia continua siendo la única institución que cumple simultáneamente varias funciones clave para la vida de la persona y también para la vida en sociedad.

1.3.1. FUNCIÓN ECONÓMICA: La familia regula los comportamientos económicos básicos y más elementales, desde la alimentación de sus integrantes en la infancia hasta la provisión financiera a los hijos adultos necesitados.

1.3.2. FUNCIÓN AFECTIVA O DE APOYO: La familia permite la expresión íntima de afectos y emociones. Además, es proveedora de recursos materiales y personales a sus integrantes. Es el lugar elegido por la mayoría de personas para solicitar consuelo ayuda.

1.3.3. FUNCIÓN SOCIALIZADORA: Una de las funciones principales que desempeña la mayoría de las familias es la del cuidado y atención de los hijos, pues procura su desarrollo integral, psicológico y social. Desde la familia se ejerce la principal labor de transmisión de valores a los hijos mediante la aplicación de prácticas educativas concretas.

1.3.4. FUNCIÓN ASISTENCIAL: Esta función se desarrolla principalmente cuando algún miembro de la familia presenta un problema específico que requiere atención y ayuda especiales (Jiménez, 2012).

1.4. CRIANZA Y EDUCACIÓN DE LOS HIJOS

La función de socialización que ejerce la familia implica que muchos de nuestros pensamientos, comportamientos y hábitos tengan su origen directo en esta o, dicho en otras palabras, la familia es el contexto social por excelencia en el cual se comienza a entender cómo es el mundo, el fundamento de las relaciones sociales, así como a configurar un sistema de valores personales y

una identidad particular. Los hijos observan en sus padres que conductas son más o menos apropiadas y aceptadas en su contexto, es decir, que aspectos son más valorados en su cultura y sociedad para su mejor desempeño adulto. También los padres son importantes depositarios de información sobre los roles ocupacionales y de género. Además, la transmisión de estos valores, actitudes, modos de comportamiento ocurre en un ambiente o clima familiar emocional que está marcado por el tipo de estilo parental utilizado por los padres (Jiménez, 2012).

La mayoría de investigaciones acerca de los estilos parentales destacan dos dimensiones: Apoyo parental (afecto, implicación y aceptación del hijo frente a hostilidad y rechazo) y Control parental (permisividad e indulgencia frente a coerción e imposición). Más específicamente (Musitu y Cava 2001 citado en (Arias, 2012) sostiene que la dimensión de apoyo hace referencia a aquellas conductas de los padres cuyo objeto es que los hijos se sientan aceptados, comprendidos, y se refleja en la expresión de afecto, satisfacción, ayuda emocional y también material; algunos ejemplos son las alabanzas, elogios, expresiones físicas de cariño y ternura. La dimensión control se refiere a la actitud que asumen los padres hacia los hijos con la intención de dirigir su comportamiento y se expresa en orientaciones, como dar consejos o sugerencias, también en actitudes y conductas más coactivas, como amenazar con castigos, castigar directamente obligar a cumplir determinadas normas.

1.5. DEFINICIÓN DE ESTILOS EDUCATIVOS PARENTALES

Son los modos que utilizan los padres para regular las conductas de los hijos y transmitirles el sistema de valores del entorno sociocultural y del propio familiar. Es decir los estilos parentales son un conjunto de estrategias que emplean los padres para influir en sus hijos e inculcarles un conjunto de valores y normas culturales que guíen su conducta social (Baumrind citado en Cavanaugh, 2011).

1.5.1. TIPOS DE ESTILOS EDUCATIVOS PARENTALES

Existen varias clasificaciones realizadas por diversos autores sobre estilos parentales, sin embargo el trabajo más acertado es el realizado por Diana Baumrind. Su trabajo permitió identificar tres estilos básicos de crianza y describir los patrones de conducta más característicos de los niños educados de acuerdo a cada estilo. Para Baumrind, el elemento clave del rol parental es el grado de control ejercido sobre los hijos de manera que baso su clasificación sobre la base de esta dimensión. Denomino a estos estilos parentales del siguiente modo: estilo autoritario, cuando los padres valoran la obediencia y restringen la autonomía del hijo; estilo permisivo, cuando los padres no ejercen prácticamente ningún tipo de control sobre sus hijos y les conceden un grado muy elevado de autonomía; estilo Autorizativo, que se sitúa en un punto intermedio, en el cual los padres intentan controlar la conducta de sus hijos sobre la base de la razón más que con la imposición (Bermal Aurora, 2012).

1.5.2. ESTILO CON AUTORIDAD

Representa el estilo de crianza más exitoso. Estos padres proporcionan estructura firme y orientación sin ser demasiado controladores. El padre es la figura de la autoridad, firme pero comprensiva, que está dispuesta a ofrecer consejos, escuchan las opiniones, preocupaciones de sus hijos y explican sus decisiones (Nevid, 2011).

CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS: elevada competencia y confianza en sí mismo socialmente responsables.

CONSECUENCIAS CONDUCTUALES: enérgicos, amistosos, alta capacidad de autocontrol, éxito académico, capacidad empática (Bermal Aurora, 2012).

1.5.3. ESTILO AUTORITARIO

Los padres autoritarios son rígidos y controladores en exceso. Ellos esperan y exigen obediencia incondicional de sus hijos. Si los niños se atreven a

cuestionar por qué se les ordena hacer algo, es probable que la respuesta sea: “Porque lo digo yo”. Los padres autoritarios son insensibles a las necesidades de sus hijos y recurren a formas severas de disciplina. Además, permiten que sus hijos tengan muy poco control sobre sus vidas (Nevid, 2011).

CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS: baja autoestima, baja interiorización de normas sociales.

CONSECUENCIAS CONDUCTUALES: conflictivos, irritables, descontentos, desconfiados, malas habilidades de comunicación, retraídos y desconfiados (Bermal Aurora, 2012).

1.5.4. ESTILO PERMISIVO - NEGLIGENTE

Los padres permisivos tienen una actitud de “todo está permitido” en cuanto a la crianza de sus hijos. Pueden responder de forma afectuosa, pero son demasiados laxos en lo que se refiere al establecimiento de límites y a la imposición de disciplina.

Los padres Negligentes (baja responsividad y baja exigencia) los padres que presentan este estilo educativo tienden a limitar el tiempo que invierten en las tareas parentales y se centran, exclusivamente, en sus propios intereses y problemas; proporcionan poco apoyo y afecto y establecen escasos límites de conducta a sus hijos (Morris Charles, 2014).

CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS: problemas de regulación emocional, baja interiorización de normas sociales, baja tolerancia a la frustración.

CONSECUENCIAS CONDUCTUALES: impulsivos, dependientes, inmaduros, irrespetuosos, poco controlados, menos competentes socialmente, agresividad (Bermal Aurora, 2012).

1.6. ¿POR QUÉ ES IMPORTANTE EL ESTILO DE PATERNIDAD?

Baumrind cree que la paternidad con autoridad es el estilo más exitoso de paternidad y señala las evidencias que indica que los hijos de padres con autoridad tienden a mostrar los resultados más positivos en la niñez y la adolescencia (Baumrind, 1991 citado en Nevid, 2011). Estos tienen una alta autoestima y confían más en sí mismos, son competentes en las tareas que emprenden y gozan de popularidad entre sus amigos (Parke y Buriel, 1997 citado en Nevid, 2011). El enfoque de crianza flexible, pero firme de los padres con autoridad motiva a sus hijos a ser independientes y asertivos, aunque también respetuosos de las necesidades de los demás.

1.6.1. CLAVES PARA CONVERTIRSE EN PADRES CON AUTORIDAD

Los padres con autoridad establecen límites firmes, pero toman tiempo para explicar sus decisiones y para escuchar los puntos de vista de sus hijos. También les ayudan a desarrollar un sentido de competencia al plantear demandas razonables de conducta. He aquí algunas sugerencias para convertirse en un padre con autoridad (Nevid, 2011).

RECURRA A LA RAZÓN NO A LA FUERZA: explique las reglas, pero cuide que las explicaciones sean breves. Cuando el niño arroje la comida contra la pared, Ud. puede decir: “Nosotros no hacemos eso. Tu conducta causa un desorden y yo tendré que limpiarlo”.

MUESTRE CALIDEZ: La autoestima de los niños se moldea de acuerdo con la manera en como los demás, en especial sus padres, se relacionan con ellos. Exprese sus sentimientos de forma verbal por medio de elogios y de forma física por medio de abrazos, de besos y de tomarse de las manos mientras caminan juntos. Elogie al niño por terminar sus tareas, incluso las que son pequeñas.

ESCUCHE LAS OPINIONES DE SUS HIJOS: motive al niño a expresar sus emociones y sentimientos, pero explique por qué es importante cumplir con las reglas.

ESTABLEZCA EXPECTATIVAS MADURAS PERO RAZONABLES: motíVELO a adoptar conductas maduras que coincidan con su nivel de desarrollo. Si un niño requiere asistencia, demuéstREle como realizar la conducta esperada y dele motivación y retroalimentación cuando la intente de manera independiente.

1.7. LA INFLUENCIA DEL PADRE.

A pesar de que gran parte de las investigaciones sobre las relaciones padre/madre hijo se han centrado en los niños y sus madres, no demos perder de vista la importancia de los padres varones en el desarrollo infantil. Lo niños cuyos padres conviven con ellos durante los alimentos, invierten tiempo en diversión y descanso, los ayudan con las tareas escolares, tienden a mostrar un mejor desempeño académico que aquellos con padres menos involucrados (Cooksey y Fondell, 1996 citado en Nevid, 2011). Los investigadores también han descubierto que los niños que viven en hogares con dos padres, tienden a mostrar un mejor desempeño académico y social que aquellos que viven en hogares conformados por madre - pareja o madre soltera (Thomson, Hanson 1994 citado en (Nevid, 2011).

Los padres y las madres tienden a diferir en sus conductas de paternidad. Los padres tienden a motivar a sus hijos a ser independientes y asertivos y a correr riesgos (Fitzgerald et al., 2003 citado en Nevid, 2011). Comparados con las madres, los padres, por lo regular, brindan menos cuidados básicos (alimentación, baño etc.) pero se involucran con sus hijos en juegos más activos, en términos físicos (Parke y Buriel, 1997 citado en Nevid, 2011). Por ejemplo, un padre puede sostener a su hijo en el aire (“Jugar al avión), mientras la madre se involucra en juegos más restringidos a nivel físico, como

“sorpresa” y hablar o cantar con voz tranquilizante. Sin embargo, una mayor cantidad de juegos físicos con el padre no es característica de todas las culturas. En comunidades de China, Malasia e India, por ejemplo, es raro que los padres y madres se aproximen al juego físico con sus hijos (Parke y Buriel, 1997 citado en Nevid, 2011).

1.7.1. RELACIONES PADRES E HIJOS

A medida que los hijos crecen, se amplía su mundo social. Erikson consideraba que la etapa entre los tres y los seis años se caracteriza por una mayor iniciativa, rodeada de una culpa potencial (iniciativa en comparación con culpa). A esta edad los niños hacen cada vez más esfuerzos independientes por lograr metas, planear, realizar proyectos, dominar nuevas habilidades que van desde andar en bicicleta y dibujar hasta escribir palabras sencillas. El aliento de los padres para estas iniciativas provoca que los niños disfruten al emprender nuevas tareas, pero si son criticados y recriminados de manera repetida por los errores que cometen, podrían desarrollar intensos sentimientos de inadecuación, resentimiento y culpa. De acuerdo con Erickson, el principal desafío en esta etapa consiste en evitar estos sentimientos negativos (Morris Charles, 2014).

1.7.2. RELACIONES CON OTROS NIÑOS.

A una edad muy temprana los niños empiezan a mostrar interés por otros niños, pero las habilidades sociales que se requieren para jugar con ellos solo se desarrollaran gradualmente. Los hermanos están entre los primeros pares de la mayoría de niños. La calidad de relaciones entre hermanos puede tener un impacto importante, en especial en la forma en la que los niños aprendan a relacionarse con otros pares. Una vez que los niños ingresan a la escuela, la influencia de los pares fuera de la familia aumenta de manera importante. Ahora enfrentan una gran presión para formar parte de un grupo de pares de amigos. En los grupos de pares de niños aprenden muchas cosas valiosas,

como la manera de participar en actividades de cooperación y a negociar los roles sociales de líder y seguidor (Barber, Stone, 2005 citado en Morris Charles, 2014).

Tener éxito al hacer amigos es una de las tareas que Erickson consideraba de central importancia para los niños entre las edades de 7 a 11 años, la etapa de la industriiosidad en comparación con inferioridad. A esta edad los niños deben dominar muchas habilidades mucho más difíciles, una de las cuales es la interacción social con los pares. Otras tienen que ver con el dominio de las habilidades académicas en la escuela, cumplir con las crecientes responsabilidades que se les imponen en el hogar y aprender a hacer varias tareas que se necesitan cuando lleguen a la vida adulta independiente. En opinión de Erickson, si los niños se ven desalentados en sus esfuerzos por prepararse para el mundo adulto, pueden concluir que son inadecuados o inferiores y perder la fe en su poder para volverse autosuficientes. En cambio, aquellos cuya laboriosidad es recompensada desarrollan un sentido de competencia y seguridad en sí mismos (Morris Charles, 2014).

1.8.FACTORES QUE PROMUEVEN LA ARMONÍA Y ESTABILIDAD FAMILIAR

- Comunicación abierta y empática entre cónyuges y entre estos sus hijos.
- Resolución efectiva de los conflictos familiares mediante el diálogo y la negociación.
- Disciplina familiar coherente y estilo parental de socialización democrático.
- Vínculo afectivo entre los miembros de la familia, muestras de cariño y apoyo mutuo (Arias, 2012).

1.8.1. AUTONOMÍA DE LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES.

La autonomía personal de los niños y adolescentes es la capacidad de realizar las actividades de la vida diaria sin necesidad de la ayuda de otra persona.

Las actividades de la vida diaria son aquellas tareas que las personas desarrollan habitualmente en su vida cotidiana. Por un lado, las actividades básicas de la vida diaria son habilidades básicas referentes al autocuidado personal. Incluyen actividades relacionadas con la higiene personal, comer, beber, vestirse, control de esfínteres y desplazarse (Sendra, 2012).

Por otro lado, las actividades individuales de la vida diaria incluyen tareas más complejas que requieren del usuario un grado mayor de capacidad funcional para poder desarrollarlas. Son actividades orientadas a la organización e interacción con el entorno, como, por ejemplo, uso del teléfono y otros medios de comunicación, cuidado de otros, uso del transporte, realización de labores domésticos, control de la economía y manejo de dinero, toma de medicación, etc.

1.8.2. LOS HÁBITOS BÁSICOS DE LA AUTONOMÍA PERSONAL

La adquisición de los hábitos básicos de la autonomía personal supone alcanzar progresivamente hitos evolutivos que se asocian con la independencia del niño con respecto a sus padres. La correcta instauración de los hábitos básicos de la autonomía personal implica la puesta en marcha de mecanismos cognitivos, motrices, emocionales y relacionales desde edades muy tempranas.

Comellas (2000) citado en LLanova, (2012) se refiere al hábito como una conducta aprendida que se lleva a cabo cotidianamente y se ejecuta con cierta corrección sin requerir del control, presión o respuesta del entorno, mientras que considera la autonomía como un factor favorecedor de la madurez personal que posibilita que el individuo tome decisiones y resuelva de forma activa los requerimientos y las exigencias con que se encuentra, basándose en el análisis de la realidad y de los factores que la determinan.

Los hábitos básicos de la autonomía personal incluyen aquellos comportamientos, principalmente domésticos, cuya adquisición resulta

indispensable para que el niño realice un desarrollo social normal. Dichos hábitos le permitirán enfrentarse paulatinamente a las exigencias de su entorno, sin recurrir a la ayuda de los adultos, tomando sus propias decisiones y asumiendo su responsabilidad. Entre los hábitos básicos de la autonomía personal se incluyen: 1) alimentación: uso de cubiertos, comportamiento en la mesa y dieta; 2) vestido: calzarse, abotonarse y elección adecuada de ropa; 3) sueño: inicio y mantenimiento del sueño nocturno, y establecimiento del ciclo del sueño- vigilia; 4) aseo e higiene: uso del baño, cepillarse los dientes e higiene corporal en general; 5) orden; recoger y ordenarla habitación, objetos y juguetes, y 6) habilidades sociales relacionadas con desplazamientos, compras o encargos.

La instauración del hábito supone atender determinados factores de aprendizaje que facilitaran la progresiva implantación y automatización de la habilidad. Sin embargo, los patrones de enseñanza están determinados por modelos culturales, de modo que el momento de inicio del entrenamiento, las estrategias empleadas y el nivel de exigencia difieren entre las distintas sociedades (LLanova, 2012).

1.9. CONFLICTO Y ESTABILIDAD FAMILIAR

El grado de conflicto y estabilidad familiar que caracteriza las interacciones familiares es otro factor con un impacto fundamental en el ajuste de los hijos (Buehler y Gerard, 2002 citado en Jiménez, 2012). En la situación ideal, los padres practican y fomentan la comunicación abierta y empática entre ellos y con sus hijos, saben manejar los conflictos familiares que, además, no son frecuentes ni de intensidad, muestran calidez afectiva y apoyo a sus hijos, y comparten un proyecto común para la educación y crianza de estos, en el cual ambos participan activa y cooperativamente. De hecho la expresión abierta de opiniones y sentimientos en la familia se relaciona con el bienestar psicológico de los hijos y su ajuste en distintas facetas, como: emocional, social y académica (Bosma, 1998 citado en Jiménez, 2012).

En cambio, los problemas de comunicación y la interacción ofensiva e hiriente entre padres e hijos se ha vinculado con el desarrollo de síntomas depresivos y problemas de comportamiento (Estévez, Misitu, 2005 citado en Jimenéz, 2012).

También la frecuencia de conflictos familiares puede estar en el origen de algunos problemas de ajuste en los hijos, especialmente si los padres se agreden verbal o físicamente como la dificultad para interiorizar estrategias no violentas de interacción con otras personas o, incluso, el consumo de sustancias y el desarrollo de problemas de conducta (Mahoney 2001 citado en Jimenéz, 2012) no obstante, el conflicto quizá no resulte destructivos en todos casos si, por ejemplo, los padres discrepan y luego se reconcilian mediante la utilización del dialogo y la negociación, un patrón que se puede enseñar a los hijos como solucionar de manera positiva desencuentros con iguales (Cummings, 2003 citado en Jimenéz, 2012). De hecho la negociación y la complementariedad de tareas es una característica definitoria de la familia y sugiere una concepción dinámica de la vida familiar como proceso (Gracia y Musitu, 2000 citado en Jimenéz, 2012).

2. DESARROLLO DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y SOCIAL DE LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD VISUAL, AUDITIVA, MOTORA.

Cuando un niño con discapacidad auditiva, visual, motora, llega a una familia, esta se enfrenta a una situación de crisis que genera sentimientos de angustia, confusión, dudas e incertidumbres. Algunos autores describen este estado como duelo, proceso por el que atraviesan los sujetos ante una situación de pérdida.

En el caso del nacimiento de un niño, lo que se pierde es el hijo deseado, fantaseado, imaginario y tiene que dar lugar al advenimiento del niño real, aceptándolo tal cual es y dándole el lugar de hijo. El modo en que la familia

resuelve este proceso, complejo por cierto, va a tener una influencia fundamental en el desarrollo del niño (Belotti, 2010).

Por ello, el espacio de la educación temprana, ocupa un lugar central y adquiere connotaciones importantes ya que permiten a los padres (angustiados, conmocionados) establecer con los profesionales una relación (transferencia) que les sostenga en el ejercicio de las funciones parentales.

Cada familia inicia un proceso único e irrepetible, por lo que no hay una receta técnica a la cual amarrarnos sino que cada caso en particular requerirá analizar que estrategias de abordaje implementar y a veces ir modificando a medida que el niño y su familia van transitando por las distintas etapas y circunstancias de la vida.

El deseo es que del proceso que se inicia en los primeros tiempos de la vida del niño, se comience a vislumbrar la realidad del hijo y a elaborar los sentimientos que esto provoca, por lo general, relacionados con la muerte, el fracaso, la locura, la culpa.

En estas familias, lo orgánico genera un impacto en sus miembros, pero en las familias de los niños que no hay un compromiso orgánico, este impacto es diferente y se manifiesta a través de distintas reacciones y sentimientos cuando se plantean las dificultades de sus hijos para aprender (Belotti, 2010).

En ocasiones aparece la negación de la problemática, en otras dudas, temores, pero así también aparece el reconocimiento de la misma. Sentimientos que nos permiten apreciar el lugar que ocupa el niño en esa dinámica particular y dar inicio al acompañamiento de las familias en el proceso de inclusión escolar de sus hijos.

Acompañar implica, brindarles un espacio donde se pueda conocer la historia y vicisitudes de cada una de las familias, abordar los sentimientos que despiertan los problemas que acontecen en el aprendizaje, transmitir las

pautas esperables en el desarrollo evolutivo de los niños, establecer un vínculo que opere como facilitador del trabajo de todo el equipo.

Sin duda, es una tarea compleja, que dependerá de cada estructura familiar, de su flexibilidad o de su rigidez para implementar los cambios que sean necesarios al interior de su dinámica, cambios que posibiliten reconocer, entender, contener y acompañar los diferentes problemas que se plantean en el proceso de desarrollo de sus hijos (Romero, 2011).

La familia que ingresa al programa de apoyo es evaluada en singular ya que consideramos que es quien tiene a su cargo la primera y más importante de las integraciones que es la del niño en su seno familiar la cual se constituye en matriz para las posteriores integraciones. No le podemos exigir a un niño que se integre a una escuela sino ha podido aun establecer un vínculo adecuado con su madre y luego diferenciado de ella.

El proceso que comienza con el conocimiento de la discapacidad del hijo, se reedita en los diferentes momentos de la historia escolar del hijo, por lo que ni podemos dejar de lado a la familia. Es tan importante trabajar con ellos como con el niño y apostar a la producción de efectos terapéuticos que modifiquen la posición del niño en el discurso familiar (Romero, 2011).

2.1. DESARROLLO PERSONAL Y SOCIAL DE LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES.

El desarrollo personal y social, se inicia desde la niñez, ya que los niños desarrollan sus emociones, a través de la interacción social, es por eso que se habla de desarrollo personal y socioemocional.

La socialización y sus bases se asientan durante la infancia y según los aprendizajes adquiridos socialmente, los seres humanos vamos evolucionando.

Aprender a interactuar con los demás es un aspecto importante del desarrollo en la niñez. Al inicio de la vida las relaciones más importantes de los

niños y adolescentes son las que tienen con sus padres y otros cuidadores. Como van creciendo sus relaciones importantes se han extendido, ahora incluyen a hermanos, compañeros adultos fuera de la familia. Su mundo social se expande aun cuando se integran al sistema escolar y social. (Morris Charles, 2014).

2.2. MODELO BIO-PSICO-SOCIAL DE LA DISCAPACIDAD

Este modelo trata de brindar una perspectiva integral del ser humano en toda su complejidad y en interacción con su entorno. Este modelo procede de la teoría general de los sistemas, que postula que todos los seres vivos son sistemas organizados e interrelacionados en y entre sus diferentes niveles: biológico, psicológico y social. La teoría general de los sistemas ha jugado un papel fundamental en la unificación de una serie de tendencias que han gravitado hacia una visión más holística, integral del ser humano, que no considera solo la biología o la psicología de la persona, sino también su realidad subjetiva y objetiva única, creado por ciertos substratos biológicos dados y por el entorno social y cultural dentro de la cual la persona nació y en los que transcurre su vida (Fischman, 1994 citado en Lou, 2011).

La discapacidad nace en un estado de salud, pero involucra a toda una persona, afectando a sus relaciones y a sus productos. El modelo biopsicosocial/ integrador es hoy una tendencia universal. La crítica de los colectivos discapacitados al modelo medico dominante, constituidos en movimientos de auto apoyo, y la demanda de participación, han sido elementos clave en este avance (Basnett, 2001 citado en Lou, 2011). No obstante la base de conocimientos del modelo de integración es muy amplia e incluye las ciencias biológicas, medicas, psicológicas, sociales y jurídicas, además de las experiencias y contribuciones de las personas con discapacidad. Este modelo de integración ya está presente en ciertos esfuerzos de políticas, prácticas e investigaciones de todos los países.

2.2.1. DEFINICIÓN DE DISCAPACIDAD.

La discapacidad es el resultado de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás (ONU, 2006 citado en Lou, 2011). La OMS define a la discapacidad como la restricción o impedimento de la capacidad de realizar una actividad en forma normal para el ser humano, se caracteriza por excesos o insuficiencias en el desempeño de una actividad rutinaria, los cuales pueden ser temporales o permanentes debido a deficiencias físicas, visuales, auditivas, o de otro tipo.

2.3. DISCAPACIDAD VISUAL.

La visión es el más activo de los órganos de los sentidos, el mejor organizado y el que proporciona no solo mayor información, sino una perspectiva de la totalidad de los objetos y del mundo que nos rodea, siendo la vía que más nos ayuda en el conocimiento de la realidad, a la vez que nos permite aprender y relacionar rápidamente lo aprendido (López-Justicia 2004 citado en Lou, 2011)).

2.3.1. ETIOLOGÍA DE LA DISCAPACIDAD.

La discapacidad Visual puede estar provocado por malformaciones, enfermedades diversas y /o lesiones en el ojo o en el sistema visual, tanto de origen hereditario como adquirido, de modo que dependiendo de la gravedad de estas, el resultado final será en algunos casos la ceguera total y en otros baja visión. Muchos de los problemas que suelen llevar a la deficiencia visual son hereditarios, pudiendo aparecer con diferente carácter: dominante, recesivo y ligado al sexo, aunque también hay otros tipos que tienen carácter adquirido.

Existe un gran número de patologías o alteraciones visuales que pueden dar lugar a la restricción o pérdida visual, en función del grado de afectación y

de su evolución. Entre las que suelen tener mayor incidencia se encuentran aquellas alteraciones que afectan a la agudeza visual (AV), al campo visual (CV) o las que cursan con dificultades perceptivas. Las alteraciones que afectan a la Agudeza Visual provocan dificultades para ver detalles finos; es el tipo de déficit más corriente, constituyendo el grupo más numeroso de los afectados (Lou, 2011). Dentro del mismo se encuentran aquellos que padecen algunos trastornos como estrabismo (cuando los ojos no están bien alineados o centrados; ambliopía (ojo vago) miopía progresiva o degenerativa (cuando los globos oculares son más largos de lo normal y su longitud sigue creciendo incluso más allá del desarrollo.

Otras alteraciones que afectan al campo visual (porción de espacio físico en la que un objeto puede ser visto cuando se mantiene la mirada fija en un punto), bien al campo central o al campo periférico. Aunque conviene señalar que el término déficit del Campo visual suele referirse al campo periférico, no obstante también se usa para aludir a alteraciones del campo central. En este último caso el área afectada es la zona macular (zona central de la retina responsable de la agudeza visual) siendo algunos ejemplos de esta condición el escotoma central, enfermedad macular y la alteración del nervio óptico.

Siguiendo la definición de la organización mundial de la salud (2008), la baja visión es la pérdida de la agudeza visual y/ o campo visual que incapacita a las personas para la realización de las tareas de la vida diaria. Su agudeza visual tiene que ser igual o inferior a 0,3 (30% de visión) y el campo visual igual o menor a 20°. La pérdida suele ser binocular, aunque queda resto visual útil. Esta causada por determinadas patologías, en ocasiones asociadas a la edad, a traumatismos o enfermedades congénitas.

Ceguera real alude a las personas que carecen totalmente de visión, o bien que tienen percepción de luz, aunque sin proyección. Se entiende por proyección la conciencia individual del desplazamiento del estímulo hacia la periferia del campo visual (Lou, 2011).

2.3.2. PROBLEMÁTICAS AFECTIVAS ASOCIADAS A LA DISCAPACIDAD VISUAL.

Un área de estudio a la que se ha concedido valor en el caso de niños y jóvenes con discapacidad visual, por sus repercusiones en el ámbito personal, educativo y social es la referida autoconcepto.

El autoconcepto juega un papel clave en la vida personal, educativa, y social de los individuos, porque favorece el sentido de la propia identidad; constituye un marco de referencia desde el que interpretar la realidad externa y las propias experiencias; influye en el rendimiento educativo, social y laboral; actúa como motivador y guía de la conducta; condiciona las expectativas, y contribuyen a la salud y al equilibrio psíquicos (Smith, Nolen 2003 citado en Lou, 2011).

Se puede afirmar que para los niños y jóvenes en edad escolar, la escuela y la familia son dos contextos ambientales importantes para su adaptación y la formación del autoconcepto, en lo referente a los sentimientos de satisfacción y confianza con la familia, con el grupo de iguales y con respecto al logro académico (Pons, 2004 citado en Lou, 2011). No obstante, hay determinadas circunstancias, como la presencia de una discapacidad visual, que puede influir negativamente en la formación y desarrollo del autoconcepto en niños y en jóvenes. La adolescencia es la etapa en la que se perfila y define el mismo, pero los cambios que se producen en estos años pueden afectar al desarrollo del autoconcepto de cualquier joven, máxime cuando se presenta una grave discapacidad visual. Así mismo no se puede olvidar que el autoconcepto se halla vinculado a la motivación para realizar una tarea y el rendimiento académico (Martínez, 2004), el cual puede resentirse considerablemente sobre todo cuando, en el contacto permanente con otros de su misma edad, familia o profesionales de la educación, se manifieste una actitud negativa hacia su discapacidad visual.

2.3.3. PROBLEMÁTICAS EMOCIONALES EN LA DISCAPACIDAD VISUAL.

Muchos jóvenes que padecen dificultades visuales graves, suelen manifestar diversos problemas conductuales como consecuencia de ello, o bien mostrar características personales que se pueden resumir en una mayor dependencia de los demás, falta de iniciativa, menos sociabilidad entre otras.

La adolescencia se puede definir como la etapa del desarrollo que separa la infancia de la edad adulta, y en la que se producen grandes cambios, tanto físicos, psicológicos y sociales. Durante este periodo es importante que los jóvenes acepten su físico, establezcan nuevas relaciones con personas de su edad y obtengan una independencia emocional con respecto a la familia. Estas habilidades ayudaran al desarrollo de su personalidad, a aceptar las características de los demás, al tiempo que producen una mayor sensibilidad hacia las relaciones sociales. Por otro lado, atienden más a como los demás los ven o piensan de ellos y en los efectos que su conducta tiene sobre estos, al mismo tiempo que aumenta preocupación por el hecho de sentirse diferentes de los otros, pero intentando encajar dentro del grupo (López Justicia y Pichardo, 2001).

A medida que los jóvenes se hacen mayores va aumentando su independencia familiar, comienza su adaptación a la sociedad; sin embargo en los jóvenes con cualquier tipo de discapacidad, el desarrollo de estas actividades junto al grupo de iguales puede presentar dificultades sobre todo en lo que se refiere al grado de autonomía en el funcionamiento personal y social. Este valorado mediante la eficiencia de diferentes tareas que diariamente se llevan a cabo, aspectos en los que suelen fallar estos jóvenes, pues en la realización de estas actividades de la vida diaria, y especialmente en la orientación y movilidad, las personas con discapacidad visual pueden tener serias dificultades, lo cual puede incidir negativamente en su bienestar social y personal (Fernández, 2011).

2.3.4. DISCAPACIDAD VISUAL Y EDUCACIÓN.

La educación social tiene una naturaleza social, y en función, socializadora, es facilitar a los miembros más jóvenes de la sociedad la apropiación de un conjunto de conocimientos y formas culturales que se consideran esenciales para convertirse en ciudadanos, es decir, personas adultas, autónomas y responsables miembros de esta sociedad. Pero el proceso mediante el cual una persona se incorpora a una cultura es indisoluble de su propio proceso de desarrollo personal, pues la construcción de la identidad personal tiene lugar en el contexto social y cultural concreto, por lo que no se puede separar del proceso de socialización (Coll, 2002 citado en Lou, 2011).

Las consecuencias de la discapacidad visual pueden reflejarse en la educación, en la movilidad, etc. Ello supone que la intervención educativa no puede permanecer al margen de estas necesidades, convirtiéndose en objetivo general la consecución de la total integración, autonomía e independencia en todos los ámbitos: familiar, escolar, social y laboral (López Justicia, 2004).

Un ámbito que no se debe descuidar en la atención educativa con los niños y jóvenes es la rehabilitación visual, por que influye en su calidad de vida, independientemente de la edad. Esta intervención trata de potenciar el desarrollo perceptivo visual, por la conexión entre las habilidades perceptivas y las actividades educativas, sociales y de la vida cotidiana, conexión que esta fuera de toda duda, puesto que la percepción visual interviene en la lectura y escritura, en el propio desplazamiento por el espacio, en la conducción de vehículos, en situaciones en las que es preciso determinar la distancia y la velocidad de los objetos, o cuando hay que diferenciar objetos situados en las distintas orientaciones. No es sorprendente, por ello, que las personas con déficit en la percepción visual presenten dificultades no solo en estas áreas, sino en otras de la vida diaria como la preparación de comidas, o alimentación, vestido y actividades recreativas, incluso se ha señalado que estas personas

caminan más lentamente y tienen más choques con los obstáculos (LLanova, 2012).

2.3.5. FAMILIA Y DISCAPACIDAD VISUAL.

La forma de enfrentarse a la discapacidad visual varía de unas familias a otras y parece estar más relacionada con la respuesta de estas ante situaciones de gran tensión emocional y preocupación, aunque es frecuente que muchos padres y madres, incluso familiares cercanos, tiendan a manifestar cierta sobreprotección hacia estos niños o jóvenes, generalmente debido a la creencia de que la visión es el principal sentido, el que proporciona mayor información del entorno. Por ello, si se encuentra alterado, los padres tienden a evitarles determinados contactos al considerarlos perjudiciales, quizá porque no están seguros de que puedan realizar algunas acciones a consecuencia de su discapacidad. Sin embargo, estas restricciones merman sus posibilidades de aprender, pudiendo generar en los jóvenes sentimientos de inferioridad para enfrentarse a situaciones cotidianas. Es conocido que un estilo de familia con estilo democrático, en el que predomine un buen nivel de comunicación y afecto en la realización entre sus integrantes, y en la que los padres ejerzan un control flexible sobre sus hijos o hijas, favorece mayores niveles de autoestima, así como una mejor adaptación personal y éxito escolar (López Justicia, 2004).

En este estilo es en el que se debe instruir a los padres y madres de estos niños y jóvenes. A menudo, suele ocurrir que las familias con hijos e hijas afectados por la discapacidad visual sobre todo cuando esta es progresiva, busquen ayuda y apoyo en otras que viven la misma situación. Para ello aprovechan la existencia de asociaciones, que tienen como objetivos, compartir preocupaciones, descargar ansiedad, sentirse más seguros y, a la vez, disminuir el sentimiento de soledad ante la enfermedad. Ciertamente, estas medidas disminuyen la atención familiar., porque el apoyo les transmite cierta tranquilidad llevándoles a pensar que pueden hacer frente a las demandas diarias (Agudelo y Sánchez, 2009).

2.4. PERSONAS CON DISCAPACIDAD AUDITIVA

Una persona con deficiencia auditiva es aquella que, a causa de una privación total o parcial de la audición, tiene problemas para la comunicación, necesitando una intervención especializada de tipo médico y educativo, siendo más severa en función del momento de inicio, el grado de la pérdida y la causa de la misma (Castejón 2000 citado en Ortiz, 2011).

2.4.1. CLASIFICACIÓN DE LA DEFICIENCIA AUDITIVA.

2.4.2. ANTENDIENDO EL GRADO DE PÉRDIDA AUDITIVA.

Siguiendo a Fernández (1994) clasifica de la siguiente manera:

Deficiencia Auditiva Leve: Requieren una prótesis adecuada e intervención logopedia durante un tiempo, si bien pueden seguir su escolaridad con total normalidad.

Deficiencia Auditiva media: requiere prótesis adecuada, si su pérdida es superior a 60 dB. En ellos suele aparecer déficit, como dislalias y fallos morfosintácticos, por lo que la estimulación auditiva y el apoyo logopédico son indispensables.

Deficiencia Auditiva severa: las personas, perciben algunas palabras amplificadas, por lo que la adquisición del lenguaje oral no se realiza de forma espontánea. Es imprescindible la intervención logopédica para poder propiciar un habla inteligible y desarrollar un lenguaje estructurado y rico en vocabulario (MEC, 1991, citado en Fernández, 1994).

Deficiencia Auditiva Profunda: las personas no pueden percibir el habla a través de la audición, por lo que se necesitan códigos viso-gestuales para acceder a la información. Como posible solución, se baraja el implante coclear

en muchos casos. La intervención logopédica se requiere durante mucho tiempo, debiendo comenzar antes de los tres años para no provocar retrasos irreversibles en la adquisición del lenguaje.

2.4.3. ANTENDIENDO A LA ESTRUCTURA ORGÁNICA DEL OÍDO AFECTADA.

La deficiencia auditiva se clasifica en conducción o transmisión, neurosensorial o perceptiva, mixta y central.

La hipoacusia de conducción o transmisión

Se produce cuando hay alteraciones en las estructuras del oído externo y medio. Podemos encontrar malformación del pabellón auditivo, obstrucción en el conducto auditivo externo. Estas afecciones afectan a la cantidad de sonido que percibe el sujeto. Pero no a su calidad, pudiendo distinguir los armónicos y los sonidos graves y agudos, altamente importantes para la distinción de los fonemas en la lengua oral.

En la sordera neurosensorial retrococlear

No se da el reclutamiento positivo, la inteligibilidad verbal es desproporcionadamente mala en relación con los umbrales de la audición para tonos puros, y se acompaña de la adaptación auditiva, consistente en una disminución de la sensación de sonoridad que se produce cuando el oído se estimula con un sonido continuo (Gavilán, 1988 citado en Ortiz, 2011).

La hipoacusia o deficiencia auditiva mixta ocurre cuando la sordera tiene componentes tanto de conducción como de percepción; por tanto, el sujeto que la padece puede tener dificultades tanto con la cantidad de sonido como la distorsión del mismo.

La sordera central

Aparece cuando la lesión está a nivel del nervio auditivo o, lo que es más complicado, a nivel del sistema nervioso central; así, el oído puede estar funcionando correctamente, mandando información al cerebro que esté no puede codificar. Este tipo de sordera se considera irrecuperable.

2.4.4. DESARROLLO DE LA PERSONA CON DEFICIENCIA AUDITIVA.

El desarrollo integral de una persona con sordera va estar influida por variables tales como el propio grado de la deficiencia, la edad de la aparición, el nivel intelectual, la implicación familiar, la escolarización etc. Como señalan Torres y Santana (2001), existe el mito de que la sordera no es una deficiencia tan terrible como puedan serlo otras. Sin embargo, este problema genera tres grandes discapacidades destacables: restricciones en el desarrollo del lenguaje oral, reducción de las experiencias sociales que limitan la educación y la adquisición de conocimientos y, por último, desigualdad de oportunidades para competir en el campo laboral.

2.4.5. DESARROLLO SOCIOAFECTIVO.

Este tipo de desarrollo, así como el comunicativo, van a ser muy diferentes, dependiendo si los padres de la persona sorda, en cuestión son sordos o no. Si son sordos, como el hijo o la hija, tanto un desarrollo como el otro se van a ver muy favorecidos. En cambio, si los padres son oyentes nos vamos a encontrar que los procesos interactivos de comunicación entre padres e hijos son más pobres y que su contenido se va a ver sustancialmente reducido a causa de la falta de dominio de un código común. Esto redundará en la falta de explicación suficiente sobre el funcionamiento y las normas sociales, así como de los valores que los sustentan (García, 2008).

En el trabajo realizado por el investigador Caw et al. (2006), citado en Simón (2008), que concluyó que los hijos sordos de familias oyentes encuentran más

situaciones de riesgo, que pueden obstaculizar su desarrollo emocional y social. Este riesgo socioemocional no es consecuencia de la sordera, sino de ser sordo en un ambiente que no se adapta a las necesidades lingüísticas del niño. Los desafíos lingüísticos y comunicativos pueden conducir a un rango de interacciones sociales y de estrategias de resolución de problemas limitado. No obstante estos mismos autores consideran que un número importante de personas sordas alcanzan niveles exitosos de funcionamiento en la sociedad oyente.

2.4.6. DESARROLLO COMUNICATIVO.

Se considera que la mejor opción a la hora de emprender la comunicación con sordos es un sistema bilingüe, que considere hacerlos competentes a la hora de comunicarse tanto de forma gestual como oral. Por eso, en la actualidad se opta por la opción bilingüe (se enseña tanto la lengua oral como la signada), bien simultánea y sucesivamente. Cuando unos padres se enfrentan a la sordera de su hijo, uno de los primeros miedos a superar es como se van a comunicar con él. Dentro de la opción gestual encontramos la lengua de signos. En la opción oral disponemos del bimodal, la dactilología y la palabra complementada, y, por último, la lectura labiofacial. La Lengua de signos: es un sistema simbólico signado manual, con una gramática propia, tanto a nivel fonológico como sintáctico (Torres 2001). Por otro lado, la lectura labiofacial es una técnica de adquisición del conocimiento mediante la vista. Todos la empleamos de manera innata, pero puede entrenarse. Debemos tener en cuenta que, aunque el dominio del lenguaje oral facilita y mejora la lectura labiofacial, ésta, por sí sola, no mejora el desarrollo lingüístico. De hecho, solo se puede ver en los labios lo que se conoce (Torres 2001 citado en Ortiz, 2011). Además, otro problema de este sistema es que se percibe el habla de forma ambigua e incompleta, tanto porque determinados fonemas muestran la misma configuración labial, como porque el orador puede moverse y hacer que la persona pierda parte del mensaje. También ocurre si la persona no vocaliza correctamente se puede entorpecer la lectura labial. Normalmente, dentro de

una opción oralista se suele trabajar el método verbotonal, creado por Guberina y cuyo objetivo es la educación de los elementos suprasegmentales del habla (entonación, ritmo, intensidad etc.) a través de la percepción vibrátil y la amplificación del sonido a través del SUVAG (sistema Universal Verbal Auditivo).

Una forma de darle transparencia y hacer visible todo lo que se dice a través de la lectura labiofacial es acompañar el habla de la palabra complementada. Este es un sistema aumentativo de comunicación diseñado para sordos profundos para que suplan con su vista su déficit auditivo en o que la percepción del habla se refiere. Consiste en una serie de complementos manuales unidos sincrónicamente a la lectura labiofacial. Estos complementos manuales se componen de una serie de posiciones de la mano en relación al rostro, que representan las vocales; una formas o configuraciones de la mano , que representan las consonantes; y el movimiento de la mano, bien para representar una sílaba directa (movimiento suave) bien para acompañar a una consonante fuera de la cadena consonante vocal (movimiento energético).

2.5. PERSONAS CON DISCAPACIDADES FÍSICAS

La discapacidad motora comprende diversas anomalías físicas, con unas características y formas de manifestación muy diferente. Así se han identificado distintos trastornos relacionados con la discapacidad motriz como la parálisis cerebral y traumatismos craneocefálicos.

2.5.1. PARÁLISIS CEREBRAL

La parálisis cerebral es un trastorno permanente y no progresivo, que aparece en la primera infancia, es la causa más frecuente de discapacidad motora en la infancia. Considerada como el principal motivo de discapacidad física grave, se la describe a la parálisis cerebral como un grupo de trastornos del desarrollo del movimiento y de la postura, que causan limitación en la

actividad y son atribuidos a alteraciones no progresivas que ocurren con el cerebro en desarrollo del feto o del niño pequeño; el trastorno motor se acompaña con frecuencia de alteraciones de la sensibilidad, cognición, comunicación, percepción, comportamiento y/o crisis epilépticas (Bax et al., 2005 citado en Fernández, 2011).

Para poder hablar de Parálisis Cerebral, la lesión tiene que ocurrir en el periodo comprendido entre los primeros días de gestación y los 3 o 5 años de vida. El término parálisis hace referencia a una debilidad o problema en la utilización de los músculos, que se manifiesta con alteraciones en el control del movimiento, en el tono muscular y en la postura. Sin embargo, el término cerebral quiere resaltar la causa de la Parálisis Cerebral radica en una lesión (herida y posterior cicatriz) en áreas motoras del cerebro que controlan el movimiento y la postura.

Entre las dificultades a nivel motor que pueden derivarse de la Parálisis cerebral encontramos: Alteraciones en el control de la postura, en la realización de movimientos voluntarios y en el equilibrio; Dificultad en el control postural y en el movimiento en actividades que impliquen motricidad fina; problemas para lograr la relajación muscular; Alteraciones en la respiración.

2.5.2. CLASIFICACIÓN

Se clasifica por la localización de la lesión cerebral, la topografía y según el grado.

2.5.3. CRITERIO CLINICO

Según la localización de la lesión cerebral, y en función del tipo de trastorno motor dominante, diferenciamos cuatro tipos de parálisis cerebral.

Parálisis espástica, como consecuencia de una lesión en la corteza cerebral. Es la forma de parálisis más frecuente 70% . Se caracteriza por la hipertonía,

es decir por un aumento de tono muscular. Las personas hacen gran esfuerzo para efectuar cualquier movimiento, estos son lentos y explosivos, al igual que su lenguaje.

Parálisis atetoide: la persona presenta movimientos involuntarios y lentos que se agravan por la fatiga y estados emocionales negativos como la ansiedad. Suele haber más afectación de las extremidades superiores pudiendo estar implicados dedos, muñeca, cabeza y tronco; además encontramos problemas de audición y dificultades en el lenguaje relacionado con el control de la musculatura de la lengua, la laringe y la respiración.

Parálisis atàxica Debido a una lesión en el cerebelo, se observan dificultades para el control del equilibrio, la cabeza y el tronco, además de una evidente inestabilidad en la marcha. Se presentan también con este tipo de parálisis temblores y una deficiente coordinación visomanual.

2.5.4. SEGÚN LA TOPOGRAFIA

Se refiere a la extensión de la afectación del movimiento o parte del cuerpo implicada, distinguiéndose entre.

MONOPLEJIA. Parálisis de una extremidad (brazo o pierna).

HEMIPLEJIA. Afectación de la mitad lateral del cuerpo (brazo y pierna del mismo lado).

PARAPLEJIA. Parálisis de las piernas.

TETRAPLEJIA. Alteración motora de los miembros superiores e inferiores.

DIPLEJIA. Parálisis de las cuatro extremidades, con más afectación de las inferiores.

2.5.5. SEGÙN EL GRADO

Nivel 1: Anda por casa, por el colegio y por la comunidad; es capaz de subir y bajar rampas sin ayuda y escalera sin utilizar pasamano; corre o salta , pero la velocidad, el equilibrio y la coordinación están limitadas; puede participar en deportes y actividades físicas, en función de sus opciones personales y de los factores ambientales.

Nivel 2: Pueden andar en la mayoría de los contextos; en el colegio o en el trabajo pueden andar utilizando un dispositivo de apoyo manual para tener seguridad. En el entorno comunitario pueden utilizar una silla para desplazarse distancias largas. Sus limitaciones de movilidad pueden requerir adaptaciones para poder participar en actividades físicas y deportivas.

Nivel 3: Puede andar utilizando un dispositivo de apoyo manual. Cuando está sentado puede necesitar un cinturón para alinear la pelvis y tener equilibrio. En el exterior, en la comunidad, debe ser transportado en silla de ruedas o gracias a dispositivos autopropulsados.

Nivel 4. Utilizan una silla para desplazarse en la mayoría de los contextos. Pueden precisar un asiento adaptado para mejorar el control del tronco y la pelvis. Se necesita la ayuda física de 1 o 2 personas para las transferencias. Pueden opera una silla autopropulsada. Si no disponen de ella se les transporta en una silla manual.

Nivel 5. Se les transporta en una silla manual en todos los contextos, están limitados en sus posibilidades de mantener la cabeza, el tronco y las extremidades contra la gravedad. Requieren tecnología de apoyo para mejorar la alineación de la cabeza. Se precisa la asistencia de 1 o 2 personas o un elevador para las transferencias (Palisano y Livingstone, 2008)

Además de las alteraciones motoras, las personas con parálisis cerebral presentan otros trastornos y complicaciones asociadas entre las más frecuentes encontramos (Olivares, 2002 citado en Fernández, 2011). Retraso intelectual, alteraciones sensoriales, crisis epilépticas, déficits de atención, problemas emocionales, alteraciones del lenguaje y del habla, problemas en el rendimiento escolar.

2.5.6. TRAUMATISMOS CRANEOCEFÁLICOS

Es un golpe en la cabeza o a una lesión penetrante en la cabeza que altera la función del cerebro. El traumatismo craneoencefálico es una causa importante de morbi-mortalidad entre la población infantil y juvenil y una causa frecuente de discapacidad adquirida entre esta población (Febrer, 2002). Entre las alteraciones neurológicas derivadas de un traumatismo craneoencefálico encontramos espasticidad, ataxia, temblor. Pueden observarse igualmente alteraciones del lenguaje, déficit de atención, memoria y concentración y trastornos del comportamiento. El pronóstico depende del tipo de lesión.

Un 50% de los traumatismos cerebrales son causados por accidentes relacionados con automóviles, motocicletas, bicicletas y peatones. En menor medida otras posibles causas de traumatismo craneoencefálico en la adolescencia serían las lesiones deportivas, agresiones y caídas. En varios países, resulta preocupante que los traumatismos craneoencefálicos sean más frecuentes a consecuencia de la asociación de alcohol y 7º abuso de sustancias y accidentes de tráfico.

Los trastornos neuropsicológicos asociados al Traumatismo craneoencefálico infantil y juvenil pueden llegar a ser muy discapacitantes y duraderos, teniendo además una repercusión variable según la edad (Febrer, 2002 citado en Fernández, 2011).

Entre las principales complicaciones relacionadas con el traumatismo craneoencefálico estarían.

Ausencia o falta de control del movimiento; alteraciones de lenguaje, en forma de déficit de expresión y de ejecución en la respuesta verbal; déficit de atención, memoria y concentración; trastornos del comportamiento como apatía, falta de iniciativa, labilidad emocional depresión y agresividad; deficiente procesamiento de la información, que va a repercutir en el rendimiento escolar.

En general, en el traumatismo craneoencefálico hay una buena recuperación motora, pero suelen persistir los déficits neuropsicológicos. Las importantes consecuencias que a nivel personal, familiar y escolar tienen estas lesiones hacen necesaria la intervención, con objeto de mejorar la integración social del adolescente.

2.6. NECESIDADES DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDADES

- a) **Desplazamiento:** las dificultades para el desplazamiento oscilan desde los casos en que no existe movilidad hasta aquellos en que el desplazamiento se da a través de algún tipo de ayuda, ej. La muleta.
- b) **Manipulación:** la escritura es una de las actividades en la que más dificultades encuentran las personas con deficiencia motora, por lo que será importante llevar a cabo una evaluación de aspectos tales como el uso funcional de las manos, la preferencia manual o la intencionalidad manipulativa.
- c) **Comunicación:** las personas con déficit motor suelen requerir sistemas alternativos, es decir, requieren de algún mecanismo físico o ayuda técnica que permitirá la comunicación. Entre los más utilizados se encuentra el sistema de símbolos pictográficos para la comunicación no vocal y el sistema de símbolo Bliss. El sistema de Bliss, los símbolos pueden ser simples, compuestos o superpuestos; es un sistema complejo, por lo que se requiere que su aprendizaje comience a una edad más avanzada.

- d) **Sedestación:** Una buena postura corporal es importante para la prevención de malformaciones óseas, evitar el cansancio muscular, mejorar la percepción y realizar lo más eficazmente posible las tareas escolares.
- e) **Motivación:** los sistemas de incentivos, más comunes en el caso de los niños son la satisfacción de necesidades primarias, búsqueda del contacto físico, visual o refuerzo material, mientras que para el adolescente es el refuerzo verbal, autorefuero etc.
- f) **Autoestima y habilidades sociales:** la adolescencia puede resultar una etapa complicada por todos los cambios que a nivel biológico y psicosocial tienen lugar. El desarrollo de la identidad, y las relaciones sociales se convierten en este momento en asuntos fundamentales para la vida del joven. En el caso de sufrir una discapacidad, afrontar dichos cambios puede resultar más difícil y estresante, especialmente en el caso de una discapacidad adquirida. La actitud sobreprotectora de las familias, la carencia de las relaciones sociales y las limitaciones funcionales derivadas de la discapacidad, que restringen la participación en algunas actividades, pueden explicar un déficit en las habilidades sociales. De hecho se ha comprobado que algunas personas con discapacidad motora carecen de estrategias, habilidades y competencias para establecer relaciones sociales satisfactorias (Morales, 2010).
- g) **Competencia curricular:** pretende evaluar lo que el niño o adolescente es capaz de realizar en relación con los objetivos del currículo y las tareas que se le proponen, por lo que se puede hacer uso de los criterios de evaluación previstos para cada una de las áreas y ciclos de la etapa, del proyecto curricular del centro que escolarice al alumno con discapacidad motora.

- h) **Otros aspectos relativos.** La presencia de crisis convulsivas, el control de esfínter o la presencia de otros déficits asociados, especialmente de afectación cognitiva, son cuestiones que también se deberán recabar de cara a establecer un programa de intervención adecuado.
- i) **Contexto Aula:** se debe valorar cada una de las distintas interacciones educativas que se dan en la misma: profesor alumno, equipo docente – alumno, alumno - pares y, globalmente, el aula en sí misma.
- j) **Contexto familiar:** la evaluación del contexto familiar es necesaria para conocer, entre otros aspectos, el grado de aceptación del problema, las expectativas de los padres en relación con las posibilidades de su hijo, el nivel y la calidad de intercambios comunicativos que procuran a su hijo, el grado de responsabilidad que se otorga al niño y el nivel de autonomía en el ambiente familiar, etc. (Morales, 2010).

f. METODOLOGÍA.

TIPO DE ESTUDIO

La presente investigación a realizar es de tipo descriptivo porque pretende realizar un análisis de la realidad de los estilos educativos parentales y el desarrollo de la autonomía personal y social de los niños y adolescentes con discapacidad visual, auditiva y motora.

MÉTODOS

Los métodos de investigación que se utilizarán son: el método científico que inicio con la observación de la realidad , la descripción del objeto de estudio, la generación de ideas, definición del tipo de investigación y formulación del problema que será explicado mediante el sustento del marco teórico ; el método inductivo deductivo permitirá la delimitación del problema de estudio, el planteamiento del problema y el análisis de las conclusiones y recomendaciones; el método analítico servirá para realizar un trabajo minucioso de cada parte estructural de la investigación sobre todo de la información teórica logrando una mayor comprensión del tema, el análisis y contrastación de los resultados de la investigación; el método sintético servirá para realizar el resumen de los aspectos más importante de la investigación; con el método dialéctico se conceptualizará lo que son los estilos parentales y el desarrollo personal y socioemocional de los niños y adolescentes con discapacidad visual, auditiva y motora de tal manera que al explicarlo se analizarán distintos aspectos que se relacionaron con una visión más compleja y exacta de la realidad social, por último se utilizará el método estadístico descriptivo para concretar los resultados en las tablas y gráficos.

TÉCNICAS

Como técnica para la recopilación de la información se utilizará la encuesta constituida de 13 ítems que contiene datos informativos sobre las variables del tema a investigarse.

INSTRUMENTOS.

Como instrumentos se aplicara la escala Embu 89 (elaborado por Perris et al. 1996) para obtener los datos referidos a las percepciones que tienen los hijos sobre las estrategias educativas parentales. Consta de 81 ítems con cinco posibilidades de respuesta 5«siempre», 4«muchas veces», 3«algunas veces», 2«pocas veces» y 1 «nunca».

Con este instrumento se determinara estrategias educativas de los padres hacia los hijos como estilo parental con autoridad (Comprensión y apoyo, Presión hacia el logro) estilo parental autoritario (Sobreprotección; castigo) estilo permisivo negligente (rechazo, reprobación). y Los ítems marcados con * se interpretan de manera inversa.

Sobreprotección (ítems 1, 12, 18, 20, 26*, 46, 56*, 69*, 70 y 73):

Comprensión y apoyo (ítems 2,4, 13, 21, 22, 27*, 32, 33", 39, 40, 41, 43, 47, 48, 54, 62, 67, 74, 75, 78 y 81):.

Castigo (ítems 6, 19, 23, 28, 30, 45, 55, 58, 59, 63, 64, 65, 68, 71, 76 y 77)

Presión hacia el logro (ítems 7, 9, 14, 25, 3 1, 34, 35, 38, 42, 52 y 60)

Rechazo (ítems 10*, 11*, 16, 17, 29, 61,72, 79* y 80*)

Reprobación (ítems 5, 8, 15, 24, 36, 37, 44, 49, 50, 51, 53, 57 y 66)

Para contrastar la percepción de los hijos sobre los estilos parentales se aplicará la versión EMBU P, (Embu para padres) validada en la comunidad española por Castro et al (1997) y consta de los mismos factores del Embu 89, aunque el número de ítems varía siendo 52 ítems en total.

Sobreprotección (ítems 1, 3, 12, 18, 20, 46, 69*, 70 y 73)

- **Comprensión y apoyo** (ítems 2, 13, 21, 22, 32, 33*, 39, 40, 41, 43, 47, 48, 54, 67, 74, 78 y 81)
- **Castigo** (ítems 6, 19, 23, 28, 59, 63, 64, 65, 68, 71, 76)
- **Presión hacia el logro** (ítems 7, 9, 14, 25, 31, 35, 38, 42, y 60)
- **Rechazo** (ítems 16, 17, 29, 61, 79*)
- **Reprobación** (ítems 24, 37, 44, 49, 57 y 66)

PROCEDIMIENTO.

Para realizar el estudio de campo se solicitará previa autorización a las Autoridades del patronato de amparo social de Espindola, para trabajar con los niños y adolescentes con discapacidad visual, auditiva, motora, además se invitará a los padres de familia a ser parte de la investigación en forma voluntaria, confirmando su participación a través de la firma del consentimiento informado con el compromiso de socializar los resultados al término de la investigación, al mismo tiempo la escala Embu 89 para hijos será aplicado a los niños y adolescentes que estén en las condiciones de responder a la indagación.

POBLACIÓN Y MUESTRA

La población o universo en la que se realizará el presente estudio corresponde a 200 niños y adolescentes que asisten al patronato de amparo social municipal de Espindola, de esta población se tomará la muestra de 100

adolescentes y sus respectivos padres; de los cuales 35 niños y adolescentes tienen discapacidad visual, 35 personas padecen de discapacidad auditiva, y 30 personas con discapacidad física motora, además se procederá a aplicar los instrumentos a los padres y madres de los adolescentes para la realización de la presente investigación.

POBLACIÓN

Población	Cantidad
familias	200
MUESTRA	
Niños con discapacidad visual y sus padres	35
Niños con discapacidad auditiva y sus respectivos padres	35
Niños con discapacidad física motora con sus progenitores.	30
Total:	100

Fuente: Patronato de Amparo social Municipal de “Espíndola” de la provincia de Loja. 2014.
Elaboración: Irma Janeth Camisan Camisan.

MATRIZ DE CONSISTENCIA LÓGICA DE LA ESTRUCTURACIÓN DEL PROYECTO.

TEMA	PROBLEMA	OBJETIVOS	CATEGORÍAS DEL MARCO TEÓRICO.	VARIABLES	INDICADORES	ÍNDICES.
ESTILOS EDUCATIVOS PARENTALES Y DESARROLLO DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y SOCIAL DE LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD VISUAL, AUDITIVA, MOTORA QUE ASISTEN AL “PATRONATO DE AMPARO SOCIAL MUNICIPAL DEL CANTÓN ESPINDOLA” DE LA PROVINCIA DE LOJA 2014.	¿De qué manera los estilos parentales influyen en el desarrollo de la autonomía personal y social de los niños y adolescentes con discapacidad visual, auditiva, motora que asisten al “patronato de amparo social municipal del cantón Espindola” de la provincia de Loja 2014.	Objetivo General - Investigar la influencia de los estilos parentales en el desarrollo de la autonomía personal y social de los niños y adolescentes con discapacidad visual, auditiva, motora que asisten al “Patronato de Amparo Social Municipal del Cantón Espindola” de la Provincia de Loja 2014.	- Estilos Parentales. -La Familia -Funciones de la Familia. - Crianza y Educación de los hijos - Tipos de estilos parentales. -Claves para convertirse en Padres con Autoridad - Factores que promueven la armonía y estabilidad familiar - Autonomía de los niños y adolescentes. -Los hábitos básicos de la autonomía personal - Conflicto y estabilidad Familiar.	Estilos parentales	Embu -Padres Embu 89 Hijos (elaborado por Perris et al. 1996) Sobrepotección Comprensión y apoyo Castigo Presión hacia el logro Rechazo Reprobación	(ítems 1,3 12, 18, 20, 26*, 46, 56*, 69*, 70 y 73) (ítems 2,4, 13, 21, 22, 27*, 32, 33”, 39, 40, 41, 43, 47, 48, 54, 62, 67, 74, 75, 78 y 81):. ítems 6, 19, 23, 28, 30, 45, 55, 58, 59, 63, 64, 65, 68, 71, 76 y 77) (ítems 7, 9, 14, 25, 3 1, 34, 35, 38, 42, 52 y 60) (ítems 10*, 11*, 16, 17, 29, 61,72, 79* y 80*) (ítems 5, 8, 15, 24, 36, 37, 44, 49, 50, 51, 53, 57 y 66)
		Objetivos Específicos. - Determinar los estilos parentales existentes en los hogares de los niños y adolescentes que asisten al “Patronato de Amparo Social Municipal del Cantón “Espindola” de la Provincia de Loja. - Identificar aspectos del desarrollo autónomo personal y social de los niños y adolescentes con discapacidad visual, auditiva y motora. - Establecer la influencia de los estilos educativos parentales en el desarrollo personal y social de los niños y adolescentes con discapacidad visual, auditiva, motora.	- Desarrollo de la autonomía personal y social de los niños y adolescentes con discapacidad visual, auditiva, motora. -Discapacidad visual. -Problemáticas afectivas -Familia y discapacidad visual. -Discapacidad auditiva -Desarrollo de la persona con deficiencia auditiva. -Personas con discapacidades físicas - Parálisis cerebral -Traumatismos craneocefálicos - Necesidades de las personas con discapacidades	Desarrollo de la autonomía personal y social de los niños y adolescentes con discapacidad visual, auditiva, motora	Encuesta Desarrollo de la autonomía personal y social	-Edad del hijo/a -Sexo -Tipo de discapacidad -Respuesta emocional al conocer sobre el nacimiento o presencia de discapacidad de su hijo/a - Actividades que realiza su hijo/a con discapacidad en la vida diaria. - orientación y movilidad - alimentación - vestimenta - hábitos de sueño - higiene - orden - comunicación - Asistencia a centros educativos.

g. CRONOGRAMA.

TIEMPO	2014																2015																															
	junio				julio				septiembre				octubre				noviembre				diciembre				enero				febrero				marzo				abril				mayo				julio			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
Selección del tema	■	■	■																																													
Desarrollo de la problematización			■	■																																												
Formulación de objetivos y elaboración de instrumentos de investigación					■	■																																										
Recopilación Bibliográfica							■	■	■																																							
Aprobación del Proyecto									■	■	■	■	■	■	■	■																																
Trabajo de campo																	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■																				
Elaboración de los resultados																													■	■	■	■																
Elaboración del informe final de tesis																																																
Sustentación privada																																									■	■	■	■				
Sustentación pública																																													■	■	■	■

h. PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

RECURSOS INSTITUCIONALES:

Universidad Nacional de Loja

Patronato de Amparo Social Municipal del cantón Espindola

RECURSOS HUMANOS:

Directivos del colegio.

Investigadora.

Estudiantes del colegio.

PRESUPUESTO

Pend drive	\$ 12.00
Copias	\$ 90.00
Compra de bibliografía básica	\$500.00
Portátil	\$850.00
Internet	\$ 70.00
Impresiones, empastado y anillado	\$170.00
Transporte	\$200.00
Imprevistos	\$210.00
TOTAL	\$2,102.00

FINANCIAMIENTO

Los costos incurridos en el presente proyecto serán de responsabilidad de la autora

i. BIBLIOGRAFÍA

- (SETEDIS), S. T. (17 de Mayo de 2014). Mision Manuel Espejo y Joakin Gallegos Lara. Loja, Loja, Ecuador.
- Arias, O. A. (2012). *Psicología Social Aplicada*. España: Panamericana.
- Arranz, E. (2012). *Desarrollo psicológico en las nuevas estructuras familiares*. Madrid: Piramide.
- Ayala, S. (2014). *Ejercicio de la autonomía en discapacitados mentales*. Cuba: Ciencias Médicas.
- Belotti, A. L. (2010). *Integración escolar de niños con síndrome de Down en la escuela inclusiva*. Argentina: Brujas.
- Benítez, J. (2013). *Estilos Parentales e Inicio de las relaciones sexuales de las adolescentes del primer año de Bachillerato General Unificado del Colegio Beatriz Cueva de Ayora de la Ciudad de Loja*. Loja: Universidad Nacional de Loja.
- Bermal Aurora, S. R. (2012). *Educación Familiar*. Madrid: Piramide.
- Braun, C. A. (2012). *Fisiopatología: Un enfoque clínico*. Barcelona - España: Wolters Kluwer.
- Carrobbles, J. y. (2008). *Escuela de Padres*. Madrid.
- Cavanaugh, R. V. (2011). *Desarrollo Humano una Perspectiva del ciclo vital*.
- Feldman, P. (2012). *Desarrollo Humano*. Madrid: Piramide.
- Fernández, C. (2011). *Determinación de las necesidades educativas especiales*. España: Trilla.
- García, H. (2008). *Manual de atención al alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo derivados de la deficiencia auditiva*. Madrid: Sevilla.
- González Merino, R. (2011). *Alumnado en situación de riesgo Social*. Barcelona: Grao.
- Gracia, E. (2012). *Psicología Social de la Familia*. Valencia.
- Inec.gov.ec. (6 de Enero de 2013). *Ecuador en cifras*. Recuperado el 22 de Mayo de 2014, de Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC): www.ecuadorencifras.com
- Jim, Dickson. (2013 de Abril de 2014). *"Help America Vote"*. Recuperado el 22 de Mayo de 2014, de American Association of People with Disabilities: <http://www.unitedspinal.org/pdf/DisabilityEtiquette.pdf>

- Jiménez, T. E. (2012). *Psicología Social de la Familia*. Madrid: Panamericana.
- Lameiras, M. C. (2008). *Nuevos retos para la Educación sexual: hacia un modelo integral*. Madrid: Pirámide.
- LLanova, L. M. (2012). *Manual del Psicólogo de la Familia*. Madrid: Piramide.
- Llavona Luis, M. F. (2012). Manual del psicólogo de la Familia. En G. M. Carrobles José Antonio, *Orientación para profesionales sobre la relación paterno - filial* (págs. 57-60). Piramide.
- Lopez, F. (2008). *Necesidades en la infancia y en la adolescencia*. Madrid: Piramide.
- López, F. y. (1999). *Para comprender la vida sexual del Adolescente*. Navarra: Verbo Divino.
- Lou, M. (2011). *Atencion a las necesidades educativas específicas*. Madrid: Pirámide.
- Martinez, A. M. (2010). *Impacto familiar de una escuela para padres de niños con discapacidad*. Cuba: Medisan.
- Merino, C. (21 de 09 de 2011). *Store*. Recuperado el 18 de 12 de 2012, de <http://freewebs.com>
- Misitu, G. y. (2004). *Consecuencias de la socialización familiar en la cultura española*.
- Morales, C. (2010). *Eficacia de una intervención para incrementar apoyo social en adolescentes discapacitados*. Madrid: Piramide.
- Morris Charles, M. A. (2014). *Psicología*. Mexico: Pearson Educación.
- Muñoz, M. (2008). INTEGRACIÓN FAMILIAR DE JÓVENES CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL. 77.
- Navarrete, L. (2011). *ESTILOS DE CRIANZA Y CALIDAD DE VIDA*. Chillan - Chile: UNIVERSIDAD DEL BÍO BÍO.
- Nevid, J. (2011). *Psicología Conceptos y Aplicaciones*. Mexico: Cengage Learning.
- Organización Mundial de la Salud, O. (2014). *Informa Mundial sobre la Discapacidad*. Suiza: OMS.
- Ortiz, M. d. (2011). *Alumnado con Dificultades Auditivas*. Madrid: Piramide.
- Papalia, D. W. (2009). *Psicología del desarrollo*. Mexico: McGraw-Hill.
- Prenatal. (2013). *Discapacidades y Prevención*. Quito .
- Raymond. G, M. (2013). *Modificación de la Conducta Principios y Procedimientos*. Mexico: Piramide.

- Romero, M. M. (2011). *Herramientas psicológicas para educar a los niños con necesidades especiales*. España: Trillas.
- Rueda, L. (2009). PRINCIPALES DILEMAS BIOÉTICOS EN LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD PROLONGADA.
- Sanchez, R. (2006). *La Psicología Social para el rescate de nuestras raíces*. Mexico.
- Sendra, J. A. (2012). *Apoyo Psicosocial, Atención Relacional Y Comunicativa en Instituciones*. España: Ideas Propias.
- Urpí, C. (2012). *Educación familiar y adolescencia*. Pirámide.

➤ **ANEXOS**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA EDUCACIÓN, EL ARTE Y LA COMUNICACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA EDUCATIVA Y ORIENTACIÓN.**

CARTA DE CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN INVESTIGACIÓN

Estimados Padres de Familia

A través de la presente, les invito a participar junto a su hijo/a de una investigación cuyo objetivo es descubrir los estilos parentales y el desarrollo de la autonomía personal y social de los niños con discapacidad, visual, auditiva, motora.

Si ustedes acceden a participar en este estudio, se les solicitará responder unos cuestionarios. La participación en este estudio es voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de ésta investigación. Sus respuestas a los cuestionarios serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Cuando el estudio haya concluido se realizará un informe y se socializara con ustedes los resultados obtenidos. La importancia de su participación radica en que a partir de los resultados se diseñara y generar acciones tendientes a apoyar su rol de padres.

No recibirán pago alguno por su participación y tampoco les generará gastos.

Desde ya le agradezco su colaboración.

Si usted acepta participar de la investigación firme donde corresponda.

Firma papá _____ Firma mamá _____

Firma hijo/a _____

Firma investigador responsable _____

DESARROLLO DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y SOCIAL DE NIÑOS Y ADOLESCENTES CON DISCAPACIDADES

Queridos padres de familia a continuación se presentan una serie de cuestiones referentes a su familia. La encuesta es totalmente anónima y garantiza la confidencialidad de la información que sólo será usada con fines investigativos.

1. ¿Es usted? Padre: () Madre () Otro: () _____
Edad del padre (____ años) Edad de la madre (____ años)
2. Edad de su hijo/a: (____ años) Sexo de su hijo/a: M () F ()
3. Discapacidad de su hijo/a
Auditiva () Visual ()
Física–Motora (Parálisis cerebral; Traumatismo Craneoencefálico ()
4. ¿La discapacidad de mi hijo/a fue?
De Nacimiento () Adquirida () Genética ()
Causada por accidentes de tránsito () lesiones deportivas ()
Otras: () _____
5. ¿Cuál fue su respuesta emocional al conocer sobre el nacimiento o presencia de discapacidad en su hijo/a?
Sentí:
Angustia () confusión () vergüenza de mi hijo/a () Compasión ()
Tome con calma la situación () Sentí cariño () Amor ()
6. ¿Ud. Debe proteger siempre a su hijo/a con discapacidad?
Si () No ()
Por qué:

7. ¿Debe Ud. enseñarle hábitos a su hijo/a para que él/ella adquiera autonomía?

Si ()

No ()

Porque:

8. ¿Marque con una x de acuerdo a las actividades que realiza su hijo/a en la vida Diaria?

a) ¿La Orientación y movilidad lo realiza?

Con ayuda () lo hace solo/a () Hace uso de una guía ()

Sube y baja escaleras utilizando el pasamanos ()

Camina utilizando un dispositivo de ayuda manual ()

Utiliza silla de ruedas manual para desplazarse ()

Su hijo se transporta en silla de ruedas autopropulsada ()

Su hijo/a realiza encargos o compras sin ayuda ()

b) Él/ella Prepara su alimento: () Le prepara Ud. ()

c) Él/ella Se alimenta solo/a: () Ud. Lo alimenta ()

d) Él /ella se viste solo/a: () Le ayuda a vestirse ()

e) Su hijo/a cuando se viste puede:

Calzarse () abotonarse () elegir su ropa ()

f) Su hijo/a inicia y mantiene el sueño nocturno ()

Tiene dificultad para dormir () Toma medicamentos para dormir ()

g) Su hijo/a realiza solo/a su higiene corporal ()

Usa el baño solo/a () se cepilla los dientes Solo/a () se baña solo/a ()

h) Su hijo/a ordena su habitación (recoge objetos, juguetes, libros etc.)

()

i) La comunicación con su hijo/a la realiza a través de:

Forma espontánea ()

Utiliza códigos viso - gestuales ()

Forma Oral () Forma Gestual ()

Forma Escrita () Movimientos ()

Otras Maneras: ()

j) Su hijo/a practica actividades recreativas: Si () No ()

Describe:

k) Su hijo/a asiste a un centro Educativo (escuela/Colegio/otro) Si ()
No ()

Porque:

Nombre de la Institución:

l) ¿Edad que ingreso su hijo/a al Centro Educativo

5-7 años () 8-10 años () 11-13 años () 14-16 años ()

17 años y más ()

9. ¿Participa usted en las actividades escolares y extraescolares en que se solicita colaboración de los padres y madres?

Nunca () Alguna vez () Frecuentemente () Siempre ()

10. ¿Cuál es su trabajo u ocupación principal actualmente?

11. ¿Cuál es el número aproximado de horas diarias que dedica a su trabajo?

Menos de 6 () entre 6 y 8 () entre 8 y 10 () Más de 10 ()

12. ¿Cuál es el número de horas aproximado que pasa con su hijo/a sin contar la noche?

Menos de 2 () de 2 a 4 () de 5 a 7 () más de 8 ()

13. ¿señale con una x como debe aplicar el control y afecto para el desarrollo de la autonomía personal y social de su hijo/a?

- a) Debo demostrarle afectividad, entenderlo, fomentarle autonomía, para que tenga madurez interpersonal, bienestar emocional y desarrollo social ()
- b) Debo ser exigente para que mis hijos me obedezcan y hagan lo que yo les digo ()
- c) No debo poner normas de disciplina para evitar problemas con el/ellos ()
- d) Debo ponerle poca atención y dedicarme más a mi trabajo y a las actividades para el bienestar económico ()

Gracias por su colaboración

CUESTIONARIO DE ESTILO EDUCATIVO PROGENITORES

EMBU – P

¿Quién responde este cuestionario? Padre_____ Madre_____

5 «siempre», 4 «muchas veces», 3 «algunas veces», 2 «pocas veces» y 1 «nunca»

Ítems		1	2	3	4	5
1	¿Ponen impedimentos a todo lo que hace su hijo? *	5	4	3	2	1
2	¿No ha demostrado que quiere a su hijo? *	5	4	3	2	1
3	¿Ha mimado más a este hijo?					
6	¿Le ha castigado por cometer pequeñas faltas?					
7	¿Le ha influido para que fuera mejor?					
9	¿Ha querido que fuera diferente en algún aspecto?					
12	¿Ha sido demasiado severo/a con su hijo/a?					
13	¿El perdón ha sido efectivo?					
14	¿Ha decidido cómo debía vestirte su hijo?					
16	¿Ha sentido quererle menos que a otros? *	5	4	3	2	1
17	¿Le ha tratado injustamente a sus hijos?					
18	¿Ha prohibido hacer cosas normales por miedo que le pase algo? *	5	4	3	2	1
19	¿Ha pegado a sus hijos en presencia de otras personas?					
20	¿Se ha preocupado por saber qué hacía su hijo en la noche?					
21	¿Le ha intentado comprender o animar? *	5	4	3	2	1
22	¿Se ha preocupado sinceramente por su salud?					
23	¿Ha impuesto castigos corporales? *	5	4	3	2	1
24	Se ha enfadado porque no colabora?					
25	¿Se ha sentido su hijo culpable? *	5	4	3	2	1
28	¿Le ha avergonzado en público?					
29	¿Lo quieren más que al resto de sus hijos?					
31	¿Ha querido que saque buenas notas?					
32	¿Le ha ayudado ante dificultades?					
33*	¿Le ha tratado como una «oveja negra»?	5	4	3	2	1
35	«Ha recriminado su infantilismo »					
37	¿Ha estado triste por su hijo?					
38	¿Le ha estimulado para que fuera el mejor?					
39	¿Le ha demostrado su satisfacción?					
40	¿Ha confiado en su hijo?					
41	¿Ha respetado la opinión de su hijo?					
42	¿Le ha impedido tener secretos?					
43	¿Ha querido estar a su lado?					
44	¿Ha sido tacaño y cascarrabias con él /ella?					
46	¿Le ha dado explicaciones a su hijo? *	5	4	3	2	1
47	¿Ha intentado dar una buena adolescencia? *	5	4	3	2	1
48	¿Le ha alabado?					
49	¿Le ha recriminado por su mal pago?					
54	¿Ha encontrado confidencialidad en Ud.?					
57	¿Ha mostrado su oposición a él?					

59	¿Ha humillado a su hijo? *	5	4	3	2	1
60	¿Se ha interesado por los amigos de su hijo?					
61	¿Le ha echado la culpa de las cosas que pasan?					
63	¿Ha sido brusco con él /ella?					
64	¿Ha castigado duramente a su hijo /a?					
65	¿Ha pegado sin motivo a su hijo?					
66	¿Su hijo ha querido que no se inmiscuyera? *	5	4	3	2	1
67	¿Ha participado activamente en aficiones de su hijo?					
68	¿ha pegado a su hijo?					
69*	¿Se ha despreocupado de dónde va? *	5	4	3	2	1
70	¿Ha limitado estrictamente a su hijo? *	5	4	3	2	1
71	¿Ha avergonzado a su hijo? *					
73	¿Ha tenido miedo exagerado que a su hijo le pase algo?					
74	¿Ha habido cariño y ternura con él /ella? *	5	4	3	2	1
76	¿Ha estado enfadado con su hijo sin decirle nada? *	5	4	3	2	1
78	¿Está orgulloso de sus logros? *	5	4	3	2	1
79*	¿Tiene predilección por su hijo?	5	4	3	2	1
81	¿Ha manifestado satisfacción hacia él?					

- **Sobreprotección** (ítems 1, 3, 12, 18, 20, 46, 69*, 70 y 73)
- **Comprensión y apoyo** (ítems 2, 13, 21, 22, 32, 33*, 39, 40, 41, 43, 47, 48, 54, 67, 74, 78 y 81)
- **Castigo** (ítems 6, 19, 23, 28, 59, 63, 64, 65, 68, 71, 76)
- **Presión hacia el logro** (ítems 7, 9, 14, 25, 31, 35, 38, 42, y 60)
- **Rechazo** (ítems 16, 17, 29, 61, 79*)
- **Reprobación** (ítems 24, 37, 44, 49, 57 y 66)

ESCALA EMBU 89 (Hijos)

Escala ERBU 89. Se utilizó para obtener los datos referidos a las estrategias educativas familiares. Este instrumento fue elaborado originalmente por Perris et al. , con el fin de determinar el papel que dichas prácticas educativas desempeñaban en la etiología de diversos trastornos psicológicos como fobias y depresiones.

5 «siempre», 4 «muchas veces», 3 «algunas veces», 2 «pocas veces» y 1 «nunca»

Ítems		1	2	3	4	5
1	¿Tienes la impresión de que tus padres ponen impedimentos a todo lo que haces?	1	2	3	4	5
2	¿Te han demostrado con palabras y gestos que te quieren?					
3	¿Eres mimado por tus padres en comparación con tu(s) hermano(s)?					
4	¿Te sientes querido por tus padres?					
5	¿Dejan tus padres de dirigirte la palabra durante mucho tiempo si haces algo que les molesta?					
6	¿Te castigan tus padres incluso por cometer pequeñas faltas?					
7	¿Tratan tus padres de influirte para que seas una persona importante?					
8	¿Te sientes decepcionado en alguna ocasión porque tus padres no te conceden algo que tú deseas conseguir?					
9	¿Crees que tu padre o tu madre desean que tú seas diferente en algún aspecto?					
10*	¿Te permiten tener cosas que no pueden tener tus hermanos?	5	4	3	2	1
11*	¿Piensas que tus padres te castigan merecidamente?	5	4	3	2	1
12	¿Crees que tu padre o tu madre son demasiado severos contigo?					
13	Si tú haces una trastada. ¿Podrías remediar la situación pidiendo perdón a tus padres?					
14	¿Quieren siempre tus padres decidir cómo debes vestirte o qué aspecto debes tener?					
15	¿Te mienten tus padres?					
16	¿Tienes la sensación de que tus padres te quieren menos que a tus hermanos?					
17	¿Te tratan tus padres injustamente en comparación a como tratan a tus hermanos?					
18	¿Tus padres te prohíben hacer cosas que otros chicos de tu edad pueden hacer, por miedo a que te suceda algo?					
19	¿Te riñen o te pegan tus padres en presencia de otras personas?					
20	¿Se preocupan tus padres de saber qué haces cuando no estás en casa?					
21	Si las cosas te van mal, ¿tienes la sensación de que tus padres tratan de comprenderte y animarte?					
22	¿Se preocupan excesivamente tus padres por tu salud?					
23	¿Te imponen más castigos corporales de los que mereces?					
24	Se enfadan tus padres si no ayudas en las labores de la casa tanto como ellos desean?					
25	Si a tus padres les parece mal lo que haces, ¿se entristecen hasta el punto de que te sientes culpable por lo que has hecho?					

26*	¿Te permiten tus padres tener las mismas cosas que tus amigos?	5	4	3	2	1
27*	¿Tienes la sensación de que es difícil comunicarse con tus padres?	5	4	3	2	1
28	¿Cuentan tus padres algo que tú has dicho o hecho, delante de otras personas, de forma que tú te sientas avergonzado?					
29	¿Sientes que tus padres te quieren menos que al resto de tus hermanos?					
30	¿Ocurre que tus padres no quieren concederte cosas que tú realmente necesitas?					
31	¿Muestran tus padres interés en que saques buenas notas?					
32	¿Sientes que tus padres te ayudan cuando te enfrentas a una tarea difícil?					
33*	¿Te sientes tratado como la «oveja negra» de la familia?	5	4	3	2	1
34	¿Desean tus padres que te parezcas a alguna otra persona?					
35	Ocurre que tus padres te digan: «Tú que ya eres tan mayor no deberías comportarte de esa forma»?					
36	¿Critican tus padres a tus amigos(as) más íntimos(as)?					
37	Cuando tus padres están tristes, ¿tienes la impresión de que ellos piensan que tú eres el causante de su estado?					
38	¿Intentan tus padres estimularte para que seas el mejor?					
39	¿Te demuestran tus padres que están satisfechos contigo?					
40	¿Tienes la sensación de que tus padres confían en ti de tal forma que te permiten actuar bajo tu propia responsabilidad?					
41	¿Crees que tus padres respetan tus opiniones?					
42	Si tú tienes pequeños secretos, ¿quieren tus padres que hables de estos secretos con ellos?					
43	¿Tienes la sensación de que tus padres quieren estar a tu lado?					
44	¿Crees que tus padres son algo tacaños y cascarrabias contigo?					
45	¿Utilizan tus padres expresiones como: «Si haces eso, voy a ponerme muy triste»?					
46	Al volver a casa, ¿tienes que dar explicaciones a tus padres de lo que has estado haciendo?					
47	¿Crees que tus padres intentan que tu adolescencia sea estimulante, interesante y atractiva (por ejemplo, dándote a leer buenos libros, animándote a salir de excursión, etc.)?					
48	¿Tus padres alaban tu comportamiento?					
49	¿Emplean tus padres expresiones como ésta: «Así nos agradeces todo lo que nos hemos esforzado por ti y todos los sacrificios que hemos hecho por tu bien»?					
50	¿Ocurre que tus padres no te dejan tener cosas que necesitas, diciéndote que puedes convertirte en un chico mimado?					
51	¿Has llegado a sentir remordimiento (culpa) por comportarte de un modo que no sea del agrado de tus padres?					
52	¿Crees que tus padres tienen grandes esperanzas de que saques buenas notas, seas un buen deportista, etc.?					
53	¿Ignoran tus padres el que seas descuidado o tengas un comportamiento parecido?					
54	Si te encuentras triste, ¿puedes buscar ayuda y comprensión en tus padres?					
55	¿Te castigan tus padres sin que tú hayas hecho nada mal?					

56*	¿Te dejan tus padres hacer las mismas cosas que pueden hacer tus amigos?	5	4	3	2	1
57	¿Te dicen tus padres que no están de acuerdo con tu forma de comportarte en casa?					
58	¿Te obligan tus padres a comer más de lo que puedes?					
59	¿Te critican tus padres o te dicen que eres vago o inútil delante de otras personas?					
60	¿Se interesan tus padres por el tipo de amigos con quienes vas?					
61	De tus hermanos, ¿es a ti a quien tus padres echan la culpa de cuánto pasa?					
62	¿Te aceptan tus padres tal como eres?					
63	¿Son bruscos tus padres contigo?					
64	¿Te castigan tus padres con dureza, incluso por cosas que no tienen importancia?					
65	¿Te pegan tus padres sin motivo?					
66	¿Deseas que tus padres se preocupen menos de las cosas que haces?					
67	¿Participan tus padres activamente en tus diversiones y en tus hobbies?					
68	¿Te pegan tus padres?					
69*	¿Puedes ir donde quieres sin que tus padres se preocupen demasiado por ello?	5	4	3	2	1
70	¿Te ponen tus padres limitaciones estrictas a lo que puedes y no puedes hacer, y te obligan a respetarlas rigurosamente?					
71	¿Te tratan tus padres de manera que puedas sentirte avergonzado?					
72	¿Les permiten tus padres a tus hermanos tener cosas que a ti no te dejan tener?					
73	¿Crees que es exagerado el miedo que tienen tus padres de que a ti te pase algo?					
74	¿Tienes la sensación de que hay cariño y ternura entre tú y tus padres?					
75	¿Respetan tus padres el hecho de que tú tengas opiniones diferentes a las suyas?					
76	¿Recuerdas si tus padres han estado enfadados o amargados contigo sin que te dijeran el por qué?					
77	¿Te han mandado tus padres a la cama sin cenar?					
78	¿Tienes la impresión de que tus padres se sienten orgullosos de ti cuando consigues lo que te has propuesto?					
79*	¿Muestran tus padres predilección por ti en comparación con tus hermanos?	5	4	3	2	1
80*	¿Echan tus padres las culpas a tus hermanos aunque seas tú el responsable de lo que ha ocurrido?	5	4	3	2	1
81	¿Te manifiestan tus padres que están satisfechos contigo mediante expresiones físicas cariñosas, como darte palmadas en la espalda?					

- **Sobreprotección** (ítems 1, 3, 12, 18, 20, 26*, 46, 56*, 69*, 70 y 73)
- **Comprensión y apoyo** (ítems 2, 4, 13, 21, 22, 27*, 32, 33*, 39, 40, 41, 43, 47, 48, 54, 62, 67, 74, 75, 78 y 81)
- **Castigo** (ítems 6, 19, 23, 28, 30, 45, 55, 58, 59, 63, 64, 65, 68, 71, 76 y 77)
- **Presión hacia el logro** (ítems 7, 9, 14, 25, 31, 34, 35, 38, 42, 52 y 60)
- **Rechazo** (ítems 10*, 11*, 16, 17, 29, 61, 72, 79* y 80*)
- **Reprobación** (ítems 5, 8, 15, 24, 36, 37, 44, 49, 50, 51, 53, 57 y 66)

CONTENIDOS	ÍNDICE	Pág.
– PORTADA		i
– CERTIFICACIÓN		ii
– AUTORÍA		iii
– CARTA DE AUTORIZACIÓN		iv
– AGRADECIMIENTO		v
– DEDICATORIA		vi
– MATRIZ DE ÁMBITO GEOGRÁFICO		vii
– MAPA GEOGRÁFICO Y CROQUIS		viii
– ESQUEMA DE TESIS		xi
a. TÍTULO		1
b. RESUMEN		2
SUMMARY		3
c. INTRODUCCIÓN		4
d. REVISIÓN DE LITERATURA		8
Estilos educativos parentales		8
La familia		8
Crianza y educación de los hijos		9
Definición de estilos educativos parentales		10
Tipos de estilos educativos parentales.		10
Estilo autoritativo o democrático.		11

Estilo autoritario o rígido.	11
Estilo permisivo - negligentes.	13
Formas de disciplina	14
Reforzamiento y castigo.	15
El castigo corporal.	15
Razonamiento inductivo, afirmación del poder y retiro de amor	17
Las técnicas inductivas.	17
Afirmación del poder.	17
Retiro de amor.	18
Relaciones padres e hijos	18
Relaciones con otros niños	19
Autonomía de los niños y adolescentes	20
Los hábitos básicos de la autonomía personal	21
Conflicto y estabilidad familiar	22
Desarrollo de la autonomía personal y social de los niños y adolescentes con discapacidad visual, auditiva, motora	24
Desarrollo personal y social de los niños y adolescentes	26
La promoción de la autonomía personal de las personas con discapacidad	26
Modelo bio-psico-social de la discapacidad.	27
Definición de discapacidad	27
Causas de las deficiencias y discapacidades	28

Alteraciones en la función visual	30
Discapacidad visual.	30
Problemáticas afectivas asociadas a la discapacidad visual.	32
Problemáticas emocionales en la discapacidad visual.	33
Discapacidad visual y educación.	34
Familia y discapacidad visual.	35
Tratamiento de las alteraciones visuales.	35
Personas con discapacidad auditiva	36
Manifestaciones y evaluación de las alteraciones auditivas.	36
Grado de pérdida auditiva.	37
Estructura orgánica del oído afectada.	37
Desarrollo de la persona con deficiencia auditiva.	38
Desarrollo socioafectivo.	39
Tratamiento de las alteraciones auditivas.	39
Personas con discapacidades físicas	40
Parálisis cerebral.	40
Clasificación.	41
Criterio clínico.	41
Según la topografía	41
SEGÚN EL GRADO	42
Tratamiento de la parálisis cerebral	43

Traumatismos craneocefálicos.	43
Tratamiento de las lesiones traumática cerebral.	44
e. MATERIALES Y MÉTODOS	46
f. RESULTADOS	48
g. DISCUSIÓN	75
h. CONCLUSIONES	80
i. RECOMENDACIONES	81
j. BIBLIOGRAFÍA	82
k. ANEXOS	86
a. TEMA	87
b. PROBLEMÁTICA	88
c. JUSTIFICACIÓN	94
d. OBJETIVOS	96
e. MARCO TEÓRICO	97
ESTILOS EDUCATIVOS PARENTALES	99
TEORÍA DEL SISTEMA FAMILIAR.	99
LA FAMILIA	99
PRINCIPALES FUNCIONES DE LA FAMILIA.	100
CRIANZA Y EDUCACIÓN DE LOS HIJOS	101
DEFINICIÓN DE ESTILOS EDUCATIVOS PARENTALES	102
TIPOS DE ESTILOS EDUCATIVOS PARENTALES	103
ESTILO CON AUTORIDAD	103

ESTILO AUTORITARIO	103
ESTILO PERMISIVO - NEGLIGENTE	104
¿POR QUÉ ES IMPORTANTE EL ESTILO DE PATERNIDAD?	105
CLAVES PARA CONVERTIRSE EN PADRES CON AUTORIDAD	105
LA INFLUENCIA DEL PADRE.	106
RELACIONES PADRES E HIJOS	107
RELACIONES CON OTROS NIÑOS.	107
FACTORES QUE PROMUEVEN LA ARMONÍA Y ESTABILIDAD FAMILIAR	108
AUTONOMÍA DE LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES.	108
LOS HÁBITOS BÁSICOS DE LA AUTONOMÍA PERSONAL	109
CONFLICTO Y ESTABILIDAD FAMILIAR	110
DESARROLLO DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y SOCIAL DE LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD VISUAL, AUDITIVA, MOTORA.	111
DESARROLLO PERSONAL Y SOCIAL DE LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES.	113
MODELO BIO-PSICO-SOCIAL DE LA DISCAPACIDAD	114
DEFINICIÓN DE DISCAPACIDAD.	115
DISCAPACIDAD VISUAL.	115
ETIOLOGÍA DE LA DISCAPACIDAD.	115
PROBLEMÁTICAS AFECTIVAS ASOCIADAS A LA DISCAPACIDAD VISUAL.	117
PROBLEMÁTICAS EMOCIONALES EN LA DISCAPACIDAD VISUAL.	118

DISCAPACIDAD VISUAL Y EDUCACIÓN.	119
FAMILIA Y DISCAPACIDAD VISUAL.	120
PERSONAS CON DISCAPACIDAD AUDITIVA	121
CLASIFICACIÓN DE LA DEFICIENCIA AUDITIVA.	121
ANTENDIENDO EL GRADO DE PÈRDIDA AUDITIVA.	121
ANTENDIENDO A LA ESTRUCTURA ORGÁNICA DEL OÍDO AFECTADA.	122
DESARROLLO DE LA PERSONA CON DEFICIENCIA AUDITIVA.	123
DESARROLLO SOCIOAFECTIVO.	123
DESARROLLO COMUNICATIVO.	124
PERSONAS CON DISCAPACIDADES FÍSICAS	125
PARÁLISIS CEREBRAL	125
CLASIFICACIÓN	126
CRITERIO CLINICO	126
SEGÚN LA TOPOGRAFIA	127
SEGÚN EL GRADO	128
TRAUMATISMOS CRANEOCEFÁLICOS	129
NECESIDADES DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDADES	130
f. METODOLOGÍA	133
g. CRONOGRAMA	138
h. PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO	139
i. BIBLIOGRAFÍA	140
ÍNDICE	153