



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA EDUCACIÓN, EL ARTE Y LA COMUNICACIÓN
CARRERA DE PSICORREHABILITACIÓN
Y EDUCACIÓN ESPECIAL

TÍTULO

LA AUTOESTIMA Y SU INFLUENCIA EN LA ADQUISICIÓN DE HABILIDADES SOCIALES DE LOS NIÑOS Y NIÑAS INTERNOS CON DISCAPACIDAD VISUAL QUE ASISTEN AL INSTITUTO BYRON EGUIGUREN DE LA CIUDAD DE LOJA. PERIODO 2014-2015.

Tesis previa al Grado de Licenciada en Psicorrehabilitación y Educación Especial

AUTORA

Eva María Ochoa Pardo

DIRECTORA DE TESIS

Dra. Silvia Torres Mg. Sc.

LOJA – ECUADOR

2015

CERTIFICACIÓN

Dra. Silvia Torres Mg. Sc., Docente de la Carrera de Psicorrehabilitación y Educación Especial del Área de la Educación, el Arte y la Comunicación de la Universidad Nacional de Loja y Directora de Tesis.

CERTIFICA:

Que la presente Tesis titulada: **LA AUTOESTIMA Y SU INFLUENCIA EN LA ADQUISICIÓN DE HABILIDADES SOCIALES DE LOS NIÑOS Y NIÑAS INTERNOS CON DISCAPACIDAD VISUAL QUE ASISTEN AL INSTITUTO BYRON EGUIGUREN DE LA CIUDAD DE LOJA. PERIODO 2014-2015**, de autoría de la señorita Eva María Ochoa Pardo, ha sido dirigida y evaluada en su desarrollo, habiendo su autora cumplido con los requerimientos y observaciones pertinentes, por lo que autoriza su presentación para la defensa y sustentación pública correspondiente.

Loja, 12 de Agosto del 2015



Dra. Silvia Torres Mg. Sc.
DIRECTORA DE TESIS

AUTORÍA

Yo, Eva María Ochoa Pardo declaro ser autora del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y 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.

Firma:



Autora: Eva María Ochoa Pardo

Cédula: 1104898653

Fecha: 22 de Septiembre del 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, Eva María Ochoa Pardo, declaro ser autora de la tesis titulada:

LA AUTOESTIMA Y SU INFLUENCIA EN LA ADQUISICIÓN DE HABILIDADES SOCIALES DE LOS NIÑOS Y NIÑAS INTERNOS CON DISCAPACIDAD VISUAL QUE ASISTEN AL INSTITUTO BYRON EGUIGUREN DE LA CIUDAD DE LOJA. PERIODO 2014-2015.

Como requisito para la obtención del grado de Licenciada en Psicorrehabilitación y Educación Especial, autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repertorio Digital Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las 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 veintidós días del mes de Septiembre del dos mil quince.

Firma: 

Autora: Eva María Ochoa

Pardo Cédula: 1104898653

Dirección: Barrio Ecuador, calles Jambelí y Machala

Correo Electrónico: evaochoapardo@hotmail.com

Teléfono: Celular: 0982597009

DATOS COMPLEMENTARIOS

Directora de tesis: Dra. Silvia Torres Mg. Sc.

Tribunal de grado Dr. Óscar Cabrera Mgs.

Dra. Alba Valarezo Mgs.

Lcda. Raquel Ocampo Mgs.

AGRADECIMIENTO

Expreso el sentimiento de gratitud a la Universidad Nacional de Loja, Área de la Educación, el Arte y la Comunicación, a la Carrera de Psicorrehabilitación y Educación Especial, a los Docentes y de manera especial a la Dra. Silvia Torres Mg. Sc., Directora de Tesis, por sus valiosos aportes y asesoramiento constante en el desarrollo y culminación de la tesis.

A los alumnos, docentes y autoridades del **INSTITUTO BYRON EGUIGUREN** de la ciudad de Loja, que con una voluntad incondicional, me facilitaron documentos e información, que sirvieron para fundamentar el presente trabajo.

Eva María Ochoa Pardo

Autora

DEDICATORIA

Esta tesis se la dedico a mi Dios quién supo guiarme por el buen Camino, darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los Problemas que se presentaban, enseñándome a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el Intento.

A mi pequeña hija Rafaela Alexandra quien es la fuente de mi inspiración diaria y poder ser un ejemplo a seguir.

A mis padres por su apoyo, consejos, comprensión, amor, ayuda en los momentos difíciles. Me han dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi carácter, mi empeño, mi perseverancia, mi coraje para conseguir mis objetivos.

Eva Maria Ochoa Pardo

Autora

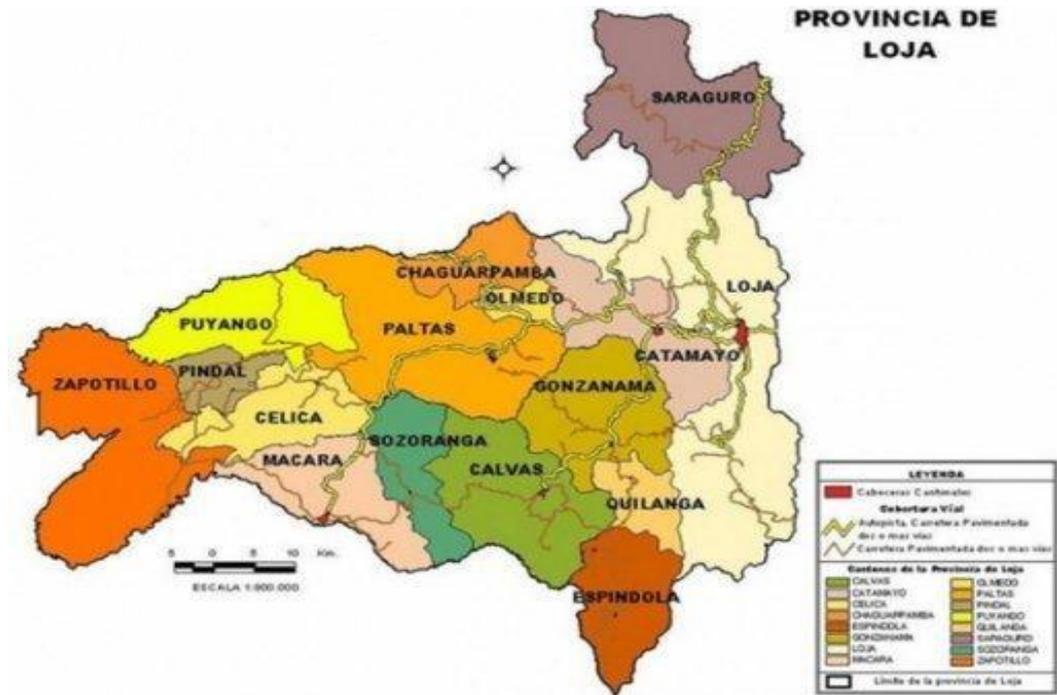
MATRIZ DE ÁMBITO GEOGRÁFICO

ÁMBITO GEOGRÁFICO DE LA INVESTIGACIÓN

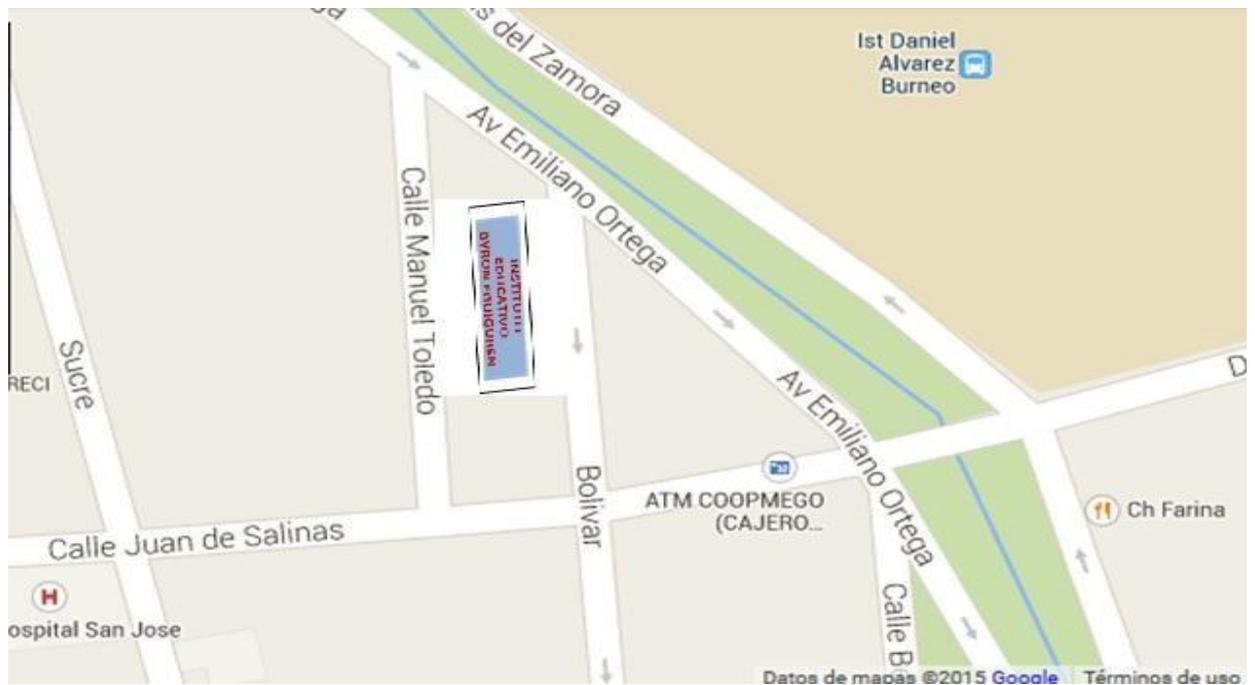
BIBLIOTECA: Área de la Educación, el Arte y la Comunicación

TIPO DE DOCUMENTO	AUTOR/ NOMBRE DEL DOCUMENTO	FUENTE	FECHA AÑO	ÁMBITO GEOGRÁFICO DE LA INVESTIGACIÓN							
				NACIONAL	REGIONAL	PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	BARRIO	OTRAS DESAGREGACIONES	OTRAS OBSERVACIONES
TESIS	Srta. Eva María Ochoa Pardo LA AUTOESTIMA Y SU INFLUENCIA EN LA ADQUISICIÓN DE HABILIDADES SOCIALES DE LOS NIÑOS INTERNOS CON DISCAPACIDAD VISUAL QUE ASISTEN AL INSTITUTO BYRON EGUIGUREN DE LA CIUDAD DE LOJA.	UNL	2015	ECUADOR	ZONA 7	LOJA	LOJA	SAGRARIO	CDLA. ZAMORA	CD	LICENCIADA EN PSICORREHABILITACIÓN Y EDUCACIÓN ESPECIAL.

MAPA GEOGRÁFICO Y CROQUIS UBICACIÓN GEOGRÁFICA



CROQUIS DEL INSTITUTO BYRON EGUIGUREN



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
ABSTRACT
 - c. INTRODUCCIÓN
 - d. REVISIÓN DE LITERATURA
 - e. MÉTODOS
 - f. RESULTADOS
 - g. DISCUSIÓN
 - h. CONCLUSIONES
 - i. RECOMENDACIONES
 - j. BIBLIOGRAFÍA
 - k. ANEXOS

a. TÍTULO

LA AUTOESTIMA Y SU INFLUENCIA EN LA ADQUISICIÓN DE HABILIDADES SOCIALES DE LOS NIÑOS Y NIÑAS INTERNOS CON DISCAPACIDAD VISUAL QUE ASISTEN AL INSTITUTO BYRON EGUIGUREN DE LA CIUDAD DE LOJA. PERIODO 2014-2015.

b. RESUMEN

La presente investigación denominada: **LA AUTOESTIMA Y SU INFLUENCIA EN LA ADQUISICIÓN DE HABILIDADES SOCIALES DE LOS NIÑOS Y NIÑAS INTERNOS CON DISCAPACIDAD VISUAL QUE ASISTEN AL INSTITUTO BYRON EGUIGUREN DE LA CIUDAD DE LOJA. PERIODO 2014-2015**; tuvo como objetivo general: Conocer la influencia que tiene la autoestima en la adquisición de habilidades sociales en los niños con discapacidad visual que asisten al Instituto Byron Eguiguren de la ciudad de Loja.

Los métodos utilizados en la investigación fueron: Científico, Analítico - sintético, Inductivo - deductivo y Estadístico que permitieron realizar la discusión y contrastación de las variables propuestas. Se aplicaron dos instrumentos: El test de autoestima de Coopersmith el Cuestionario de Evaluación de Habilidades Sociales dirigido a los alumnos investigados en forma individual. Se trabajó con una muestra de 9 niños y niñas con Discapacidad Visual internos del Instituto Byron Eguiguren.

Luego de analizar los resultados se concluye que la mayoría de los niños y niñas presentan un nivel de autoestima baja; y que, las principales dificultades que presentan en las habilidades sociales. Finalmente, se recomienda, a las Autoridades y docentes organizar talleres, cursos y seminarios dirigidos a los docentes sobre el autoestima y como estimularla en las personas con discapacidad visual.

SUMMARY

This research entitled: SELF-ESTEEM AND ITS INFLUENCE ON THE ACQUISITION OF SOCIAL SKILLS FOR CHILDREN WITH DISABILITIES ATTENDING THE INTERNAL VISUAL INSTITUTE OF BYRON EGUIGUREN Loja. PERIOD 2014-2015; As general objective was: To determine the influence of self-esteem in the acquisition of social skills in children with visual impairment attending the Institute Eguiguren Byron Loja.

Methods used in the Investigation Were: Scientist, Analytical - synthetic, inductive - deductive and statistical That allowed for discussion and contrasting proposals variables. The test Coopersmith Self-Esteem Questionnaire Evaluation of Social Skills Intended for Students investigated in particular the: Two instruments were applied. He worked with a sample of 9 Children with Visual Impairment Byron internal Eguiguren Institute.

After analyzing the results it is concluded that the majority of children have a low level of self-esteem; and that the main difficulties that occur in social skills. Finally, it is recommended to the Authorities and teachers organize workshops, courses and seminars for teachers on how to stimulate self-esteem and for people with visual disabilities.

c. INTRODUCCIÓN

La expresión y el contacto visual cumplen un papel decisivo en la interacción social de las personas, y por lo tanto en el desarrollo evolutivo y en el aprendizaje del niño. En los niños con deficiencia visual crea un problema de desarrollo que hace necesaria una educación extensiva, inclusiva y participativa, que permita atenuar el impacto de la discapacidad en la calidad de vida de los niños y niñas con este tipo de discapacidad.

En virtud de lo cual, se plantea el presente trabajo investigativo titulado: LA AUTOESTIMA Y SU INFLUENCIA EN LA ADQUISICIÓN DE HABILIDADES SOCIALES DE LOS NIÑOS Y NIÑAS INTERNOS CON DISCAPACIDAD VISUAL QUE ASISTEN AL INSTITUTO BYRON EGUIGUREN DE LA CIUDAD DE LOJA. PERIODO 2014-2015.

Por ello el presente trabajo investigativo, se plantea como objetivos específicos: Determinar el nivel de autoestima que tienen los niños con discapacidad visual Instituto Educativo Byron Eguiguren de la ciudad de Loja; Las principales dificultades que presentan en los niños y niñas con discapacidad visual que asisten al Instituto Byron Eguiguren de la ciudad de Loja; y, Establecer la relación entre autoestima y habilidades sociales de los niños con discapacidad visual que asisten al Instituto Educativo Byron Eguiguren de la ciudad de Loja.

La fundamentación teórica, puntualiza teorías y conceptos necesarios y referentes al tema desarrollado y está estructurado en base a los siguientes temas: definición de la discapacidad visual, etiología de la ceguera así mismo, se presentara la clasificación de la ceguera como también la familia y la discapacidad visual, las características psicológicas y la importancia de otros sentidos para las niñas y niños con discapacidad visual; concepto de Autoestima, definición, importancia, tipos, significado, influencia familiar, obstáculos para el crecimiento de la Autoestima, motivaciones de los padres de familia a los hijos y autoestima en los niños con discapacidad visual; las habilidades sociales concepto, tipos de habilidades sociales, ausencia y consecuencias, causas del déficit de habilidades en los niños, habilidades sociales de la deficiencia visual y tipos de habilidades sociales.

La investigación se desarrolló siguiendo una metodología descriptiva, basada en

el método: científico, inductivo deductivo, estadístico; como instrumentos se utilizaron el Test de Autoestima de Coopersmith y el Cuestionario de Habilidades Sociales, instrumentos aplicados a 9 niños y niñas con discapacidad visual que se constituyeron en la muestra.

Posteriormente se concluye que el nivel de autoestima de la mayoría de los niños y niñas es Bajo; y que, la mayor dificultad en las habilidades sociales ha sido el estimular en las habilidades sociales avanzadas y habilidades sociales de planificación.

Finalmente, se recomienda, a las autoridades y docentes organizar talleres, cursos y seminarios dirigidos a los docentes sobre el autoestima y como estimular en las personas con discapacidad visual.

d. REVISIÓN DE LITERATURA

DISCAPACIDAD VISUAL

Definición

Al respecto de la Discapacidad Visual, la Organización Mundial de la Salud OMS, (2014) señala:

La discapacidad visual es una anomalía o dificultad de los ojos, de sus estructuras que trae como consecuencia una visión menor de la normal y precisa en ocasiones medios de ayuda para la interacción entre las personas que tienen discapacidad visual y su medio circundante. (p. 15)

Según García, & Sierra, (2011) expresan acerca de la ceguera lo siguiente: es la privación de las sensaciones, ya sea de forma parcial o total. En el plano oftalmológico toma el nombre de AmaurosisII (p. 69).

La pérdida total o parcial del sentido de la vista se debe al tipo de estructura y funcionamiento del ojo de la persona y que llega a interferir y condicionar su desenvolvimiento dentro de la sociedad, en los ámbitos educativos, laborales y en sus relaciones interpersonales.

Clasificación de la discapacidad visual

Existen diferentes maneras de clasificar la discapacidad visual, según Sastre. (2008) las clasifica de la siguiente manera:

- a) Moderada:** Estas personas pueden realizar tareas visuales utilizando elementos especiales como lentes y así alcanzarán una visión casi igual que una persona normal.
- b) Severa:** Puede necesitar más tiempo, mayor esfuerzo y ser menos preciso aun cuando emplee ayudas ópticas.
- c) Profunda:** Se considera que es difícil realizar tareas visuales y no puede hacer nada que exija tareas finas o de detallesII (p. 136).

Etiología de la discapacidad visual

Entre las principales causas genéticas de la ceguera, en la infancia Ricardo (2015) expone lo siguiente: —son producto de degeneraciones tapeto-retinianas, cataratas congénitas y malformaciones de tipo microftalmos, anoftalmos y colomball. (pág. 44).

A medida que la medicina progresa, los patrones causales de la ceguera han cambiado, ya que se pueden controlar las enfermedades prevenibles, convirtiéndose las causas genéticas o hereditarias en las principales.

Hace 40 años las causas más manifiestas de la ceguera eran las nutricionales y las infecciones, pero al mejorar la calidad de vida y de atención médica preventiva, la genética obtiene los lugares más altos como etiología del problema.

En las edades más avanzadas las causas de la ceguera son las enfermedades degenerativas retinianas o maculares, muchas de las cuales son hereditarias pero de aparición tardía.

Existe una clasificación internacional de las causas de la ceguera, Boanerges, (2012) así tenemos:

- Por enfermedades infecciosas como: Difteria, blenorragia, rubéola, meningitis, varicela, sífilis, tuberculosis, tifoidea.
- Por accidentes, intoxicaciones y traumatismos. En la actividad profesional, militar, en el hogar, juegos, deportes, transportes, traumatismos durante el parto.
- Por agentes directos de los accidentes: Quemaduras químicas, armas de fuego y blancas, fuegos artificiales, explosiones, utensilios del hogar como tenedores, tijeras, cuchillos, agujas; Quemaduras de sol, alcohol metílico.
- Por enfermedades generales del cuerpo causantes de ceguera: Anemias, diabetes, nefritis, enfermedades vasculares, esclerosis-múltiple, tumores del cerebro.
- Enfermedades propias del ojo: En el globo ocular: glaucoma del adulto, miopía, desprendimiento de retina, albinismo, glaucoma infantil.

- Enfermedades de la córnea: Queratitis intersticial parenquimatosa, tracoma, queratocono.
- Enfermedades del cristalino: Catarata, uveitis, coroiditis, oftalmia simpática.
- Enfermedades del nervio óptico; vías ópticas y centro cerebral de la visión.
- Enfermedades del cuerpo vítreo: Hemorragia intravítrea.
- Otros tipos de afecciones oculares: Ambliopía, exanopsia. Nistagmus (p. 115).

Características importantes para los niños y niñas con discapacidad visual

Las características más relevantes en los niños con discapacidad visual son:

Progresión del aprendizaje

Piaget (1977) señala:

La discriminación y el reconocimiento permiten al niño/a desarrollar percepciones sobre lo que oye, huele, palpa o gusta. Cuando puede dar significado, comprende e interpreta la información que llega mediante los sentidos, entonces percibe la información y puede utilizarla, o sea, la selección perceptiva se logra cuando se recibe una información y se encuadra con lo previamente conocido, de forma que se logra un nivel distinto de comprensión. A esto, lo denomina proceso cognitivo de asimilación y acomodación (p.1-2).

Aprendizaje táctil

La progresión en la secuencia del aprendizaje es semejante en todos los sentidos. En los niños/as con discapacidad visual, sin embargo, puede ser necesaria mayor atención a niveles específicos y un determinado tipo de aprendizaje, ya que como se ha dicho anteriormente, mucho se espera del sentido de la visión y de su capacidad residual.

Conocimiento y Atención.

El desarrollo táctil-kinestésico comienza con el conocimiento y atención, para diferenciar textura, temperatura, superficies vibratorias y materiales de

variadas consistencias. Así comienzan a conocer que algunos objetos son duros, otros blandos, unos ásperos y otros suaves, diferentes temperaturas, consistencias, formas de actuar de las diferentes sustancias, unos objetos vibran y otros no, el niño/a ciego o de baja visión aprende que él recibe información de los objetos y al mismo tiempo es capaz de alterar y adaptar algunos objetos por el uso táctil-kinestésico mientras que no es posible modificar otros de la misma forma.

Estructura y Forma.

Este nivel se relaciona con el "conocimiento de las estructuras básicas" de los objetos. Al mover sus manos tomarlo y sostenerlo percibe diferentes forma, tamaño, textura, peso, así los niños/as adquieren conocimientos de las características de los objetos. La interacción para la máxima información de esta etapa se logra a través de los objetos conocidos que son partes de la vida diaria del niño/a, tales como jabón, tazas, platos, zapatos y medias, etc.

Cuando los niños/as empiezan a discriminar entre los objetos es el momento de introducir el lenguaje que enseñe el reconocimiento de los objetos específicos por su nombre.

Al colocar las manos alrededor de un objeto, da una parte de información gruesa del mismo, pero moviendo sus manos y trazando la forma del objeto, le da una información específica y sucesiva acerca del mismo, que facilita su reconocimiento por el nombre.

Relación de las Partes al Todo.

Cuando los niños/as ya son capaces de reconocer objetos de su vida diaria por el nombre ya están preparados para aprender las relaciones de las partes con el todo a través de objetos que pueden ser separados en partes y armados nuevamente. En esta etapa es importante que los objetos sean de tres dimensiones, tales como autos de juguetes que pueden desarmarse y armarse, bloques que se encajan y objetos diarios que tengan partes para armar: cacerolas, llaves, cerraduras, etc.

Aprendizaje y desarrollo auditivo:

El ser humano debido a la naturaleza del sentido auditivo y a la continua presencia de sonidos que invaden el medio, tiene poco control físico sobre las sensaciones auditivas, pero sin embargo debe aprender a ejercitar un control mental con la percepción selectiva, pues la presencia de sonidos no significa necesariamente oír o escuchar.

La estimulación auditiva no debe ser confundida con Información auditiva que pueden ser traducidas en experiencias de aprendizaje. El aprendizaje debe dirigirse a la relación entre el lenguaje y el desarrollo auditivo, el uso del oído como un medio primario de aprendizaje, el desarrollo de eficientes habilidades para escuchar y la relación del desarrollo auditivo con el lenguaje son instrumentos para el desarrollo del pensamiento.

Sonidos del Medio:

El primer nivel de aprendizaje es la atención y conciencia del sonido. El infante puede sentirse sobresaltado por los sonidos cuando muchos ruidos aparecen sin tener significado para él, el niño/a aún no ha aprendido a seleccionar sonidos confusos o perturbadores.

Para que el niño/a ciego tenga conciencia de los sonidos debe tener la posibilidad de oír muchos sonidos agradables, tales como música y la voz humana. Estos sonidos crean en el infante un conocimiento inconsciente y lo unen al medio, además de traer consigo sentimientos de calidez y confort.

Discriminación de Sonidos:

Se trata de discriminar entre sonidos familiares, voces y tonos musicales. En este momento el bebé puede moverse en relación a los sonidos que hay en la casa para encontrar la fuente de los mismos.

Características psicológicas del niño con discapacidad visual

Para Marchesi, (2005) señala que:

Desde el comienzo existe en la conducta visual un componente motriz, lo que

el niño ve depende de lo que hace. Las impresiones visuales facilitan focos y señales para fijar la atención, sin embargo el conocimiento infantil del mundo físico se construye sobre adaptaciones dinámicas del organismo, como sistema de reacción motriz (p.84).

Durante la primera infancia el desarrollo cognitivo y psicomotor de los niños ciegos queda bastante afectado, y aún más en el período sensorio motor. El desarrollo de esta etapa está basado en la inteligencia práctica, en la percepción de sensaciones del entorno y su interrelación con él a través de los primeros movimientos, la falta de visión no es aún un factor determinante.

Según Marchesi, (2005) manifiesta que:

En cuanto a la adquisición de las operaciones concretas, los niños ciegos sufren un retraso con respecto a los niños videntes. Esto quiere decir, que presentan un mayor desfase en tareas de tipo figurativo-perceptivo, que en aquellas de carácter lingüístico. La causa del mayor retraso en las tareas mencionadas se debe a la modalidad sensorial utilizada por el niño ciego para recoger información: la percepción táctil y Aptica. Esta modalidad perceptiva no le permite alcanzar una igualdad con los videntes hasta los once o catorce años en cuanto a tareas relacionadas con operaciones concretas (p.89).

La familia y la discapacidad visual

La familia es el pilar básico de nuestra sociedad, donde niños y niñas aprenden a relacionarse con las demás personas, a reaccionar ante los problemas, a respetar, la escala de valores, etc.

García, et, al., (2011) señalan que:

Cada familia tiene unas características propias de interacción y de relación entre sus miembros, es decir tiene una estructura determinada. Todas las interacciones entre sus miembros inciden en dicha estructura. Pero, además, la familia es un sistema abierto que recibe continuamente influencias de otros grupos sociales: el centro educativo, otras familias, el

barrio, etc. (p.1-3).

El nacimiento de un hijo supone siempre una reorganización o reajuste de la dinámica familiar. —Todos sus miembros se van a enfrentar a tareas y sentimientos desconocidos. Pero si ese niño tiene una discapacidad, los cambios y sus consecuencias son aún mayores. Instituto de Tecnologías Educativa, (2012).

Los padres de un niño con discapacidad visual tienen una gran responsabilidad en su proceso de integración e inclusión educativa y social. Para conseguirlo, es indispensable la aceptación de su discapacidad, para que permitan trabajar con el niño a profesionales y para seguir las indicaciones de estos en el domicilio y así procurar que se vayan instaurando y generalizando los aprendizajes.

Por otra parte, dar información a los padres y enseñarles a interactuar con su hijo, mostrarles sus capacidades y no sus limitaciones, hace que se vayan elaborando los sentimientos de rechazo o culpabilidad que suelen sentir y se vaya creando una nueva imagen del niño más cercana a la realidad.

Adaptaciones de la familia

Siguiendo a Ferrel, K.A. (1990), nos señala que:

Los padres de un niño o una niña con discapacidad visual experimentan diversos sentimientos a lo largo de su vida, aunque la secuencia o intensidad de los mismos no siempre es la misma. La discapacidad visual provoca en los padres diversos sentimientos y emociones que suelen organizarse en varias fases, cuya denominación cambia según el autor/a que las defina, pero que se pueden resumir en: shock, negación, cólera, ansiedad y tristeza; equilibrio o adaptación y reorientación (p.56-57).

Para Leonhardt. (1992) manifiesta que:

La comunicación del diagnóstico a la familia debería transmitirse en un ambiente propicio, en un despacho donde nadie pueda interrumpir, con una explicación clara y sincera de la discapacidad y del tratamiento a seguir, y teniendo en cuenta la importancia del apoyo emocional que en

estos momentos será necesario, por lo que es conveniente comunicar la noticia a los dos padres a la vez (p. 154).

Como se señala, son varios los autores que han definido las fases que la familia atraviesa cuando un hijo o una hija tiene una discapacidad, se va a considerar aquí las etapas propuestas por Mercé Leonhardt, que ofrece un análisis de las etapas por las que atraviesan los padres de niños y niñas con ceguera o discapacidad visual hasta conseguir la adaptación. En un primer momento se produce un fuerte shock emocional que provoca diferentes actitudes en los padres.

a. La negación del diagnóstico

Para Aguirre de Trabanino, (2000), señala que

Esta etapa comprende la negación de los padres a la presencia de la discapacidad. Genera el suficiente espacio para que los padres puedan elaborar la culpa mientras se sigue atendiendo al niño. Es el espacio del rompimiento entre lo idealizado y lo real con relación a su hijo. Estos sentimientos no sólo ocurren al inicio de la discapacidad visual, sino que puede volver a repetirse en cualquier momento de la vida del niño (p. 15).

b. Enojo ante la situación.- Para

Fernández, (2007) señala que:

Al no aceptar en primera instancia la situación, suele ocurrir que gran parte de la frustración la dirigen hacia los profesionales a quienes se culpa de malas prácticas médicas y en otras ocasiones se dirigen a la familia, en este caso será responsabilizando a la pareja o a algún familiar de ser el portador de la herencia genética que ha provocada la enfermedad (p. 22).

c. El proceso finaliza con la adaptación

Para Raffo & Zapata, (2000), señala lo siguiente:

Que será positiva, cuando existe una aceptación realista de la discapacidad

y de sus limitaciones, o negativa, cuando no se acepta la discapacidad. La crisis emocional que esto provoca, puede llegar, incluso, a la desestructuración familiar o a la enfermedad mental.

Pero la aceptación no implica por sí misma que los padres automáticamente realicen correctamente la educación del hijo. Repercute, eso sí, en desarrollar confianza en la propia capacidad para educar al niño. Según (Verdugo, Caballo, & Delgado, 1996) señala que los padres tienen que tener la capacidad suficiente para realizar el apego, establecer los primeros vínculos para motivar y apoyar al niño en el, a veces doloroso pero ineludible, camino hacia la independencia (p. 36) es decir capacidad para amar y capacidad para dejarles crecer.

d. Necesidades de las familias

Según Vallés Arándiga & Miñana Estruch, (1997)

Los padres suelen tener ideas preconcebidas sobre la ceguera, que casi siempre son negativas. Las expectativas, por tanto, son muy bajas, y pueden afectar al desarrollo y evolución del niño. Por eso, es muy importante darles a conocer cuál son las necesidades de su hijo, y aprender a valorar lo que puede hacer. El niño aprenderá a desenvolverse en la vida y a superar las dificultades (p. 97).

Es importante preguntar a los padres y escuchar atentamente cuáles son sus necesidades y qué expectativas tienen con respecto a nuestra intervención. En todo momento es necesario respetar el momento por el que están atravesando, sus ideas, emociones y comportamientos.

AUTOESTIMA

Definición

Para García Ortega, (2014) señala que:

La autoestima es el sentimiento valorativo de nuestro ser, de nuestra manera de ser, de quienes somos nosotros, del conjunto de rasgos corporales, mentales y espirituales que configuran nuestra personalidad. Esta se aprende, cambia y la podemos mejorar (p. 1-2).

Según Brande (1994) nos manifiesta que:

La autoestima está configurada por factores tanto internos como externos, entendiéndose por factores internos los factores que radican o están creados por el individuo, ideas o creencias, prácticas o conductas. La confianza es nuestro derecho a triunfar y a ser felices, el sentimiento de ser respetables, de ser dignos. (pág. 16).

Importancia de la autoestima.

Según Espejo Bergoña, Rodríguez, & Toro, (2009) señala que —tener una autoestima saludable es el primer paso para poder salir de algunas barreras impuestas por las emociones negativas, como es la de sentirnos víctimas; víctimas del tiempo, víctimas de otras personas, víctimas de todoll (p. 45). Si nos convencemos fatalmente que somos víctimas nos entregamos al absurdo inútil de sentir lástima por nosotros mismos, y con esta idea será imposible crecer una auto imagen positiva y poderosa.

Para trabajar hacia una autoestima alta y fortalecida es imprescindible limpiarnos de ideas erróneas acerca de la vida, de creer que nadie nos quiere, que nadie nos ayuda, que alguien nos debe algo o que alguien nos está quitando algo. Por el contrario, debemos pensar que nosotros somos valientes y capaces para lograr cumplir aquello positivo que nos proponemos.

Niveles de autoestima

- **Autoestima alta**

Según García, (2014) nos refiere que:

Esta clase de autoestima está fundada de acuerdo dos sentimientos de la persona para con sí misma: la capacidad y el valor. Los individuos con un autoestima positiva poseen un conjunto de técnicas internas e interpersonales que los hace enfrentarse de manera positiva a los retos que deba enfrentar. Tienden a adoptar una actitud de respeto no sólo con ellos mismos sino con el resto, por otro lado, en un sujeto con una autoestima alta existen menos probabilidades de autocrítica, en relación con las personas que poseen otro tipo de autoestimas (pág.: 29-31).

- **Autoestima media**

Para Bonet, (1997) señala que:

El individuo que presenta una autoestima media se caracteriza por disponer de un grado aceptable de confianza en sí mismo. Sin embargo, la misma puede disminuir de un momento a otro, como producto de la opinión del resto. Es decir, esta clase de personas se presentan seguros frente a los demás aunque internamente no lo son. De esta manera, su actitud oscila entre momentos de autoestima elevada (como consecuencia del apoyo externo) y períodos de baja autoestima (producto de alguna crítica (p. 15-18)

- **Autoestima baja**

Para Vicente E. C. (2005) señala que:

Este término alude a aquellas personas en las que prima un sentimiento de inseguridad e incapacidad con respecto a sí misma. Carecen de dos elementos fundamentales como son la competencia por un lado y el valor, el merecimiento, por el otro. Existe una mayor predisposición al fracaso debido a que se concentran en los inconvenientes y los obstáculos que en las soluciones (p.97).

Así, un individuo con baja autoestima se presentara como víctima frente a sí mismo y frente a los demás, evadiendo toda posibilidad de éxito de manera voluntaria.

El significado de la autoestima

Para Verdugo & Caballo, (2005) señala que:

La autoestima tiene dos componentes relacionados entre sí: uno es la sensación de confianza frente a los desafíos de la vida: la eficacia personal, el otro es la sensación de considerarse merecedor de la felicidad: el respeto a uno mismo (p. 35).

La eficacia personal significa confianza en el funcionamiento de mi mente, en mi capacidad para pensar y entender, para aprender, para elegir y tomar

decisiones, confianza en mi capacidad para entender los hechos de la realidad que entran en el ámbito de mis intereses y necesidades, en creer en mí mismo, en la confianza en mí mismo.

Para Poveda Redondo, (2003), señala que:

El respeto a uno mismo significa el reafirmamiento en mi valía personal, es una actitud positiva hacia el derecho de vivir y de ser feliz, el confort al reafirmar de forma apropiada mis pensamientos, mis deseos y mis necesidades, el sentimiento de que la alegría y la satisfacción con derechos innatos naturales (p. 167).

Resumiendo en una definición formal podría decirse que autoestima es la disposición a considerarse competente para hacer frente a los desafíos básicos de la vida y sentirse merecedor de la felicidad. Siendo de esta manera la parte emocional estable para un mejor desempeño de cualidades innatas e individuales que le permiten alcanzar las metas u objetivos trazados, teniendo un mejor alcance en su estilo de vida.

Influencia familiar en la autoestima

Para (Kathleen, S.A., 2007) señala que:

El origen de la autovaloración de un individuo se halla en su familia, allí están los padres como los primeros maestros quienes son sus incesantes contactos desde el nacimiento los cuales van transmitiendo mensajes, actitudes, y valores que los hijos graban y los llevan en su memoria e introyectan una imagen que llevan a lo largo de los años. En la educación de los hijos se cometen errores involuntarios que tarde o temprano se revierten como inmensas olas que los golpean (p. 179).

A los hijos se les valora se les toma en cuenta en algunas decisiones por sencillas que sean, se dialoga con ellos, se les responsabiliza, deben de cumplir tareas de acuerdo a sus capacidades dando lo necesario según la etapa de su vida.

Sería un error protegerles responsabilidades, porque con ellas se les hace

sentir como miembros importantes de la familia, dicho a través de gestos hechos y palabras, una mirada refleja lo inesperado pues la comunicación sin palabras a veces es muy eficaz.

Para Aguirre de Trabanino (1998) señala que:

Una buena relación familiar es fundamental en el niño para alcanzar una buena autoestima ya que es importante que las personas que conviven con él la estimulen para que se pueda desarrollar de forma intelectual y social de forma adecuada, al igual que es importante que desarrolle él un valor de la amistad, que se agradezca, que no colecciona rencores, que supere las susceptibilidades y que piense en lo que dice (que no sea hiriente), que sea respetuoso, que sea generoso, sea amable, que recoja las cosas buenas de otros, que sea positivo, entusiasta, alegre y recordarle que los pequeños detalles hacen cosas grandes y que acepte a los demás como sonll. (p. 21-23)

Obstáculos para el crecimiento de la autoestima

Los padres poseen un papel fundamental en la formación de la estructura de la autoestima, pero en muchas ocasiones tienden a tener actitudes que opacan el crecimiento de la misma como por ejemplo:

- Transmiten que el niño no es suficiente.
- Se castigan por expresar sentimientos inaceptables.
- Se ridiculizan o humillan.
- Transmiten que sus sentimientos o pensamientos no tienen valor o importancia.
- Intentan controlarle mediante la vergüenza o la culpa.
- Le sobreprotegen y en consecuencia obstaculizan su normal aprendizaje y creciente confianza de sí mismo.
- Niegan la percepción de su realidad e implícitamente le alientan a dudar de su mente.
- Educan al niño sin ninguna norma, sin una estructura de apoyo, o con normas contradictorias, confusas, indiscutibles y opresivas, en ambos casos inhiben el crecimiento normal.

- Niegan la percepción de su realidad e implícitamente le alientan a dudar de su mente.
- Tratan hechos evidentes como irreales, alterando así el sentido de racionalidad del niño.
- Aterrorizan al niño con violencia física y con amenazas, inculcando agudo temor como característica permanente en el alma del niño.
- Tratan al niño como objeto sexual.

Autoestima en los niños con discapacidad visual

Existen diferentes factores que inciden en el autoestima en el niño con discapacidad visual, por el hecho de no contar con las habilidades y destrezas que poseen los otros niños o niñas que están a su alrededor, ello trae como consecuencia una serie de comportamientos que desvaloran su ser y sentir, y es aquí donde la familia tiene que influir directamente.

Para Moreno & Torrego, (1999) señala que: —En efecto, la familia es el núcleo que alimentara con ayuda de los profesionales la autoestima del niño con discapacidad visual, mediante una serie de programas, métodos, estrategias y recursos que reforzaran su autoestimall (p. 80-82)

Es importante que la familia transmita en el niño con discapacidad visual, sentimientos positivos y de reconocimientos ante sus logros, que lo motiven hacer las cosas y reforzar dicha conducta para el crecimiento personal, no hay que crearles sentimientos de inferioridad, al contrario, minimizar estos y acentuar sus aptitudes y habilidades, para que se sienta bien consigo mismo; a su vez el grupo familiar debe orientarlo hacia el desenvolvimiento con el entorno social.

LAS HABILIDADES SOCIALES.

La sonrisa y el contacto ocular son conductas muy importantes para la interacción social. La sonrisa social aparece en el bebé entre las seis semanas y los tres meses de edad; luego, hacia el tercer mes se convierte en un comportamiento instrumental ya que la utiliza, por ejemplo, para llamar la atención de su madre. En el cuarto mes se perfecciona pudiendo realizarla simultáneamente

con otras expresiones faciales.

La compleja naturaleza de las habilidades sociales ha dado lugar a numerosas definiciones. Generalmente, menciona Raffo y Zapata (2000) señala que:

Que las habilidades sociales son consideradas como un conjunto de comportamientos interpersonales complejos. El término habilidad se utiliza para indicar que la competencia social no es un rasgo de la personalidad, sino más bien un conjunto de comportamientos aprendidos y adquiridos (p. 61).

Para Goldtein, et. al. (1989) exponen que:

Las habilidades sociales son la capacidad que el individuo posee de percibir, entender, descifrar y responder a los estímulos sociales en general, especialmente aquellos que provienen del comportamiento de los demás. Apunta a la capacidad del individuo de captar los estímulos provocados por los otros en él, con el fin de realizar una interacción efectiva. (p. 56)

En este sentido, las habilidades sociales son un conjunto de conductas de intercambio con resultados favorables, que dotan a la persona que las posee de una mayor capacidad para lograr los objetivos que pretende, manteniendo su autoestima sin dañar la de las personas que la rodean.

Asimismo, Fernández (2007) señala que:

En su tesis sobre habilidades sociales menciona que se puede definir las habilidades sociales como un conjunto de hábitos (a nivel de conductas, pero también de pensamientos y emociones), que nos permiten mejorar nuestras relaciones interpersonales, sentirnos bien, obtener lo que queremos, y conseguir que los demás no nos impidan lograr nuestros objetivos (p. 34).

También podemos definir las habilidades sociales como la capacidad de relacionarnos con los demás en forma tal que consigamos un máximo de beneficios y un mínimo de consecuencias negativas; tanto a corto como a largo plazo.

Según Caballo (1996) señala que:

La conducta social habilidosa como: El conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás, y que generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas (p. 63).

De la amplia doctrina acerca de las habilidades sociales, Michelson y Cols (1999) destaca varias ideas de gran interés para la vida diaria, tales como:

- **Contexto interpersonal:** Hay que examinar el contexto, con quién, cuando cómo se emiten las respuestas habilidosas.
- **Respetando las conductas de los demás:** Tan habilidoso es expresar un cumplido cómo aceptarlo de la forma adecuada. La forma como reaccionamos a las conductas de los demás tiene siempre sus consecuencias.
- **Resuelve y minimiza problemas:** Las habilidades sociales están orientadas a un objetivo. Estos objetivos pueden ser de varios tipos: Objetivos materiales - Efectividad en los objetivos (Ej. conseguir que nos suban el sueldo), objetivos de mantener o mejorar la relación - Efectividad de la relación (Ej. no tener un conflicto con el jefe) y objetivo de mantener la autoestima - Efectividad en el respecto a uno mismo (Ej. no sentirnos inferiores si no nos lo conceden ni criticarnos por ello)

Actualmente la importancia de las habilidades sociales en el funcionamiento interpersonal está ampliamente establecida.

Para Fernández (2007), —las habilidades sociales son las capacidades o destrezas sociales específicas requeridas para ejecutar competentemente una tarea interpersonal, referidas a un conjunto de conductas aprendidas (p. 77)

Además, Michelson & Cols, (1987) mencionan algunas de las características fundamentales de habilidades sociales:

- Son conductas manifiestas; es decir, son un conjunto de estrategias y capacidades de actuación aprendidas y que se manifiestan en situaciones

de relaciones interpersonales, incluyendo comportamientos verbales y no verbales, específicos y discretos.

- Están dirigidas a la obtención de reforzamientos sociales tanto externos como internos o personales (autorrefuerzo y autoestima).
- Implican una interacción recíproca.
- Están determinadas por el contexto social, cultural y la situación concreta y específica en que tiene lugar. Se organizan en distintos niveles de complejidad, los cuales mantienen una cierta jerarquía, cuyas estructuras se desarrollan desde un nivel molar, hasta llegar a uno molecular, habiendo pasando por niveles intermedios (por Ej.: decir "no").
- Como todo tipo de conducta, se encuentran muy influenciadas por las ideas, creencias y valores respecto a la situación y a la actuación propia de los demás.

Tanto los déficits como los excesos de la conducta de interacción personal pueden ser especificados y objetivados con el fin de intervenir sobre ellos.

Tipos de habilidades sociales

Según Michelson & Cols (1987) Se pueden dividir las Habilidades Sociales en diferentes grupos según sea el criterio de evaluación que se adopte. Por ejemplo, según el objetivo que tenga la persona que las utiliza: habilidades conversacionales, habilidades de elogio, oposición asertiva. (p.6,7).

Según el nivel de análisis de las habilidades: habilidades básicas de interacción social, habilidades relacionadas con los sentimientos y emociones, habilidades de autoafirmación. Y, según su agrupación temática. Según esta última clasificación, se detalla:

Grupo I. Primeras Habilidades Sociales.

Estas habilidades son fáciles de estimular:

- Escuchar.
- Iniciar una conversación.
- Mantener una conversación.

- Formular una pregunta.
- Dar las gracias.
- Presentarse.
- Presentar a otras personas.
- Hacer un cumplido Michelson & Cols, (1987).

Grupo II. Habilidades Sociales avanzadas.

Son relativa al modo de desempeño externo e interno de la familia:

- Pedir ayuda.
- Participar.
- Dar instrucciones.
- Seguir instrucciones.
- Disculparse.
- Convencer a los demás Verdugo, et, al., (1996).

Grupo III. Habilidades relacionadas con los sentimientos.

- Conocer los propios sentimientos.
- Expresar los sentimientos.
- Comprender los sentimientos de los demás.
- Enfrentarse con el enfado del otro.
- Expresar afecto.
- Resolver el miedo.
- Autorrecompensarse Curran & Grunberg, (1993).

Grupo IV. Habilidades alternativas a la agresión.

- Pedir permiso.
- Compartir algo.
- Ayudar a los demás.
- Negociar.
- Empezar el autocontrol.
- Defender los propios derechos.
- Responder a las bromas.

- Evitar los problemas a los demás.
- No entrar en peleasll Espejo Bergoña, et. al., (2009).

Grupo V. Habilidades para hacer frente al estrés.

- Formular una queja.
- Responder a una queja.
- Demostrar deportividad después de un juego.
- Resolver la vergüenza.
- Arreglárselas cuando le dejan a uno de lado.
- Defender a un amigo.
- Responder a la persuasión.
- Responder al fracaso.
- Enfrentarse a los mensajes contradictorios.
- Responder a una acusación.
- Prepararse para una conversación difícil.
- Hacer frente a las presiones del grupoll Goldstein, et, al., (1989).

Grupo VI. Habilidades de planificación.

- -Tomar decisiones.
- Discernir la causa de un problema.
- Establecer un objetivo.
- Determinar las propias habilidades.
- Recoger información.
- Resolver los problemas según su importancia.
- Tomar una decisión.
- Concentrarse en una tareall Bonet, (1997).

La ausencia de habilidades sociales y sus consecuencias.

Las habilidades sociales son un factor determinante de vida de las personas.

Según Vallés & Vallés, (1996)

La falta de destrezas sociales repercute de diferentes maneras en la persona, algunas veces presenta un rendimiento académico inferior a las personas con habilidades sociales, a un largo plazo, las consecuencias

pueden ser psicológicamente graves inhibición social, aislamiento, ansiedad, inseguridad, baja autoestima. (p. 96).

Existe relación entre conducta social y salud mental, ya que los niños han tenido un pobre desarrollo en habilidades sociales y diversos disturbios psicopatológicos en la adultez entre ellos destacan la ansiedad social, timidez, depresión, problemas de agresividad, conducta delictiva, neurosis histérica, drogadicción y alcoholismo.

Para Curran, (1993) señala que, —la ansiedad social es el miedo o temor que surge en más situaciones de interacción, es uno de los factores más importantes en los déficits sociales (p. 11). Los primeros miedos surgen durante el primer año de vida, ya que tienen a lo desconocido generalmente a los adultos.

Así mismo para Raffo y Zapata (2000) señala que:

La timidez también es un disturbo patológico que se produce por déficits de habilidades sociales: La timidez es una experiencia, se caracteriza por nerviosismo en los encuentros interpersonales, el tímido es el modelo de la persona vulnerable en cuanto a la necesidad exagerada de aprobación, aceptación, ellos evitan encuentros sociales, participan poco, son juzgados como menos amistosos, tienen baja autoestima, soledad crónica, problemas sexuales, todo esto conlleva en algunos casos a consecuencias sociales como alcoholismo y drogadicción, de esta manera aminoran la angustia social o la disconformidad interpersonal. (p. 81).

Causas del déficit de habilidades sociales en los alumnos.

Vallés et, al., (1996) mencionan una serie de factores que influyen en el déficit de las habilidades sociales:

- **Déficits en habilidades**, las respuestas habilidosas necesarias no están presentes en el repertorio de respuestas de un alumno. También puede ser que el alumno tenga respuestas inapropiadas.
- **Ansiedad condicionada**, puede ser que el alumno sienta una ansiedad condicionada que le impide responder de una manera social adecuada. Esta ansiedad se ha podido condicionar mediante experiencias adversas o por aprendizaje sustituto.

- **Evaluación cognitiva deficiente**, el alumno considera de forma incorrecta su actuación social auto evaluándose negativamente con acompañamiento de pensamientos auto- derrotistas.
- **Falta de motivación para actuar apropiadamente en una situación determinada**, pudiendo darse una carencia de valores por parte de las interacciones personales.
- **El alumno no sabe discriminar adecuadamente las situaciones**, en las que una respuesta determinada es probablemente efectiva.
- **El alumno no está seguro de sus derechos**, o no cree que tenga el derecho de responder apropiadamente.
- **Obstáculos ambientales restrictivos**, que impiden al individuo expresarse apropiadamente o que incluso castigan la manifestación de esa conducta socialmente adecuada. (p. 93).

HABILIDADES SOCIALES DE LA DEFICIENCIA VISUAL

El niño con discapacidad visual presenta principios similares de desarrollo que sus pares con visión normal Rosa & Ochaíta, (1993). Sin embargo este desarrollo adquirirá, con el paso del tiempo, ciertas particularidades derivadas principalmente de las limitaciones que la baja visión le impone.

Los resultados obtenidos en investigaciones en el área de habilidades sociales en la población con ceguera y deficiencia visual demuestran la notable dificultad que tienen las personas ciegas para adquirir un repertorio adecuado de habilidades interpersonales. Rosa, et. al., (1993).

Verdugo y Caballo (1995), citado por Antonio Vallés Arándiga (1997), en su revisión sobre el tema, exponen cuáles son las habilidades sociales en las que los ciegos tienen una menor competencia o son menos hábiles que la población vidente. Los comportamientos diferenciales más sobresalientes, entre otros, son:

- Menor intercambio social.
- Simetría de posturas (apariencia de rigidez corporal).
- Problemas de adaptación social y aislamiento de sus compañeros videntes.
- Dependencia y pasividad.
- Falta de asertividad.

- Dificultades en la construcción de la autoimagen y el autoconcepto.
- Déficits en habilidades no verbales como la postura inadecuada, utilización inadecuada de gestos, mayores perturbaciones del habla y menor número de formulación de preguntas abiertas.
- Mayor dificultad en participar en situaciones sociales, autoestima y control interno inferior Locus de control más externo.
- Las personas ciegas se ven a sí mismas como más incompetentes e infravaloradas.

Es importante dejar en claro que las consecuencias funcionales de la deficiencia visual van a variar a partir de una serie de dimensiones, entre las que podemos nombrar: tipo de trastorno, gravedad, pronóstico, nivel educativo y socioeconómico, entre otros. Todo ello nos lleva a reflexionar sobre el hecho de que las capacidades funcionales de un determinado sujeto no sólo dependen de su deficiencia orgánica (en nuestro caso, del órgano de la visión), sino también de las habilidades de acción que haya adquirido y que pueden ser modificables en función de las ayudas técnicas y la instrucción que reciban, así como de la modificación del ambiente en el que se desenvuelvan.

Los estudios realizados en niños ciegos muestran que la sonrisa social aparece en ellos al mismo tiempo que en el resto de los bebés y es provocada por la estimulación táctil y la voz materna que contribuyen al desarrollo saludable del niño, permitiendo el establecimiento de una relación afectiva que fortalece el vínculo madre hijo.

Los autores Caballo y Delgado (1996) coinciden en que después de los seis meses los niños ciegos sonríen menos y sus sonrisas se vuelven menos luminosas y atractivas, debido posiblemente a una falta de refuerzo visual. (p. 22-24).

Con respecto al resto de expresiones faciales, Leonhardt (1992) en sus estudios con bebés ciegos ha podido observar la expresión de emociones básicas: alegría, tristeza, enojo, desagrado; aunque expresiones como la alegría o la extrañeza presentaban un carácter más suave y menos expresivo.

La única expresión facial que los alumnos videntes notaron con más frecuencia en sus compañeros ciegos fue la sonrisa. Este resultado es coincidente con los obtenidos en una experiencia realizada por Miñana Estruch y Vallés

Arandiga (1997)

—sobre las habilidades sociales en alumnos ciegos y deficientes visuales, en la cual los alumnos del grupo evaluado, que eran ciegos totales, solamente expresaban de manera resuelta la alegría mediante la sonrisa, no así con las demás emociones básicas y universales como la ira, el miedo, la sorpresa, la tristeza. (p. 2360-69)

HABILIDADES RELACIONADAS CON LOS SENTIMIENTOS

Para Curran & Grunberg, (1993).

Relacionadas con la conducta asertiva o asertividad, es decir, aquella que implica la expresión directa de los propios sentimientos y la defensa de los propios derechos personales, sin negar los derechos de los otros, la persona asertiva, protege sus propios derechos y respeta los derechos de los otros, consigue sus objetivos, es expresiva emocionalmente se siente bien con ella misma y hace que los demás respeten sus deseos y opiniones. (p.10-11).

- **Conocer Sus Propios Sentimientos**

Es el primer paso para nuestro bienestar y felicidad. Solo reconociéndolos, podemos controlarlos manejarlos y solucionar la situación que los está provocando.

- **Comprender Los Sentimientos De Los Demás**

Es una evolución crucial para un individuo que ha nacido en un mundo social complejo.

- **Expresar Sentimientos**

El ser capaz de dominar la comunicación es fundamental en estos casos. a medida que se originan los problemas lo más saludable es poder hablarlos.

- **Enfrentarse Al Enfado**

En parte, puede ser culpa de los cambios que está experimentando tu cuerpo: todas esas hormonas sobre las que tanto oyes hablar pueden provocarte cambios de humor y emociones contradictorias.

- **Resolver El Miedo**

1. acepta que el miedo existe, que es algo real y normal que, de una u otra forma, afecta a todas las personas.

2. rebajar su impacto relativizando su importancia y la manera en la que

incide en nuestras vidas. Mirarlo a los ojos y definir un plan de acción.

3. asumir que todos tenemos la suficiente fuerza para enfrentarnos a los temores que nos acechan.

4. pedir ayuda. Acudir a amigos, familiares, compañeros o especialistas y explicarles qué nos sucede.

5. hay que mirar al futuro y buscar nuevas ilusiones y retos. Al final, la mejor manera de salir del miedo es apoyarse en la otra cara de la moneda: la ilusión, los sueños, los nuevos proyectos. Ya que el pasado nunca regresa.

Habilidades sociales alternativas a la agresión

Para Espejo Bergoña, (2009).

Cuando un niño está jugando con un cochecito y otro niño o un adulto se lo quita o intenta arrebátárselo, frecuentemente reacciona agresivamente empujando o gritando. Con ese comportamiento intenta mantener con él el juguete que le divierte. Todos nosotros en cualquier momento o circunstancia queremos satisfacer una necesidad y alcanzar el logro de nuestros deseos. Pero no siempre lo conseguimos. Nuestros intereses pueden entrar en conflicto con los de otras personas y puede que, entonces, sea imposible alcanzarlos. En esas circunstancias, no es extraño que sintamos el impulso de arremeter contra otra persona/s por entender que ella es la causante de que no logremos nuestras metas. (p.2-3).

- No entrar en peleas

No entrar en peleas, evitándolas e impidiendo que otros se peleen en nuestra presencia sea cual sea el motivo. O Conocer cuándo va a ocurrir una pelea, porque de ese modo pondremos los medios necesarios para que no se dé.

- Empezar el autocontrol

El autocontrol es lo que las personas utilizan cuando se sienten mal o están enfadadas por algo que les ha pasado, pero no quieren hacer nada al respecto sin antes tranquilizarse un poco y así no arriesgarse a cometer errores de los que luego podrían arrepentirse.

- Responder a las bromas

En muchas ocasiones somos objeto de bromas por parte de nuestros amigos, compañeros, familiares, etcétera. A veces, en vez de reaccionar

adecuadamente, nos retraemos o nos enfadamos. En ambos casos, hemos interpretado que la intención del que hace la broma es la de molestarnos, herirnos o ridiculizarnos.

- Compartir algo

Compartir con los demás es dar lo que tenemos a nuestros compañeros, padres, maestros. Podemos compartir muchas cosas, no sólo un objeto, sino también pensamientos, ideas o cómo nos sentimos.

- Ayudar a los demás

Se puede ayudar cuando nos lo piden o cuando nos damos cuenta de que alguien necesita ayuda, aunque no nos diga nada.

Habilidades sociales para hacer frente al estrés

Para Goldstein, (1989). Formular o responder a una queja, demostrar deportividad en el juego, resolver la vergüenza, responder a la persuasión y al fracaso, responder a una acusación y hacer frente a las presiones de grupo. (p. 13-14).

- FORMULAR Y RESPONDER A LAS QUEJAS DE OTROS.

Es bueno sacar lo que llevamos dentro y no quedarnos con eso que nos hace sentir mal y que nos hace sufrir hace que por más que nos duela es mejor decirlo. Además que nos podría ayudar aclarar nuestras ideas del mismo modo si nos toca estar en el otro lado escuchar y tratar de comprender.

- RESPONDER A LA PERSUASIÓN

Vivimos en un mundo dinámico en el que la comunicación intenta constantemente persuadir nuestras opiniones, nuestros gustos, inclinaciones políticas,... Hablar de "cambio de actitud" nos refiere implícitamente a su proceso de formación y a la consideración de las características de la relación que se establece entre la actitud y la conducta.

- Responder a la persuasión
 - a) La fuente o emisor del mensaje: se deriva de la competencia que el receptor le atribuye y de la claridad o transparencia en la intención de persuadir
 - b) El contenido del mensaje: la claridad y organización, así como también el

énfasis del mensaje en cuanto a, si se basa en aspectos racionales o emocionales.

c) El canal comunicativo: el medio (visual, auditivo, directo, indirecto) y su calidad.

d) El contexto: sus condiciones (relajado o serio, agradable o desagradable, tenso o distraído) En este orden de ideas, Nivel en el que receptor se deja persuadir puede ser afectado por la edad, el nivel educativo, las creencias previas, así como también por factores más estructurados tales como: La autoestima: pues a mayor autoestima menos susceptibilidad a la persuasión menos susceptibles que aquellas con altos niveles de adaptabilidad y conformismo.

- **HACER FRENTE A LAS PRESIONES DEL GRUPO**

Los jóvenes quieren ser originales en todo. Creen que son libres de hacer lo que quieran, de vestirse y peinarse como quieran, sin importarles lo que piensen, los demás. Pero, si vas a una escuela, o a una fiesta, o un concierto, lo que vamos a ver son cientos y miles de jóvenes, luciendo exactamente iguales.

- **PREPARARSE PARA CONVERSACIONES DIFICILES**

Las conversaciones difíciles son todas las que nos hacen sentir incómodos o que nos cuesta manejar". Algo de dolor de estómago. Ansiedad. Un poco de temor. Ganas de evadir.

e. MATERIALES Y MÉTODOS

El estudio de la presente investigación es de tipo descriptivo, se fundamenta en el método científico, que nos permitió estudiar e interpretar la problemática relacionada a la Autoestima y me permitió establecer la incidencia en la adquisición de las Habilidades Sociales de los alumnos del Instituto Educativo Byron Eguiguren de la ciudad de Loja.

Esta metodología seleccionada y dentro de la lógica de trabajo incluyó métodos, técnicas e instrumentos que a continuación detallo:

MÉTODOS

Los métodos utilizados en el desarrollo del presente trabajo de investigación son los siguientes:

Método científico: se utilizó para plantear el problema, los objetivos generales como específicos, es decir el método científico estuvo presente en el desarrollo de toda la investigación.

Método Analítico - sintético: este método ayudó a realizar un análisis y síntesis de los resultados obtenidos y llegar a conclusiones y recomendaciones adecuadas.

Método Inductivo – deductivo: permitió hacer un estudio del sujeto particular para luego llegar al conjunto de niños investigados, tomando en cuenta su procedencia familiar.

Estadístico-descriptivo: tuvo la finalidad de presentar y analizar en cuadros y tablas la información obtenida en la presente investigación.

TÉCNICAS

Las técnicas e instrumentos utilizados en el presente trabajo fueron

- **Test:** aplicamos el test de Autoestima de Coopersmith a los niños investigados en forma individual para el logro del primer objetivo. Este test

dada su naturaleza constituyó un importante recurso para estudiar el nivel de autoestima de los niños.

- **Cuestionario de Evaluación de las Habilidades Sociales.**-El mismo que fue elaborado por la autora y se lo utilizó para el logro del segundo objetivo a los niños con discapacidad visual que asisten al Instituto Educativo Byron Eguiguren de la ciudad de Loja.

POBLACIÓN Y MUESTRA:

La población escolar total del Instituto Educativo Byron Eguiguren comprende 32 personas: 20 alumnos, 6 maestros y 6 de personal administrativo y de servicios. Para la presente investigación se tomó como muestra a los 9 alumnos del 7mo año de educación básica, que se encontraban internos en la institución. La población y muestra la detalle en el siguiente:

Cuadro de población y muestra:

Instituto Educativo Byron	Población de paralelos	Muestra alumnos del 7mo. año de Educación
Alumnos:	20	9
Profesores	6	
Personal administrativo y de servicios	6	
TOTAL:	32	9

Fuente: Dirección del Instituto Byron Eguiguren

Elaboración: Eva María Ochoa Pardo

f. RESULTADOS

OBJETIVO UNO

Determinar el nivel de autoestima que tienen los niños con discapacidad visual Instituto Educativo Byron Eguiguren de la ciudad de Loja

Para el logro de este Objetivo se utilizó el test de Autoestima de Coopersmith aplicado a los alumnos del 7mo año de Educación Básica del Instituto Educativo Byron Eguiguren de la ciudad de Loja.

CUADRO 1

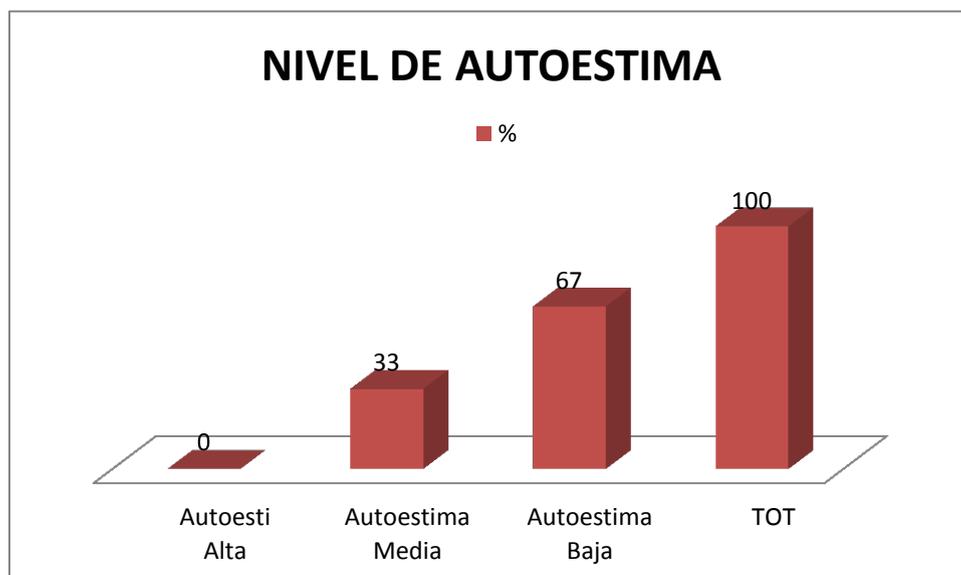
Nivel de Autoestima

Indicadores	f	%
Autoestima Alta	0	0
Autoestima Media	3	33
Autoestima Baja	6	67
TOTAL	9	100

Fuente: Test de Autoestima de coopersmith aplicado a los alumnos del 7mo año EB con DV del Instituto Educativo Byron Eguiguren de la ciudad de Lojall

Elaboración: Eva María Ochoa Pardo.

GRÁFICO 1



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.- De la aplicación del test de Autoestima de Coopersmith al total de alumnos del 7mo. Año de Educación Básica con deficiencia visual del Instituto Educativo Byron Eguiguren, el 67% presenta una autoestima que destaca significativamente baja. Mientras que el 33% presenta una autoestima media.

Para García (2014) señala que la autoestima es el sentimiento valorativo de nuestro ser, de nuestra manera de ser, de quienes somos nosotros, del conjunto de rasgos corporales, mentales y espirituales que configuran nuestra personalidad. Esta se aprende, cambia y la podemos mejorar, por lo tanto al señalar la autoestima baja en los niños relativa a su aislamiento y poca sociabilidad, esta puede ser modificada mediante el abordamiento oportuno para mejorar su condición psicológica y emocional. (p.1-2).

Los alumnos del Instituto Educativo Byron Eguiguren presenta autoestima baja, debido a que la mayoría de niños con discapacidad visual, se muestran incapaces de realizar alguna actividad, se aíslan del resto de sus compañeros, esta acción implica una asistencia inmediata para mejorar su condición emocional y predisponibilidad social de trabajar y participar de manera abierta, favoreciendo al desarrollo de las habilidades sociales, a la vez que los compañeros se asocien con estos modelos de inserción escolar, haciéndolos partícipes de sus actividades diarias sin que su limitación sea un impedimento en el desarrollo de actividades de interacción.

OBJETIVO DOS

Las principales dificultades que presentan en los niños y niñas con discapacidad visual que asisten al Instituto Byron Eguiguren de la ciudad de Loja.

RESULTADOS DEL CUESTIONARIO DE HABILIDADES SOCIALES APLICADO A LOS ALUMNOS DEL INSTITUTO EDUCATIVO BYRON EGUIGUREN DE LA CIUDAD DE LOJA.

Dificultades de Habilidades Sociales

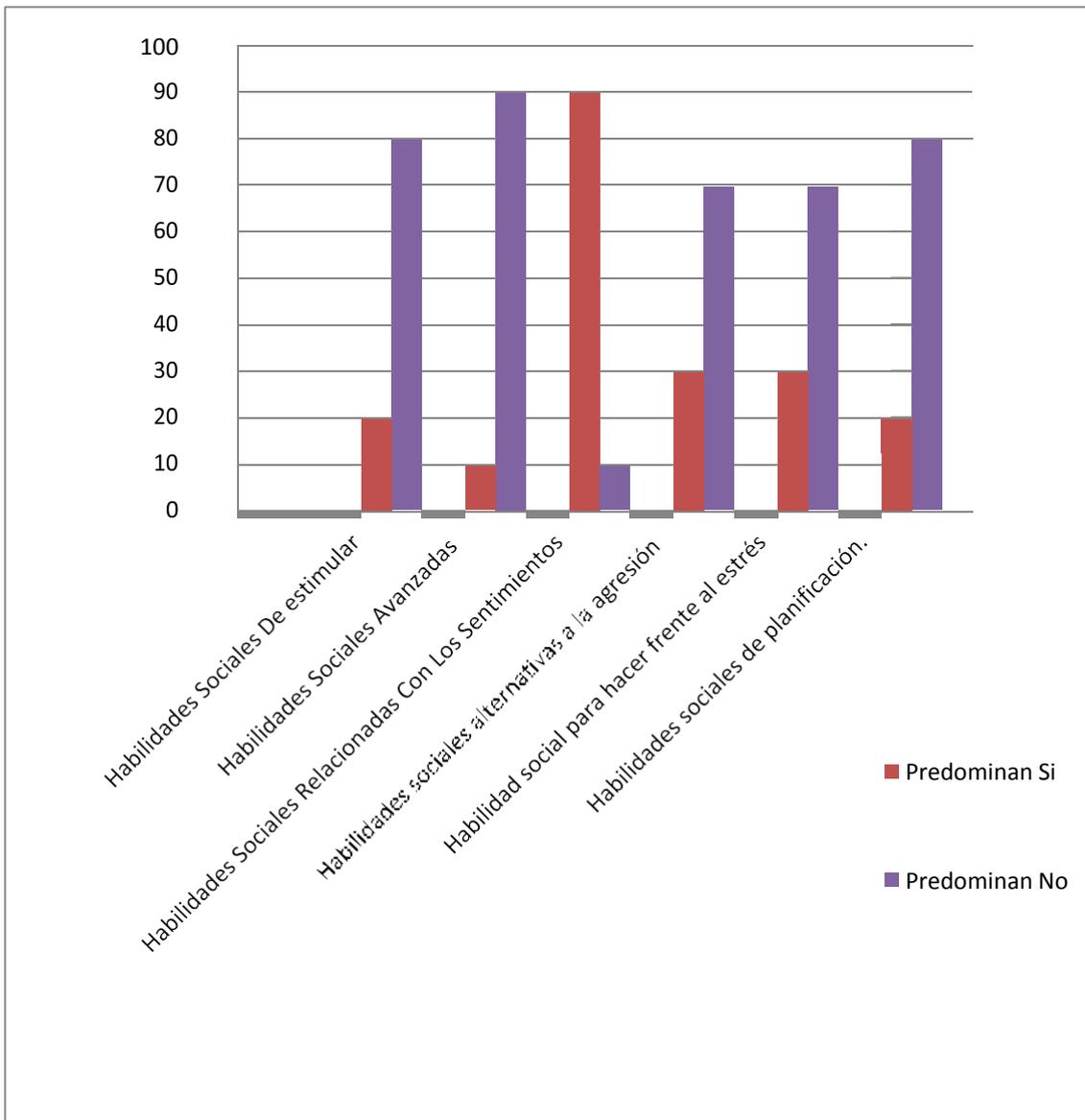
CUADRO 2

Indicadores	Predominan				total	
	Si realizan		No realizan			
	f	%	f	%		
Habilidades Sociales De estimular	3	20	6	80	9	100%
Habilidades Sociales Avanzadas	3	10	5	90	9	100%
Habilidades Sociales Relacionadas Con Los Sentimientos	7	90	2	10	9	100%
Habilidades sociales alternativas a la agresión	3	30	6	70	9	100%
Habilidad social para hacer frente al estrés	2	30	7	70	9	100%
Habilidades sociales de planificación.	3	20	6	80	9	100%

Fuente: Cuestionario del tipo de Habilidades Sociales aplicado a los niños con DV.

Elaboración: Eva María Ochoa Pardo

GRÁFICO 2
TIPO DE HABILIDADES



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.- Del total de investigados, dentro del objetivo mencionado se puede analizar que las habilidades sociales, se da con el 80% de niños que no tienen habilidades sociales de estimular, mientras que el 90% de los niños no han desarrollado una habilidad social avanzada, es así que el 90% de niños si han desarrollado las habilidades sociales relacionadas con los sentimientos, en cambio el 70% de los niños que no tienen una habilidad social alternativas a la agresión, el 70% se en niños con habilidades sociales frente al estrés y finalmente se da un 80% en habilidades sociales de planificación.

Raffo y Zapata (2000) señalan que las habilidades sociales son consideradas como un conjunto de comportamientos interpersonales complejos.

El término habilidad se utiliza para indicar que la competencia social no es un rasgo de la personalidad, sino más bien un conjunto de comportamientos aprendidos y adquiridos.

En este sentido, las habilidades sociales son un conjunto de conductas de intercambio con resultados favorables, quedo a la persona que las posee de una mayor capacidad para lograr los objetivos que pretende, manteniendo su autoestima sin dañar la de las personas que la rodean.

OBJETIVO TRES

Establecer la relación entre autoestima y habilidades sociales de los niños con discapacidad visual que asisten al Instituto Educativo Byron Eguiguren de la ciudad de Loja.

CUADRO 3
Relación de Niveles de Autoestima y Habilidades Sociales

Dificultades de habilidades sociales	Predominancia	
	Si	No
	%	%
1.Habilidades Sociales de estimular	20	80
2.Habilidades Sociales Avanzadas	10	90
3.Habilidades Sociales Relacionadas con los Sentimientos	90	10
4.Habilidades sociales alternativas a la agresión	30	70
5.Habilidad social para hacer frente al estrés	30	70
6.Habilidades sociales de planificación.	20	80

Fuente: Test de Autoestima de coopersmith y Cuestionario de Habilidades Sociales aplicado a los niños con DV del Instituto Byron Eguiguren
Elaboración: Eva María Ochoa Pardo

Indicadores	%
Autoestima Alta	--
Autoestima Media	33
Autoestima Baja	67

Fuente: Test de Autoestima de CooperSmith y Cuestionario de Habilidades Sociales aplicado a los niños con DV del Instituto Byron Eguiguren
Elaboración: Eva María Ochoa Pardo

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.- Dentro del objetivo de la autoestima se puede mencionar que hay una autoestima media del 33% mientras que el 67% señalan una autoestima baja en los niños y niñas, como consecuencia se presenta el aislamiento, rechazo entre otras, además en las habilidades sociales se puede analizar que el 80% de niños no tienen habilidades sociales de estimular mientras que el 90% de los niños no señalan unas habilidades sociales de avanzada es así como el 90% han desarrollado habilidades sociales relacionadas con los

sentimientos; mientras que las habilidades sociales alternativas a la agresión hay un 70%; y en las habilidades social para hacer frente al estrés el 70%: y finalmente en las habilidades sociales de planificación hay un 80%.

Esto demuestra que la mayoría de los niños y niñas no han desarrollado adecuadamente las habilidades sociales, por lo tanto se las relaciona con una autoestima baja.

García (2014), manifiesta que según como se encuentre nuestra autoestima, ésta es responsable de muchos fracasos y éxitos, ya que una autoestima adecuada, (p. 1-2).

De lo que se evidencia que los niños que presentan autoestima baja se relaciona directamente con la predominancia si, habilidades sociales Relacionadas Con Los Sentimientos es decir la poca valorización personal repercute en las habilidades con las demás personas; mientras que los niños que poseen autoestima media se relaciona. La predominancia no de Habilidades sociales alternativas a la agresión y Habilidad social para hacer frente al estrés ya sé que presentan en el salón.

g. DISCUSIÓN

Primer Objetivo Específico: Determinar el nivel de autoestima que tienen los niños con discapacidad visual Instituto Educativo Byron Eguiguren de la ciudad de Loja.

Para alcanzar el primer objetivo, fue necesario la utilización del Test de Autoestima de Coopersmith aplicado a los alumnos del 7mo. Año de Educación Básica del Instituto Educativo Byron Eguiguren, cuyos resultados del análisis correspondiente determinan que: el 33% tiene un nivel de autoestima media; es decir, alumnos con rasgos de confianza en sí mismos, que cumplen con sus tareas escolares, generan procesos de comunicación con sus compañeros y maestros, además de comunicación verbal; mientras el 67% demuestran una autoestima baja caracterizada con dificultades para cumplir con sus tareas escolares, negativismo, aislamiento, poca comunicación con sus compañeros y maestros, dificultad en sus relaciones intra e interpersonales, no aceptación de la condición que tienen.

Para poder relacionar los resultados obtenidos es necesario considerar lo que manifiesta el autor (García, 2014 y Bonet, 1997) que los niños con autoestima alta poseen técnicas interpersonales lo cual los hace enfrentar de manera positiva a los retos mientras que una autoestima media se caracteriza por disponer de un grado aceptable de confianza en sí mismo, es decir se presentan seguros frente a los demás aunque internamente no lo son. Sin embargo el autoestima baja es un sentimiento de inseguridad e incapacidad de sí mismo en donde existe una mayor predisposición al fracaso debido a que se concentran en los inconvenientes y los obstáculos que en las soluciones.

(García, 2014) ||Se debe señalar que el autoestima es el sentimiento valorativo de nuestro ser, de quienes somos nosotros, del conjunto de rasgos corporales, mentales y espirituales que configuran nuestra personalidad. Esta se aprende, cambia y la podemos mejorar. Es a partir de los 5-6 años cuando empezamos a formarnos un concepto de cómo nos ven nuestros mayores (padres, maestros), compañeros, amigos, etcétera y las experiencias que vamos adquiriendoll (p.29-31).

Segundo Objetivo Específico: Las principales dificultades que presentan en

los niños y niñas con discapacidad visual que asisten al Instituto Byron Eguiguren de la ciudad de Loja.

Raffo y Zapata: 2000) El término habilidades sociales se utiliza para indicar que la competencia social no es un rasgo de la personalidad, sino más bien un conjunto de comportamientos aprendidos y adquiridos (p. 61).

Para constatar el segundo objetivo se utilizó un cuestionario del tipo de habilidades sociales que predominan en los niños con discapacidad visual. Se pudo evidenciar que la predominancia NO realizan en las habilidades sociales de estimular con un 80%, habilidades sociales de avanzadas con un 90%, habilidades sociales alternativas a la agresión con el 70%, mientras que las habilidades sociales para ser frente al estrés 70%, y las habilidades sociales de planificación con el 80%, mientras que en las Habilidades Sociales relacionadas con los sentimientos tienen predominancia SI con el 90%, ya que presentan actitudes de autoaislamiento, inadaptación contextual, dificultades, pocas habilidades verbales.

Tercer objetivo específico: Establecer la relación entre autoestima y habilidades sociales de los niños con discapacidad visual que asisten al Instituto Educativo Byron Eguiguren de la ciudad de Loja.

Para verificar este objetivo se utilizó una tabla comparativa sobre el nivel de autoestima y el tipo de habilidades sociales de los niños y niñas, el análisis demuestra una relación directa entre las dos variables, Sin embargo hay que considerar que existe la predominancia SÍ de habilidad social de un 90% que repercute considerablemente a un negativo crecimiento social, se inmiscuyen concomitantemente a que la autoestima se mantenga en un nivel bajo con un 67% que en si no ayuda a un buen desarrollo de los niños y niñas con deficiencia visual.

En relación con la autoestima baja y la predominancia sí de habilidades sociales relacionadas con los sentimientos se puede decir que se presenta como víctima frente a sí mismo y frente a los demás evadiendo toda posibilidad de éxito de manera voluntaria donde son niños que no se adaptan con el medio y presentan dificultad de comunicación con sus compañeros, maestros, tienen pocas posibilidades de desarrollar la capacidad de socialización grupal, y de integración activa dentro del medio social en el cual conviven.

h. CONCLUSIONES

Al término del presente trabajo de investigación, se llega a las siguientes conclusiones:

- La mayoría de los niños con deficiencia visual del instituto Byron Eguiguren presentan un nivel de autoestima baja.

- La mayoría de los niños y niñas presentan dificultades en la Habilidades Sociales principalmente en las relacionadas con la habilidades sociales de estimulación, habilidades sociales avanzadas y habilidades sociales de planificación.

- El autoestima se relaciona directamente con las habilidades sociales de los niños y niñas con deficiencia visual, ya que el nivel de autoestima baja se relaciona con el predominio del NO desarrollo adecuado de Habilidades Sociales.

i. RECOMENDACIONES

Se plantean las siguientes recomendaciones que podrían ayudar a mejorar la problemática planteada:

- A las autoridades y docentes se recomienda organizar talleres, cursos y seminarios dirigidos a los docentes sobre el autoestima y como estimular en las personas con discapacidad visual.
- A la familia ofrecer entornos efectivos que estimulen el fortalecimiento del autoestima y las habilidades sociales de los niños y niñas con discapacidad visual.
- A los niños y niñas estimularlos para que se brinden un buen trato afectivo y cordial en los espacios escolares.
- A los docentes, ofrecer espacios que favorezcan las relaciones interpersonales de los niños y niñas.

j. BIBLIOGRAFÍA

- Aguirre de Trabanino, D. (2000). *El valor de la autoestima* (Tercera revisada y ampliado ed.). Guatemala: Impresos D y M, asociación de escritores amigos del libro nacional de Guatemala.
- Boaneger, H. (2012). *Esquema de la conferencia el presente y el futuro del niño deficiente visual en el Ecuador*. Quito: Universidad de San Francisco.
- Bonet, J. V. (1997). *sé amigo de ti mismo, manual de autoestima*. España: Editorial San Térra.
- Branden, N. (1994). *Los 6 pilares de la Autoestima*. (E. P. Ibérica, Ed., & J. V. rubio, Trad.) España.
- Curran, F., & Grunberg. (1993). *Programa de desarrollo de habilidades sociales*. Santiago: Universitaria.
- Espejo Bergoña, B., Rodríguez, F., & Toro, S. (2009). *Niños y niñas con baja visión. Recomendaciones para la familia y la escuela*. México: Ed. Aljibe.
- Fernández, M. (2007). *Habilidades sociales en el contexto educativo. Tesis previa a optar el Grado de magíster en educación*. Chillán, Chile: Universidad del Bío Bío.
- Ferrel. (1990). *La familia*. Buenos Aires: Antares.
- García Ortega, V. (27 de abril de 2014). *Autoestima*. Recuperado el 2 de junio de 2015, de google: vgo@uol.com.ar
- García, A. R., & Sierra, J. V. (2011). *Niños con alta capacidad visual*. Madrid - España: Centro Seta, Sevilla.
- García, A. R., & Sierra, J. V. (2011). *Niños con alta capacidad visual*. Madrid, España: Centro Seta Sevilla.
- Goldstein, A., Sprafkin, R. G., & Klein, P. (1989). *Habilidades sociales y autocontrol en la adolescencia: un programa de enseñanza*. España: Ediciones Madrid.
- Instituto de Tecnologías Educativas. (2012). *La inclusión educativa*. Quito: L.N.S. editores.
- Kathleen, S.A. (2007). *Psicología del desarrollo autoestima: Infancia y Adolescencia*. Madrid: Médica Panamericana.
- Marchesi. (2005). *Discapacidad visual y el perfil de quien lo padece*. Madrid: Instituto de Discapacidad Visual.

- Michelson, & Cols. (1987). Las habilidades sociales en la Infancia, Evolución y Tratamiento. España: Ediciones Madrid.
- Moreno, J. M., & Torrego, J. C. (1999). Habilidades sociales . Madrid: U.N.E.D.
- Organización Mundial de la Salud. (2014). Deficiencia visual.
- Piaget. (1977). Compilación de técnicas de aprendizaje de personas con discapacidad visual. Barcelona: Marin.
- Poveda Redondo, L. M. (2003). Deficiencia visualEdu. . Madrid: Dirección General y Dirección de Educación.
- Raffo, L., & Zapata, I. (2000). mejorando las habilidades sociales. Lima: Colegio de psicólogos del Perú CDR.
- Ricardo, M. R. (2015). Asignatura 1. Implicaciones de la discapacidad y de la diversidad visual en el ámbito educativo. España: Universidad Rey Juan Carlos.
- Rosa, A., & Ochaíta, E. (1993). Psicología de la ceguera. Madrid: Ed. Alianza.
- Sastre, R. S. (2008). *Niños con discapacidad visual y su funcionamiento diferencial*. Madrid: RevNeurol.
- Vallés Arándiga, A., & Miñana Estruch, J. J. (1997). Autoestima y habilidades sociales en alumnos ciegos y deficientes visuales: desarrollo de un programa. Integración. revista sobre ceguera y deficiencia visual, 97.
- Vallés, A., & Vallés, T. (1996). Lss habilidades sociales en al escuela: una propuesta curricular. Madrid: Editorial EO.
- Verdugo, A., & Caballo, E. (2005). Habilidades sociales. programa para mejorar las relaciones sociales entre niños y jóvenes con deficiencia visual y sus iguales sin discapacidad. Madrid: ONCE.
- Verdugo, M. A., Caballo, C., & Delgado, J. (1996). Diseño y aplicación de un programa de entrenamiento en habilidades sociales para alumnos con deficiencia visual. (ONCE, Ed.) Revista sobre ceguera y deficiencia visual.
- Vicente, E. C. (2005). Manual de las habilidades sociales. España: ISBN 978- 84-323-0808-6.

k. ANEXOS



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA EDUCACIÓN, EL ARTE Y LA COMUNICACIÓN
NIVEL PROFESIONAL
CARRERA DE PSICORREHABILITACIÓN Y EDUCACIÓN ESPECIAL

TEMA

LA AUTOESTIMA Y SU INFLUENCIA EN LA ADQUISICIÓN DE HABILIDADES SOCIALES DE LOS NIÑOS Y NIÑAS INTERNOS CON DISCAPACIDAD VISUAL QUE ASISTEN AL INSTITUTO BYRON EGUIGUREN DE LA CIUDAD DE LOJA. PERIODO 2014-2015.

Proyecto de tesis previa a la obtención del grado de Licenciada en Psicorrehabilitación y Educación Especial

AUTORA

Eva María Ochoa Pardo

LOJA – ECUADOR

2014

a. TEMA:

LA AUTOESTIMA Y SU INFLUENCIA EN LA ADQUISICIÓN DE HABILIDADES SOCIALES DE LOS NIÑOS Y NIÑAS INTERNOS CON DISCAPACIDAD VISUAL QUE ASISTEN AL INSTITUTO BYRON EGUIGUREN DE LA CIUDAD DE LOJA. PERIODO 2014-2015.

b. PROBLEMÁTICA.

La ONU señala que hay más de 500 millones de personas con discapacidad lo que equivale a un 10 por ciento de la población mundial. En algunos países casi un 20 por ciento de la población total tiene algún tipo de discapacidad; si se tiene en cuenta las repercusiones que este hecho supone para las familias, un 50 por ciento de la población se ve afectado. Según la OMS en el mundo hay 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 de discapacidad visual se concentra en los países en desarrollo. (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs282/es/>)

La expresión y el contacto visual cumplen un papel decisivo en la interacción social, y por lo tanto en el desarrollo evolutivo y en el aprendizaje del niño. En los niños con deficiencia visual crea un problema de desarrollo que hace necesaria una educación extensiva a todas las áreas desde la intervención temprana, concepto de desarrollo, métodos alternativos para la lectura escritura computación y matemáticas, entrenamientos sensoriales socialización y habilidades lúdicas. (OMS N° 282 ceguera y discapacidad visual en www.who.int/mediacentre/factsheets/fs282/es/).

A nivel nacional existen muy pocas instituciones para discapacitados pese a que la Constitución Política del Ecuador en el Artículo 47 establece: —El Estado garantizará políticas de prevención de las discapacidades y, de manera conjunta con la sociedad y la familia, procurará la equiparación de oportunidades para las personas con discapacidad y su integración social; y, el Artículo 48 señala las medidas que el estado debe adoptar con relación a las personas con discapacidad.

Sin embargo, aunque el precepto constitucional es claro con relación a las discapacidades, la poca o limitada inclusión social y educativa de la discapacidad visual, sigue provocando una autoestima pobre o baja en muchos ciudadanos que la padecen y también en sus familiares.

Prueba de ello es que la investigación realizada por Organización Nacional de Ciegos Españoles (Once), se encontró que el 65% de ellos tenían baja autoestima lo que ocasionaba que tengan temor a realizar actividades dentro de su

sociedad, pues temían a ser rechazados (Varios autores, 2008).

La carencia de herramientas y estrategias que brinden información suficiente para concebir, interpretar y actuar en las dinámicas en las que está inmerso el discapacitado visual, hacen que sus construcciones se encuentren sujetas a distorsiones perceptuales que conducen a una interpretación errónea de lo que está experimentando. Lo que tiene como consecuencia la restricción en la expresión de sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de un modo adecuado a la situación, que van limitando la construcción de la personalidad, y esto precisamente se debe a la limitación que tienen en sus habilidades sociales.

Los resultados obtenidos en investigaciones en el área de habilidades sociales en la población con ceguera y discapacidad visual demuestran la notable dificultad que tienen las personas ciegas para adquirir un repertorio adecuado de habilidades interpersonales.

La importancia y relevancia de las habilidades sociales en la infancia viene avalada por los resultados de estudios e investigaciones en los que se constata que una adecuada competencia social en la infancia está asociada con logros escolares y sociales superiores y con ajuste personal y social en la infancia y en la vida adulta, mientras que la falta de habilidades interpersonales tiene consecuencias negativas tanto en la infancia, como en la adolescencia y en la vida adulta.

El intercambio social en ámbitos diversos cumple un papel fundamental en el desarrollo integral del sujeto tanto en su aspecto cognitivo como socio—afectivo. El mismo requiere que la persona posea habilidades sociales de relación y comunicación, las cuales no son innatas sino aprendidas en el mismo acto de la interacción (Rotella Cecilia, Parlanti Sonia, 2009).

Precisamente, al estudiar el tema de la discapacidad, en la provincia y cantón Loja, se puede percibir una falta de interés por las personas con discapacidad visual, además de ello, se observa la actitud indiferente y negativa que se tiene hacia estas personas. Esto es causado por la falta de información y la carencia de valores como la solidaridad, respeto, humildad, que son primordiales

en el trato a personas con este tipo de dificultad; trayendo como consecuencia que ellos se sientan marginados, en muchos casos siendo víctimas de maltrato físico, psicológico, y en otros el ser víctimas de abuso sexual; la mayoría de ellos son personas que no se sienten integradas en la sociedad y por lo tanto no participan ni se desarrollan dentro de ella de acuerdo a la medida de sus posibilidades.

La autoestima de los niños se encuentra en un alto riesgo de vulnerabilidad, tal insuficiencia les limita directamente a conseguir una construcción de sus estructuras básicas en su personalidad, su autonomía, la construcción de la norma, su integración social y seguridad emocional. Aunque siempre podemos trabajar y mejorar nuestro nivel de autoestima, lo mejor es tratar de establecer buenas bases, desde su inicio; desarrollando las habilidades sociales necesarias.

La siguiente investigación se realizará en el Instituto Educativo Byron Eguiguren de la ciudad de Loja. Es un establecimiento de nivel primario, destinado a desarrollar un programa integral de educación especial para niños no videntes y con limitaciones visuales tanto de la ciudad como la provincia y región sur del país. Los servicios que presta son de: hospedaje, alimentación y atención médica. Así como también se dan talleres de: ábaco, lectoescritura braille, computación, mecanografía, orientación y movilidad; musicografía y actividades de la vida diaria.

Se observa con mucha frecuencia en las aulas de este centro educativo que los alumnos pretenden alcanzar con éxito sus estudios, ser valorados y obtener recompensas de ello; sin embargo cuando no lo logran, sufren alguna experiencia de vergüenza y humillación por no poder resolver alguna tarea escolar o un sencillo problema en el aula; por lo que pueden surgir problemas de índole emocional y de autoestima; lo que indica que sus habilidades sociales son limitadas.

En referencia a lo dialogado con los docentes, estos indican que los alumnos debido a sus dificultades en el proceso de aprendizaje, suelen presentar problemas emocionales que van desde la agresión hasta la inhibición, con evidentes muestras de inseguridad y desvalorización, que en ocasiones los llevan al rechazo e interrupción de los estudios. Nos resulta difícil llegar a comprender por qué acaban frustrados, con pérdida de interés por las tareas escolares y con un

pobre concepto de sí mismos, refieren. Las habilidades sociales no se expresan en sus comportamientos cotidianos y escolares.

Por todos estos antecedentes analizados, conlleva a efectuar algunas interrogantes que permitan orientar este proceso investigativo como:

- ¿Cómo influye la autoestima en la adquisición de habilidades sociales de los niños internos con discapacidad visual que asisten al instituto Byron Eguiguren de la ciudad de Loja?

Preguntas significativas:

- ¿Qué nivel de autoestima que tienen los niños con discapacidad visual del Instituto Educativo Byron Eguiguren?
- ¿Qué relación existe entre autoestima y habilidades sociales de los niños con discapacidad visual que asisten al Instituto Byron Eguiguren?

c. JUSTIFICACIÓN

El interés de investigar este tema se encamina al estudio y conocimiento de LA AUTOESTIMA Y SU INFLUENCIA EN LA ADQUISICIÓN DE HABILIDADES SOCIALES DE LOS NIÑOS Y NIÑAS INTERNOS CON DISCAPACIDAD VISUAL QUE ASISTEN AL INSTITUTO BYRON EGUIGUREN DE LA CIUDAD DE LOJA. PERIODO 2014-2015.

Dentro del campo de la autoestima, habilidades sociales y deficiencia visual, existen explicaciones científicas que dan cuenta de las causas, consecuencias y metodologías para abordar esta temática; por ello el tema es actual, pertinente, vigente y cuya originalidad en el proceso investigativo corresponde a la investigadora. Con la formación adquirida en la carrera, se propone investigar esta problemática de una manera integral y holística, contribuyendo a la generación de nuevos conocimientos científicos que enriquecerán la práctica profesional.

La realización de la presente investigación, beneficiara a la comunidad educativa y social, ya que contribuirá al mejoramiento de la calidad metodológica en la educación, a través de mecanismos de ayuda y de intervención profesional a los niños con deficiencia visual que evidencian limitaciones en su autoestima, logrando mejorar sus habilidades sociales, rendimiento académico y potenciar una mejor inserción social, familiar.

Todo proceso investigativo, conlleva el respeto a los valores individuales, sociales, ético morales, que afiance los que ayudan al desarrollo del bienestar de las personas, pero que también cuestionen los que pudieran interferir en su crecimiento personal y familiar. Si hay un respeto al ser humano y su integridad, de hecho hay un respeto al ambiente y la naturaleza. En estos tiempos es necesario desarrollar y profundizar una visión del Buen Vivir, como lo propone la sociedad ecuatoriana.

Finalmente el desarrollo de la presente investigación también contempla cumplir con el requisito académico establecido por la Universidad Nacional de Loja con su sistema académico modular por objetos de transformación, que es desarrollar un trabajo de tesis de investigación para optar por el grado de Licenciada en Psicorrehabilitación y Educación Especial.

d. OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL

- Conocer la influencia que tiene la autoestima en la adquisición de habilidades sociales en los niños y niñas internos con discapacidad visual que asisten al Instituto Byron Eguiguren de la ciudad de Loja.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar el nivel de autoestima que tienen los niños con discapacidad visual Instituto Byron Eguiguren de la ciudad de Loja.
- Las principales dificultades que presentan en los niños y niñas con discapacidad visual que asisten al Instituto Byron Eguiguren de la ciudad de Loja.
- Establecer la relación entre autoestima y habilidades sociales de los niños con discapacidad visual que asisten al Instituto Byron Eguiguren de la ciudad de Loja.

e. MARCO TEÓRICO

Esquema

1. LA AUTOESTIMA

- 1.1. La autoestima. Definición
- 1.2. Formación de la Autoestima
- 1.3. Factores que estimulan la autoestima
- 1.4. Componentes de la autoestima
 - Cognitivo
 - Afectivo
 - Conductual
- 1.5. Ventajas de la autoestima alta
 - 1.5.1. Autoestima en el niño
 - 1.5.2. La identidad
 - 1.5.3. Lo que los/as niñas valoran
- 1.6. Fuentes de la Autoestima
- 1.7. Clases de Autoestima
 - Alta o Positiva
 - Baja o negativa
- 1.8. Importancia de la Autoestima en el desarrollo escolar
- 1.9. La autoestima en el éxito social

2. LAS HABILIDADES SOCIALES

- 2.1. Concepto
- 2.2. Tipos de habilidades sociales
- 2.3. Términos asociados a las habilidades sociales
- 2.4. El entrenamiento asertivo
- 2.5. Actividades para estimular la adquisición de habilidades sociales
 - 2.5.1.- Adquisición de las habilidades sociales

3. CEGUERA Y DISCAPACIDAD VISUAL

- 3.1. Definición de ceguera y discapacidad visual
- 3.2. Clasificación de la ceguera y discapacidad visual
 - Por el momento de la aparición

- Por el grado de la pérdida de la visión

- Por el ritmo de adquisición

3.2.4. Según el nivel de funcionalidad de la visión

3.3. Fenomenología de la ceguera

3.4. Etiología de la ceguera

3.5. Otros sentidos y su importancia para los niños/as con ceguera y baja visión

3.5.1. Conocimiento y atención

3.6. La Familia y la Discapacidad Visual

LA AUTOESTIMA

Definición

Valoración que uno tiene de sí mismo. Positiva o Negativa. Se forma a través de un proceso de asimilación y reflexión mediante el cual interioriza las opiniones de las personas socialmente significativas (padres, maestros, compañeros) y los utiliza como criterios para su propia conducta. www.psicopedagogia.com/definición/autoestima.2012.

La autoestima es la forma habitual de pensar, amar, sentir y comportarse consigo mismo es la disposición permanente según la cual nos enfrentamos con nosotros mismos. Alcántara, (2007). (Pág. 17).

Formación de la autoestima

La autoestima como tal no es innata, sino que es adquirida generándose como resultado de la historia de cada persona, podría decirse que es el fruto de una larga y permanente secuencia de acciones que nos van dando forma en el transcurso de nuestros días.

Es una estructura consistente, estable, difícil de mover y cambiar. Pero su naturaleza no es estática, sino dinámica y por lo tanto o puede crecer, arraigarse más íntimamente, ramificarse e interconectarse con otras actitudes nuestras o puede debilitarse, empobrecerse y desintegrarse. Es pues perfectible en mayor o menor grado. (Ibídem, 2007, Pág. 18)

Siendo la autoestima el centro de nuestra forma de pensar, sentir y actuar, se convierte en una estructura funcional de mayor eficacia y solidez que engloba todo el dinamismo humano.

Es el máximo resorte motivador y el oculto y verdadero rostro de cada hombre esculpido a lo largo del período crítico.

Nos dispone para responder ante los múltiples estímulos que nos visitan, ya que es precursora y determinante de nuestro comportamiento. Es sin duda el

principio de la acción humana ya que es uno de los recursos más importantes que debe construir la persona desde las etapas más tempranas de su desarrollo es la autoestima, de hecho puede ser considerada sin temor a equivocarnos como el motor de la salud mental del individuo.

La presencia de este recurso es permanente aunque no seamos conscientes de él, su manifestación puede ser positiva en la medida que se construya de manera sana o, en caso contrario, puede ser negativa si hay deficiencia o empobrecimiento de la misma. El nivel de autoestima condiciona la forma como nos desempeñamos condiciona la propia estima. López de Bernal, (2003), pág. 48).

Cuando una persona tiene una adecuada autoestima experimenta cada aspecto de la vida de una manera positiva y constructiva; es capaz de enfrentar los retos en forma productiva, utiliza los propios recursos en las etapas de crisis para salir adelante y está en capacidad de disfrutar más sanamente cada vivencia.

Las personas que se caracterizan por una baja autoestima están limitadas en cada aspecto de su vida con respecto a los demás; es frecuente que se sientan inferiores e imposibilitados para enfrentar las situaciones más simples del diario vivir y que no se sientan merecedores de ningún logro, en los momentos en que enfrentan desafíos. (Ibídem 2003, Pág. 50)

Factores que estimulan la autoestima

La autoestima es parte de un proceso que se construye desde el nacimiento y que se puede desarrollar a lo largo de la vida a través de las innumerables experiencias. Tener elevada autoestima no nos hace inmunes, es un proceso que puede estar sujeto a variaciones y altibajos que si son detectados a tiempo pueden manejarse. (Ibídem, 2003, Pp. 51)

En las primeras etapas del desarrollo, los padres y personas al cuidado de los niños son los encargados de iniciar el proceso de conformación de la autoestima, a medida que van creciendo, los niños empiezan a interactuar con diferentes personas y experiencias que van aportando al crecimiento y fortalecimiento de la autoestima.

Así como se puede fortalecer la autoestima, se puede igualmente deteriorar, de tal manera que tanto padres como Educadores estamos en la obligación de supervisar los elementos del entorno en el cual están creciendo tanto los niños como los adolescentes, para evitar experiencias que puedan deteriorar la autoestima y seleccionar aquellas que verdaderamente la refuerzan.

Los niños pequeños se ven a sí mismos en términos de su apariencia física, nombre, acciones y aptitudes, pero no tienen una noción de sus características permanentes o su personalidad, conforme maduran pasan de perspectivas concretas y fragmentadas de sí mismos a perspectivas más abstractas, que incluyen características psicológicas. (Woolfolk, 1995, Pp. 18)

Componentes de la autoestima

Es conveniente profundizar más en el análisis de esta estructura compleja de la autoestima si se quiere posteriormente encontrar los caminos verdaderos para llegar a una metodología eficaz que alcance los objetivos educativos.

—Encontramos en la autoestima tres componentes: Cognitivo, afectivo y conativo. Los tres operan íntimamente relacionados, de manera que una modificación en uno de ellos comparta una relación con los otros.

▪ Componente Cognitivo

Indica idea, opinión, creencias, percepción y procesamiento de la información. Nos referimos que auto concepto definido como opinión que se tiene de la propia personalidad y sobre su conducta.

Es un marco de referencia por el cual damos un significado a los datos aprendidos sobre nosotros mismos e incluso sobre los demás; por tal razón se puede decir que es determinante el valor de la autoimagen para la vitalidad de la autoestima.

El autoconcepto ocupa un lugar privilegiado en la génesis, crecimiento y consolidación de la autoestima, las restantes dimensiones; afectiva y conductual examinan bajo la luz que les proyecta el auto concepto que a su vez se hace servir de la autoimagen o representación mental que un sujeto tiene de sí mismo en el

presente y en las aspiraciones y expectativas futuras.

- **Componente Afectivo**

Es el segundo componente de la autoestima y conlleva la valoración de lo que en nosotros hay de positivo y negativo, es un juicio de valor sobre nuestras cualidades personales.

Es un sentimiento de lo favorable o desfavorable, de lo agradable que vemos en nosotros, es sentirse a gusto o disgusto consigo mismo, es admiración ante la propia valía. Alcántara, (1995), Pp. 18-20)

En resumen podría decirse que el componente afectivo es un juicio de valor sobre nuestras cualidades personales.

- **Componente Conductual**

Significa tensión, intención y decisión de actuar, de llevar a la práctica un comportamiento consecuente y coherente. Stevenson, (1980). Pp.23). Es el esfuerzo por alcanzar una fama, honor y respeto ante los demás y ante nosotros mismos.

Ventajas de la autoestima alta

La autoestima alta no significa un estado de éxito total y constante, es también reconocer las propias limitaciones y debilidades y sentir orgullo por las propias capacidades y habilidades.

Una persona con autoestima alta, vive, comparte e invita a la integridad, honestidad, responsabilidad, comprensión y amor, siente que es importante, tiene confianza en sí misma, tiene certeza en sus decisiones y en que ella misma significa su mejor recurso, al apreciar debidamente su propio valer está dispuesta a respetar el valor de los demás. López de Bernal. (2003), Pp. 50).

Una adecuada autoestima permite:

- Tener confianza y claridad en las habilidades propias.
- Sentir que se es merecedor de éxitos.
- Saberse capaz de enfrentar los diferentes retos de la vida.
- Fijar metas alcanzables para las cuales se está capacitado
- Ser capaz de mantener un adecuado autocontrol de las propias emociones.
- Mantener una seguridad que permita ser flexible en la consecución de los objetivos propios.
- Tener claridad en los valores que se manejan en el propio comportamiento.
- Mantener una posición que evita ser arrastrado por la presión de grupo.
- Ser capaz de construir relaciones interpersonales beneficiosas.
- Reconocer y disfrutar con los logros de los demás.
- Fortalecer y disfrutar las propias ganancias y beneficios. (Ibídem, 2003, Pp.

124) Cuando un niño tiene autoestima alta:

- Reconoce sus propias fortalezas y potencialidades.
- Se siente merecedor de afecto, reconocimiento y aceptación.
- Se trata a sí mismo con mayor consideración, amabilidad y respeto.
- Es capaz de valorar sus logros y los de los demás.
- Puede enfrentar con éxito las dificultades y arriesgarse a luchar por lo que quiere.
- Puede expresar cariño a las personas que le rodean y disfrutar más de las cosas que componen su entorno.
- Tiene mayor capacidad para asumir responsabilidades porque se siente capaz de llevarlas a cabo.
- Cuando tiene éxito puede reconocer sus méritos.
- Es menos vulnerable a la presión de grupo y a ceder en sus intereses, convicciones y preferencias.
- Todo lo anterior le ayuda a ser más colaborador y respetuoso y a sobreponerse a sus estados de ánimo.

Autoestima en el niño

Cuando un niño edifique su identidad en función de lo que siente, desea o necesita, tendrá una correcta formación de su autoestima.

- La autoestima nace a la par que la conciencia, los niños son capaces de describirse con detalle así mismos y expresar estados emocionales hacia los 8 años, incluso antes. Esto revela la suma importancia de atender y centrar todas las energías en sus necesidades. Las actitudes, cuidados y cariño que se les dé a estos/as pequeños/as van a marcar la configuración de su autoestima (Alcántara, 2007, Pág. 29).

La identidad

Se llama identidad a la suma de emociones, sentimientos, deseos, capacidades y fantasías que las personas identifican como algo propio. El resultado de este conjunto de aspectos simbólicos es lo que lleva a uno mismo a reconocerse de forma separada y distinta de los demás. Cuando un niño edifique su identidad en función de lo que siente, desea o necesita tendrá una correcta formación de su autoestima. En cambio sí construye una falsa identidad, desarrollará una precaria autoestima

Elementos que influyen en la autoestima

Hay 5 aspectos que tienen una gran influencia en la formación de la autoestima de los niños, niñas y adolescentes. A veces no nos percatamos de su importancia, pues como los adultos las hemos superado, nos parecen insignificantes. Pero para ellos son cruciales:

- a) La apariencia física
- b) Las habilidades atléticas
- c) La popularidad entre sus iguales
- d) Las competencias sociales
- e) El éxito escolar

Fuentes de la autoestima

La importancia que los niños conceden a los distintos aspectos de la autoestima depende de su propia percepción y del juicio que personas de su entorno hacen sobre sus capacidades. Para un/a niño/a existen cuatro fuentes principales de juicios significativos, esto es, cuatro cimientos de la autoestima cuya

importancia varía, según van creciendo:

- a. Padres (el ambiente familiar)
- b. Maestros (principales figuras de referencia y autoridad en la escuela)
- c. Iguales (los/as niño/as de su escuela)
- d. Amigos(cuya incidencia va a ser la más notable al entrar en la adolescencia)

Algunos padres supeditan el afecto al niño a sus propios intereses, lo valoran más por lo que esperan de él que por lo que el mismo desea. Expresiones como —Si no eres un buen estudiante nos decepcionarásll, bloquean al niño/a y le impiden forjar una autoestima sólida (Ibidem, 2007, Pág. 32).

Clases de autoestima

▪ Alta o Positiva

La autoestima positiva aporta un conjunto de efectos beneficiosos para nuestra salud y calidad de vida, que se manifiesta en el desarrollo de una personalidad más plena y una percepción más satisfactoria de la vida. Aumenta la capacidad de afrontar y superar las dificultades personales al enfrentarnos a los problemas con una actitud de confianza personal. Fomenta la capacidad de adquirir compromisos y por lo tanto de ser más responsables de estos.

▪ Baja o negativa

Cuando la autoestima es negativa, nuestra salud se resiente porque nos falta confianza en nosotros mismos para abordar los sucesivos retos que nos presenta la vida, y esto hace que nuestra calidad de vida no sea del todo óptima. Al faltarnos confianza personal disminuye nuestra capacidad para enfrentarnos a los problemas y conflictos que se nos presentan en la vida.

La falta de autoconfianza hace que evitemos los compromisos, privándonos así de una mayor riqueza en nuestras experiencias vitales. Al faltarnos autoconfianza, difícilmente nos fijamos metas y aspiraciones propias, por lo que somos más vulnerables a actuar de acuerdo con lo que se espera de nosotros y no de acuerdo a nuestras propias decisiones.

Importancia de la autoestima en el desarrollo escolar

El desempeño escolar es el resultante del complejo mundo que envuelve al estudiante, determinado por una serie de aspectos cotidianos: esfuerzo, capacidad de trabajo, intensidad de estudio, competencias, aptitudes, personalidad, atención, motivación, memoria, entre otros que afectan directamente el desempeño escolar de los individuos.

La infinidad de aspectos que afectan el desempeño escolar de los/as estudiantes, probablemente incluyen no solo influencias externas como el entorno familiar, amistades, entre otros, así como también la aptitud o la motivación, factores que son el resultado de la fusión de los anteriores, como es el nivel de autoestima.

La autoestima cumple un papel importante en los éxitos y los fracasos, la satisfacción, el bienestar psíquico y el conjunto de relaciones sociales. Tiene especial importancia desde el punto de vista educativo. Los estudiantes con baja autoestima se sienten incapaces, son influenciables, eluden situaciones que le provocan ansiedad y se frustran con mayor facilidad.

La importancia que tiene la autoestima en la educación es porque tiene que ver con el rendimiento escolar, con la motivación, con el desarrollo de la personalidad, con las relaciones sociales y con el contacto afectivo del niño consigo mismo. Cada vez que se establece una relación, se está transmitiendo aprobación o desaprobación y en esa misma medida, se van devolviendo o entregando características personales que pasan a integrar la autoimagen de esa persona.

De este modo, la interacción con el profesor va teniendo repercusiones en el sentimiento de confianza de sí mismo que desarrolla el niño, es decir, se siente que lo hacen bien o mal. Si el niño percibe que el profesor es cercano, acogedor y valorativo con los alumnos, va a proyectar formas de establecer relaciones, interiorizara en forma casi automática este tipo de interacciones.

Se puede apreciar que existe una relación circular; si el niño tiene una autoestima alta se comportara en forma agradable, será cooperador, responsable, rendirá

mejor y facilitara el trabajo escolar. Por lo tanto el profesor positivamente será re forzante, estimulante y entregara retroalimentación positiva; lo que hará que el niño se comporte mejor, y así sucesivamente generándose un círculo virtuoso.

Si su autoestima es baja se pondrá agresivo irritable, poco cooperador, poco responsable. Con esta situación es altamente probable que el profesor tienda a asumir una postura más crítica y rechazan te frente al niño, quien a su vez, se pondrá más negativo y desafiante, creándose así un círculo vicioso. Por otro lado, se ha encontrado una relación entre la autoestima de los profesores y la autoestima de los niños. Los profesores con una buena autoestima son más reforzadores, dan más seguridad a los niños, están más satisfechos con su rendimiento escolar, desarrollan un clima emocional más positivo y sus alumnos se aprecian más contentos en la sala de clases.

Los profesores con baja autoestima tienden a tener miedo de perder autoridad por lo tanto usan una disciplina mucho más represiva y sus alumnos son menos creativos, no saben trabajar solos, son más tensos e irritables y dependen del control que el adulto ejerce sobre ellos.

La autoestima en el éxito social

Los padres del infante son las primeras personas con las que se relaciona el niño, cuando se ha logrado un adecuado apego y una base relacional efectiva, el niño empieza a confiar en los demás y por ende, a establecer relaciones positivas, los hermanos o, en su defecto, los demás miembros de la familia le proporcionan experiencias personales que le permiten aprender a aceptar a los demás, a negociar, a realizar, a cumplir compromisos y a reconocer que el otro es diferente.

Cuando en la familia se ha consolidado el aprendizaje social, el niño está preparado para establecer relaciones con miembros fuera de su entorno familiar, los demás niños y sus relaciones aportan un material de gran importancia en la vida emocional, la autoestima se ve reforzada por las oportunidades que tienen tanto niños como adolescentes de compartir y sentir que son apreciados por el otro, que son tomados en cuenta y que son apoyados en las situaciones de crisis o han podido disfrutar en común los triunfos de sus amigos. (López de Bernal, 2003, Pp. 18).

LAS HABILIDADES SOCIALES

CONCEPTO

La historia de la conceptualización del término —habilidades sociales— tuvo mayor difusión a mediados de los años 70; Sin embargo, hasta la actualidad se sigue investigando y redireccionando el concepto y las conductas que involucran a este término.

A Salter (1949) se le atribuyen los primeros conceptos sobre habilidades sociales, haciendo uso de este término en su libro *Terapia de los reflejos condicionados*, (*Condition Reflex Therapy*, 1949), donde describe seis técnicas que promueven y aumentan el nivel de expresividad de las personas.

- La expresión verbal de las emociones.
- La expresión facial de las emociones.
- El empleo deliberado de la primera persona al hablar.
- Al estar de acuerdo cuando se reciben cumplidos o alabanzas.
- El expresar desacuerdo.
- La improvisación y actuación espontáneas.

Las habilidades sociales son un conjunto de hábitos o estilos (que incluyen comportamientos, pensamientos y emociones), que nos permiten mejorar nuestras relaciones interpersonales, sentirnos bien, obtener lo que queremos y conseguir que los demás no nos impidan lograr nuestros objetivos.

También podemos definir las como la capacidad de relacionarnos con los demás en forma tal que consigamos un máximo de beneficios y un mínimo de consecuencias negativas, tanto a corto, como a largo plazo.

El concepto de habilidades sociales incluye temas afines como la asertividad, la autoestima y la inteligencia emocional. Destaca la importancia de los factores cognitivos (creencias, valores, formas de percibir y evaluar la realidad) y su importante influencia en la comunicación y las relaciones interpersonales.

Para Aron y Milicic (1993) las habilidades sociales son aquellos comportamientos ya más concretos y específicos que se dan en un contexto interpersonal y tienen como fin interpretar y orientar la relación a fin de llevar a cabo una interacción provechosa. (Peñafiel y Serrano, 2011, pág.34)

Los tres atributos básicos de las habilidades sociales son:

1. Flexibilidad: al contexto, a la situación, a los sujetos.
2. La apertura: es la capacidad para manifestarse a los demás y a la vez a ser receptivo.
3. La polaridad: es la capacidad para relacionarse entre cordialidad y la asertividad.

Caballo (1993) considera a la conducta socialmente habilidosa como un conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo, respetándolo para que pueda solucionar los problemas de manera inmediata y evitar problemas futuros. (Caballo, 2007, pág. 51)

TIPOS DE HABILIDADES SOCIALES

Podemos dividir las Habilidades Sociales en diferentes grupos según sea el criterio de evaluación que adoptemos. Por ejemplo, según el objetivo que tenga la persona que las utiliza: habilidades conversacionales, habilidades de elogio, oposición asertiva.

Según el tipo de análisis de las habilidades: habilidades básicas de interacción social, habilidades relacionadas con los sentimientos y emociones, habilidades de autoafirmación. Y, según su agrupación temática. Veamos esta última clasificación de manera más detallada:

Grupo I. Primeras Habilidades Sociales.

- Escuchar.
- Iniciar una conversación.
- Mantener una conversación.

- Formular una pregunta.
- Dar las gracias.
- Presentarse.
- Presentar a otras personas.
- Hacer un cumplido.

Grupo II. Habilidades Sociales avanzadas.

- Pedir ayuda.
- Participar.
- Dar instrucciones.
- Seguir instrucciones.
- Disculparse.
- Convencer a los demás.

Grupo III. Habilidades relacionadas con los sentimientos.

- Conocer los propios sentimientos.
- Expresar los sentimientos.
- Comprender los sentimientos de los demás.
- Enfrentarse con el enfado del otro.
- Expresar afecto.
- Resolver el miedo.
- Autorrecompensarse.

Grupo IV. Habilidades alternativas a la agresión.

- Pedir permiso.
- Compartir algo.
- Ayudar a los demás.
- Negociar.
- Empezar el autocontrol.
- Defender los propios derechos.
- Responder a las bromas.
- Evitar los problemas a los demás.
- No entrar en peleas.

Grupo V. Habilidades para hacer frente al estrés.

- Formular una queja.
- Responder a una queja.
- Demostrar deportividad después de un juego.
- Resolver la vergüenza.
- Arreglárselas cuando le dejan a uno de lado.
- Defender a un amigo.
- Responder a la persuasión.
- Responder al fracaso.
- Enfrentarse a los mensajes contradictorios.
- Responder a una acusación.
- Prepararse para una conversación difícil.
- Hacer frente a las presiones del grupo.

Grupo VI. Habilidades de planificación.

- Tomar decisiones.
- Discernir la causa de un problema.
- Establecer un objetivo.
- Determinar las propias habilidades.
- Recoger información.
- Resolver los problemas según su importancia.
- Tomar una decisión.
- Concentrarse en una tarea.

TÉRMINOS ASOCIADOS A LAS HABILIDADES SOCIALES

A lo largo del estudio de las habilidades sociales, hay términos que han sido asociados al término mencionado es por eso que para fines de esta investigación se ha considerado oportuno mencionar los siguientes conceptos, los cuales tienen relación directa con la conceptualización del término —habilidades sociales— (Ruiz, 2007).

a. Asertividad

El término designado fue introducido por Wolpe (1958) y por Lazarus (1966) como asertividad de elogio y como una conducta llamada —reforzar al interlocutorll (habilidad para hacer cumplidos) el cual hace mención a conductas de autoafirmación y expresión de sentimientos, términos utilizados como sinónimos de las habilidades sociales.

b. Autocontrol

El autocontrol se desarrolló en forma consciente con el lenguaje interno. El individuo hablándose de sí mismo, guía y regula su comportamiento por este motivo las estrategias de desarrollo de autocontrol insisten en las auto instrucciones.

c. Empatía

Este término es empleado a su vez para definir el concepto de inteligencia emocional e inteligencia interpersonal. Para la mayoría de autores la empatía es la capacidad de entender realmente las necesidades, sentimientos, circunstancias, motivos, pensamientos, problemas etc., de los demás, poniéndonos para ello en su lugar, y viendo las cosas desde su misma óptica o perspectiva.

Capacidad de conectar con los sentimientos de la otra persona y percibir en un contexto determinado el cual es común a lo que el otro individuo puede sentir, pero sin que implique opinar o pensar de la misma forma. También es conocido como un proceso completamente objetivo.

d. Inteligencia interpersonal

El logro de un lenguaje para las emociones es un aspecto fundamental para el desarrollo de la capacidad de auto observación. Muchos niños y jóvenes desconocen los términos más elementales para discriminar y definir estados anímicos básicos (alegría, enojo, tristeza y miedo).

La inteligencia interpersonal se constituye a partir de la capacidad nuclear para sentir distinciones entre los demás, en particular, contrastes en sus estados de

ánimo, temperamento, motivaciones e intenciones. Esta inteligencia le permite que cada persona pueda, leer las intenciones y los deseos de los demás, aunque se los hayan ocultado.

Esta capacidad se da de forma muy sofisticada en los líderes religiosos, políticos, terapeutas y maestros.

e. Apego

El apego es la capacidad de conectarse afectivamente con las personas, la expresividad es la de ser capaz de expresar emociones sentimientos y necesidades y el autocontrol la de poder dominar los impulsos, ira, enojo, etc.

Para desarrollar el apego y la expresividad es preciso dar oportunidades a los niños y a los jóvenes para que se conozcan y reconozcan sus semejanzas, para que puedan expresar lo que piensan y sienten respecto a determinados aspectos del mundo o de su vida en particular.

EL ENTRENAMIENTO ASERTIVO

Como cualquier otra habilidad humana, la asertividad es susceptible de aprenderse, entrenarse y mejorarse. Esto se consigue mediante las Técnicas denominadas Entrenamiento Asertivo (o también Entrenamiento en Habilidades sociales, aunque esto engloba un mayor número de competencias).

Las habilidades sociales y más concretamente la asertividad son habilidades básicas para nuestro desenvolvimiento en la vida diaria. Las personas tenemos intereses y formas de ver el mundo distinto, por lo cual el conflicto interpersonal está a la orden del día. Cuando estas habilidades no están lo suficientemente desarrolladas o se emplean de forma equivocada surge la frustración y la insatisfacción. (Muñoz, 2003, pág. 26)

Con respecto a la salud mental es una técnica que se ha demostrado efectiva en el tratamiento de la depresión, ansiedad y estrés provocados por las relaciones interpersonales. Nos ayuda a respetar a los demás, y por ende a

nosotros mismos.

ACTIVIDADES PARA ESTIMULAR LA ADQUISICIÓN DE HABILIDADES SOCIALES

Si no se ha llegado entre los especialistas a un acuerdo explícito sobre lo que constituye una conducta socialmente habilidosa, ello es debido a determinadas características de las habilidades sociales.

1. La conducta social adecuada es parcialmente dependiente del contexto

cambiante, es decir, está en función de las circunstancias, del momento y el lugar en que una persona se interrelaciona con otras. Las personas con discapacidad visual tienen serias dificultades para realizar una correcta discriminación entre distintas situaciones. Les cuesta diferenciar las circunstancias cambiantes en que es correcto o incorrecto realizar una determinada conducta. La mayor parte de la gente, por ejemplo, sabe que un comportamiento que es consentido en el contexto familiar, por ejemplo en la mesa, estaría mal visto en otro ambiente social, como un restaurante, y en base a ese conocimiento, se actúa de distinta forma según el contexto. El niño con discapacidad visual, sin embargo, por su dificultad de discriminación, puede sentirse sorprendido de que le prohibamos en el restaurante lo que en casa le permitimos hacer. Por eso, en el entrenamiento en habilidades sociales de los niños con deficiencia visual, se han de establecer unas normas básicas generales, válidas para la mayor parte de los contextos y circunstancias, empezando por la familia. De esta forma evitaremos confusiones y malos entendidos. (Pérez, 2000)

2. La habilidad social debe considerarse dentro de un marco cultural

determinado, y los patrones de comunicación varían ampliamente entre culturas y dentro de una misma cultura, dependiendo de factores tales como la edad, el sexo, la clase social o la educación. La habilidad social es el resultado de la normativa social imperante en un determinado momento en una determinada cultura; todos los integrantes de esa cultura, incluidas las personas con discapacidad, han de conocer y comportarse de acuerdo con esa normativa. No es infrecuente encontrarse, por ejemplo, con adolescentes con discapacidad visual que saludan, besan y abrazan en situaciones sociales de forma inadecuada, demasiado efusivamente para lo considerado aceptable

en nuestro entorno cultural. El conocimiento y uso de las normas sociales básicas es el requisito mínimo exigible para la plena integración social, mientras que las conductas inadecuadas conducen, con frecuencia, al rechazo y al aislamiento social. (Pérez, 2000)

- 3. Las habilidades sociales varían a lo largo del tiempo.** Las costumbres sociales, las modas y estilos de vestir y el lenguaje, por ejemplo, cambian durante la vida de una persona. Los niños y adultos con discapacidad visual también han de adaptarse a estas variaciones temporales, por lo general en cuanto al lenguaje. La apariencia física es una habilidad social básica a la que se ha de prestar especial atención. También en el ámbito del lenguaje, hay familias que hablan a sus jóvenes y adultos con discapacidad visual como si de niños se tratara, con diminutivos y palabras infantiles que, aunque tratan de ser cariñosas, no se adaptan a la verdadera edad de la persona. Las conversaciones y el trato adecuados a su edad les permitirán, independientemente de sus limitaciones, sentirse aceptados y aceptarse tal y como son. (Pérez, 2000)
- 4. El grado de efectividad de una persona dependerá de lo que desea lograr en la situación particular en que se encuentre.** La conducta considerada apropiada en una situación puede ser, obviamente, inapropiada en otra, en función de lo que se pretenda conseguir. Si el niño en casa consigue lo que quiere con una pataleta o un pequeño lloro, intentará utilizar esa misma estrategia en otros ambientes (en casa de unos amigos o en el supermercado, por ejemplo) y sin embargo, esa conducta no es socialmente aceptable. Es fundamental el establecimiento de unas normas básicas útiles para el mayor número de situaciones posibles, consensuadas con toda la familia y que el niño ha de conocer y respetar. (Pérez, 2000)

Adquisición de las habilidades sociales

La niñez es, sin duda, un periodo crítico en el aprendizaje de las habilidades sociales. Éste depende, por un lado, de la maduración y por otro, de las experiencias de aprendizaje. Los niños con discapacidad visual adquieren las habilidades sociales del mismo modo que los demás, aunque se han de considerar algunas de sus características a la hora de planificar el proceso de enseñanza. Los procesos de aprendizaje por los que habitualmente se adquieren las habilidades sociales son:

a. **Enseñanza directa.** Las habilidades sociales se transmiten por medio de instrucciones, dando la información de lo que es una conducta adecuada en una determinada situación. —No hables con la boca llena o —lávate las manos antes de comer son típicos ejemplos. En el caso de los niños con discapacidad visual se han de tener en cuenta sus dificultades para percibir por el canal visual y para asimilar varias órdenes dadas de forma secuencial, entre otras razones por sus limitaciones en la visión. Si les damos una instrucción hemos de comprobar previamente si nos prestan atención, si nos escuchan al darles la información, si comprenden lo que les decimos y si cuentan con la capacidad necesaria para realizar la conducta. Teniendo en cuenta todos estos factores, se aprecia que no es éste el mejor modo de enseñarles habilidades sociales y de auto cuidado personal. (Ruiz, 2007, págs. 31-57)

b. **Modelado o aprendizaje por medio de modelos.** Los niños observan a sus padres, a otros adultos o a otros niños interactuando e imitan lo que ellos hacen. Es el llamado aprendizaje por observación o vicario, es una de las formas básicas de adquisición de las habilidades sociales. En las personas con discapacidad visual esta es una limitación por la carencia del sentido de la visión que tiene. Generalmente harán más caso a lo que oyen, por lo que se ha de tener especial cuidado con los modelos que les estamos dando. Educamos con lo que decimos, con lo que hacemos y fundamentalmente con lo que somos. Entre los adultos está muy arraigada la costumbre de indicar a los demás lo que tienen que hacer pero sin compromiso de cumplirlo uno mismo. Tirar colillas o papeles al suelo, cruzar sin mirar la calle o interrumpir cuando está hablando otro, son conductas que se imitan con facilidad. (Ruiz, 2007, págs. 31-57)

c. **Práctica de conducta.** La mejor forma de aprender es practicando. Aunque les expliquemos lo que han de hacer y no puedan vernos a nosotros haciéndolo, hasta que no ensayen ellos mismos no sabrán si son capaces de actuar adecuadamente. La consolidación y generalización de las conductas se logra practicando en diversos contextos, en diferentes momentos y ante distintas personas. Es conveniente, por ejemplo, que lo que aprenden en casa, lo practiquen con otros familiares o en distintas situaciones sociales. Por otro lado, las habilidades que se aprenden en una situación artificial pero no se aplican en la vida cotidiana no tienen sentido, además de que se pierden con suma facilidad. La práctica en el

manejo del dinero y las compras, la utilización de los transportes públicos o el uso del teléfono cobran todo su valor cuando se llevan al día a día de sus vidas. (Ruiz, 2007, págs. 31-57)

d. Reforzamiento de las conductas adecuadas y “castigo” o retirada de atención de las inadecuadas. Se le felicita o premia cuando se comporta de forma adecuada a la situación y se le riñe cuando su comportamiento no es correcto. En este aspecto se ha de tener especial cuidado con el reforzamiento de conductas inadecuadas. La atención del adulto es un potente reforzador, y en ocasiones pueden llegar a portarse -malll únicamente para que se les haga caso.

Se tiende, en general, a prestar más atención cuando gritan, tiran cosas o molestan que cuando se comportan de forma correcta (—déjale ahora que no molesta, no se vaya a revolverll). Se ha de ser generosos en los elogios y procurar estar más pendientes de sus conductas adecuadas que de las equivocadas. (Ruiz, 2007, págs. 31-57)

e. Retroalimentación de la actuación (feedback). Cuando se está practicando una determinada conducta se informa de las partes correctas e incorrectas de la misma. Se ha de insistir siempre en lo correcto, aunque no se han de eludir los aspectos mejorables (—lo has hecho bien, sólo te ha faltado...ll).(Ruiz, 2007, págs. 31-57)

f. Moldeamiento o aprendizaje por aproximaciones sucesivas. Es el utilizado en la enseñanza de habilidades de autonomía personal. Se ha de descomponer la conducta en pequeños pasos e ir practicando y reforzando cada uno de ellos, prestando la ayuda que vaya precisando durante el proceso de aprendizaje (Ruiz, 2007, págs. 31- 57).

DISCAPACIDAD VISUAL

La visión representa un papel central en la autonomía y desenvolvimiento de una persona. El 80% de la información que inicialmente obtenemos del entorno y que necesitamos para nuestra vida cotidiana, implica el órgano de la visión.(<http://www.once.es>. 2000). Esto supone que la mayoría de las habilidades que poseemos, de los conocimientos adquiridos y de las actividades que desarrollamos las hemos aprendido o las ejecutamos basándonos en esta información visual. Y de manera especial, en la etapa de desarrollo infantil, la visión juega un papel clave.

Pero, debido a la existencia de diferentes patologías y alteraciones oculares, la entrada de información visual se puede reducir en diversos grados e incluso anular. Por tal razón, es importante determinar el nivel de pérdida de visión y sus repercusiones funcionales en las personas que padecen alguna anomalía (<http://www.once.es>. 2000).

En este sentido, cuando hablamos de ceguera o discapacidad visual nos estamos refiriendo a condiciones caracterizadas por una limitación total o muy seria de la función visual, es decir, son personas que no ven absolutamente nada o incluso llevando lentes o utilizando otras ayudas ópticas ven mucho menos de lo normal y realizando un gran esfuerzo.

Entre las definiciones de ceguera, tenemos: es la privación de las sensaciones, ya sea de forma parcial o total. En el plano oftalmológico toma el nombre de Amaurosis. (Varios Autores, 1999).

Reducción máxima de la capacidad de visión congénita o adquirida, que en sentido estricto es pérdida completa (en ambos ojos).(Diccionario Médico Roche, 1994).

La pérdida total o parcial del sentido de la vista se debe al tipo de estructura y funcionamiento del ojo de la persona y que llega a interferir y condicionar su desenvolvimiento dentro de la sociedad, en los ámbitos educativos, laborales y en sus relaciones interpersonales.

Se consideran ciegos a todos los individuos que poseen restos visuales, funcionales dentro de los límites, que se cuantifica en tablas normativas, lo cual se denomina ceguera legal; tomando en cuenta la existencia de limitaciones de la función visual, así como el reconocimiento del mundo exterior y pocas posibilidades en el movimiento espacial. (Suasnavas, 2005)

CLASIFICACIÓN DE LA CEGUERA:

Existen diferentes maneras de clasificar a la ceguera (Checa, 1999), así tenemos:

- **Por el momento de la aparición**

a) Congénita: Constituyen las personas que son ciegas de nacimiento. Se entiende por congénito a todo aquello que está presente antes del nacimiento, en general anomalías o enfermedades. (Diccionario Médico Roche, 1994, Pág. 24).

b) Adquirida o tardía: Es originada por diferentes motivos que alteran la visión en cualquier etapa de la vida afectando el desarrollo de la persona.

- **Por el grado de la pérdida de la visión**

a) Ceguera total: Es la ausencia total de la visión y su educación es mediante el sistema Braille.

b) Ceguera parcial (ambliopía): Es la disminución de la agudeza visual en un ojo, sin que exista lesión orgánica que lo justifique.

Un individuo con ceguera parcial mantiene una agudeza visual en un campo visual, pueden ser aprovechables en una gran cantidad de situaciones y aprendizajes, de tal forma que logra movilizarse e identificar objetos, formas pero siempre y cuando estos tengan gran tamaño.

- **Por el ritmo de adquisición**

a) Ceguera repentina: Es originada por diversas causas. Esta pérdida provoca en la persona cierta inestabilidad e inadaptación personal, familiar, laboral y social; En tanto

el individuo aprende a comportarse en situaciones que son nuevas por completo e inesperadas. (www.alconlabs.com. 2013)

b) Ceguera progresiva: Es la pérdida de visión de forma paulatina, hace que la persona se acomode en forma gradual a sus esquemas de comportamiento y actitudes. (www.bioplanet.net. 2014)

SEGÚN EL NIVEL DE FUNCIONALIDAD DE LA VISIÓN:

a) Ciegos totales: Son personas con discapacidad total que aprenden con el sistema Braille y otros elementos adecuados para ellos.

b) Ciegos parciales o subnormales: Pueden utilizar cualquiera de las dos maneras para aprender: El Braille o la lecto-escritura en tinta.

c) Personas de baja visión: Tienen un resto visual que les permite ver objetos a pocos centímetros, ayudados por el sistema táctil de tal manera que logran un mejor desempeño en sus tareas.

d) Personas limitadas visuales: Precisan una presentación de objetos y materiales más adecuados. Su visión debe ser estimulada y su evolución visual debe ser hecha en términos de funcionalidad, pudiendo ser incluidos en instituciones regulares con niños/as videntes, alcanzando un favorable desarrollo(<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs282/es/>)

Se clasifica a la discapacidad visual en:

a) Moderada: Estas personas pueden realizar tareas visuales utilizando elementos especiales como lentes y así alcanzarán una visión casi igual que una persona normal.

b) Severa: Puede necesitar más tiempo, mayor esfuerzo y ser menos preciso aun cuando emplee ayudas ópticas como las ya mencionadas anteriormente.

c) Profunda: Se considera que es difícil realizar tareas visuales y no puede hacer nada que exija tareas finas o de detalles.

Morales, (2002) señala que, atendiendo a la variedad de clasificaciones de deficiencia visual de un individuo así como a su campo visual, agudeza visual, diferencias en términos médicos legales y de la funcionalidad, la Organización Mundial de la Salud hace referencia a las deficiencias del órgano de la visión que

incluye las correspondientes al ojo y su estructura con él asociadas, incluyendo los párpados, no tomando en cuenta el problema de sordo ceguera por lo que se considera a dos tipos de deficiencias del órgano de la visión. (Morales, 2002, pág. 83).

a) Deficiencia de la agudeza visual

- Campo visual periférico
- Campo visual central
- Campo visual hemisférico

b) Deficiencias en la función perceptiva visual

Los tipos de Discapacidad Visual tienen entre sus objetivos llegar a una uniformidad terminológica a través de dos grandes categorías de visión:

- Visión Disminuida; y,
- Ceguera

FENOMENOLOGÍA DE LA CEGUERA:

Muchos casos de ceguera se pueden evitar si se detecta a tiempo las enfermedades oculares. Y el diagnóstico precoz de la discapacidad visual en la niñez ayudará a un tratamiento adecuado, ya que cuando se detectan anomalías con prontitud se las puede corregir a tiempo evitando así la ceguera.

La visión recibe el nombre de canal sensorial primario debido a que extiende a la persona más allá de su propio cuerpo, es la mediadora de otras impresiones sensoriales y actúa como un estabilizador entre la persona y el mundo externo. (Checa, 1999, pág. 37)

También su función unificadora permite que sirva de experiencia y pueda ser anticipada en situaciones ya conocidas sobre la base de experiencias previas. En base de estas experiencias se afirman las bases de la coordinación ojo y mano y se establece el concepto mental del espacio en el que la persona se mueve y también permite el seguimiento de los desplazamientos que ocurren en el campo visual. Por lo

tanto, sobre la función visual están cimentados el conocimiento del espacio y la información que se obtiene de las cosas.

En el caso de los niños/as con problemas visuales es de suma importancia para su crecimiento la utilización de sus otros sentidos para poder captar el mundo que le rodea.

Las personas con deficiencias visuales tienen dificultades en sus posibilidades de movimiento y esto a su vez, repercute en el conocimiento de su medio haciéndole dependiente de otras personas y afectando sus habilidades sociales. El niño/a ciego debe aprender que cuando está en movimiento debe mantener al máximo de alerta sus otros sentidos para tratar de obtener la información del entorno en que se mueve y saber interpretarlo. Debido a su condición, el aprendizaje por imitación pierde su amplia parcela y por lo tanto exige su desarrollo un esfuerzo más grande que una persona vidente.

Varios autores están de acuerdo en puntualizar tres limitaciones básicas que están directamente relacionadas con la ceguera: Limita el desarrollo, minimiza la gama y variedad de experiencias, comprende su mundo más tarde y de manera diferente que el niño/a que posee todos sus sistemas sensoriales completos; las experiencias y las relaciones con su entorno son restringidas y por tanto el control del mundo que le rodea está más limitado.

El niño/a ciego por estos motivos necesita más dedicación por parte de los educadores y se debe potenciar las percepciones táctiles, auditivas y kinestésicas.

ETIOLOGÍA DE LA CEGUERA:

A medida que la medicina progresa, los patrones causales de la ceguera han cambiado, ya que se pueden controlar las enfermedades prevenibles, convirtiéndose las causas genéticas o hereditarias en las principales.

Hace 40 años las causas más manifiestas de la ceguera eran las nutricionales y las infecciones, pero al mejorar la calidad de vida y de atención médica preventiva, la genética obtiene los lugares más altos como etiología del

problema.

Pero esto, también está relacionado con el nivel de desarrollo de los países, siendo en los países subdesarrollados aún las causas de la ceguera las enfermedades infecciosas, el mínimo consumo de vitamina A y gérmenes adquiridos en el canal del parto; produciéndose estas causas durante la infancia.

Entre las principales causas genéticas de la ceguera, en la infancia están: Degeneraciones tapeto-retinianas, cataratas congénitas y malformaciones de tipo microftalmos, anoftalmos y colomba. (www.etiología de la ceguera.com. 2013).

En las edades más avanzadas las causas de la ceguera son las enfermedades degenerativas retinianas o maculares, muchas de las cuales son hereditarias pero de aparición tardía.

Existe una clasificación internacional de las causas de la ceguera,(Boanerges, 2012) así tenemos:

- Por enfermedades infecciosas como: Difteria, blenorragia, rubéola, meningitis, varicela, sífilis, tuberculosis, tifoidea.
- Por accidentes, intoxicaciones y traumatismos. En la actividad profesional, militar, en el hogar, juegos, deportes, transportes, traumatismos durante el parto.
- Por agentes directos de los accidentes: Quemaduras químicas, armas de fuego y blancas, fuegos artificiales, explosiones, utensilios del hogar como tenedores, tijeras, cuchillos, agujas; Quemaduras de sol, alcohol metílico.
- Por enfermedades generales del cuerpo causantes de ceguera: Anemias, diabetes, nefritis, enfermedades vasculares, esclerosis-múltiple, tumores del cerebro.
- Enfermedades propias del ojo: En el globo ocular: glaucoma del adulto, miopía, desprendimiento de retina, albinismo, glaucoma infantil.
- Enfermedades de la conjuntiva: Conjuntivitis blenorragica del recién nacido.
- Enfermedades de la córnea: Queratitis intersticial parenquimatosa, tracoma, queratocono.
- Enfermedades del cristalino: Catarata, uveitis, coroiditis, oftalmia simpática. - Enfermedades de la retina.

- Enfermedades del nervio óptico; vías ópticas y centro cerebral de la visión. Atrofia óptica: neuritis óptica. Inflamaciones y lesiones de las vías ópticas y de los centros visuales.
- Enfermedades del cuerpo vítreo: hemorragia intravítrea.
- Otros tipos de afecciones oculares: ambliopía, exanopsia. Nistagmus.

OTROS SENTIDOS Y SU IMPORTANCIA PARA LOS NIÑOS Y NIÑAS CON CEGUERA Y BAJA VISIÓN

Lo que el niño/a toca, oye, ve, huele y degusta es interiorizado y almacenado como un modelo que determina su conocimiento acerca de su medio y de sí mismo con respecto a su mundo.

La información que llega por los sentidos es recibida, interpretada, combinada y conservada en el cerebro.

La adquisición del lenguaje facilita la integración de las impresiones sensoriales que permiten el aprendizaje y ordenar el material almacenado. El lenguaje actúa también como un medio de intercambio con los otros canales para clarificar y verificar las impresiones sensoriales.

La relación entre las ideas se desarrolla mediante la capacidad para distinguir semejanzas y diferencias entre las sensaciones táctiles, visuales, auditivas, olfativas y gustativas. La integración de los miles de "pedacitos" de información concreta recibida a través de los sentidos en un grupo unificado de conceptos acerca de las personas y las cosas son las que proporcionan el conocimiento funcional para el pensamiento abstracto.

El proceso de clasificar, codificar y organizar la información sensorial y los conceptos hacen que las funciones operativas actúen en una sola actividad mental muy compleja.

Cada niño/a aprende a hacer esto de manera diferente, lo que Piaget (1977) le llama "Estilo cognitivo del aprendizaje". El niño/a en su aprendizaje busca, selecciona, ordena y programa la información, lo que se convierte en un esquema

individual consistente.

Este concepto de esquemas de aprendizaje individuales únicos señala la necesidad de la enseñanza individualizada si se quiere lograr un máximo aprendizaje. Con este concepto, es fácil entender que tanto padres como educadoras deben comprender y aceptar las estrategias de aprendizaje preferidas por cada niño/a.

Progresión del aprendizaje

Hay que conocer los términos empleados para hablar del aprendizaje sensorial, el tipo y calidad de la información que se recibe a través de los diferentes sentidos. La palabra discriminación se refiere a la habilidad para notar las diferencias o semejanzas entre objetos o materiales, saber si lo que se recibe es idéntico o distinto a otra cosa.

Reconocimiento significa capacidad para dar el nombre a un objeto o material específico, saber identificarlo. (Asociar objeto – nombre).

La discriminación y el reconocimiento permiten al niño/a desarrollar percepciones sobre lo que ve, oye, huele, palpa o gusta. Cuando puede dar significado, comprende e interpreta la información que llega mediante los sentidos, entonces percibe la información y puede utilizarla, o sea, la selección perceptiva se logra cuando se recibe una información y se encuadra con lo previamente conocido, de forma que se logra un nivel distinto de comprensión. A esto, Piaget (1977) lo denomina proceso cognitivo de asimilación y acomodación.

Sentido táctil-kinestésico Se le llama sentido de la "piel". Un compromiso activo con el medio y con los objetos de él, depende del sentido táctil-kinestésico, el cual está provocado por estímulos mecánicos, térmicos y químicos. Las manos y otras partes del cuerpo pueden accionar, tomar, empujar, frotar y levantar a fin de obtener información. El uso de los músculos kinestésicamente, a través del movimiento o la manipulación de objetos o materiales, da la más comprensiva y precisa información cuando no se puede usar el sentido de la vista.

Aprendizaje táctil

La progresión en la secuencia del aprendizaje es semejante en todos los sentidos. En los niños/as con discapacidad visual, sin embargo, puede ser necesaria mayor atención a niveles específicos y un determinado tipo de aprendizaje, ya que como se ha dicho anteriormente, mucho se espera del sentido de la visión y de su capacidad residual.

Ahora analizaremos cada uno de los niveles, secuencia y naturaleza del aprendizaje en el desarrollo del niño/a con discapacidad visual ciego o con baja visión.

Conocimiento y Atención.

El desarrollo táctil-kinestésico comienza con el conocimiento y atención, para diferenciar textura, temperatura, superficies vibratorias y materiales de variadas consistencias. Así comienzan a conocer que algunos objetos son duros, otros blandos, unos ásperos y otros suaves, diferentes temperaturas, consistencias, formas de actuar de las diferentes sustancias, unos objetos vibran y otros no, el niño/a ciego o de baja visión aprende que él recibe información de los objetos y al mismo tiempo es capaz de alterar y adaptar algunos objetos por el uso táctil-kinestésico mientras que no es posible modificar otros de la misma forma.

Estructura y Forma.

Este nivel se relaciona con el "conocimiento de las estructuras básicas" de los objetos. Al mover sus manos tomarlo y sostenerlo percibe diferentes forma, tamaño, textura, peso, así los niños/as adquieren conocimientos de las características de los objetos. La interacción para la máxima información de esta etapa se logra a través de los objetos conocidos que son partes de la vida diaria del niño/a, tales como jabón, tazas, platos, zapatos y medias, etc.

Cuando los niños/as empiezan a discriminar entre los objetos es el momento de introducir el lenguaje que enseñe el reconocimiento de los objetos específicos por su nombre.

Al colocar las manos alrededor de un objeto, da una parte de información gruesa del mismo, pero moviendo sus manos y trazando la forma del objeto, le da una información específica y sucesiva acerca del mismo, que facilita su reconocimiento por el nombre.

Relación de las Partes al Todo.

Cuando los niños/as ya son capaces de reconocer objetos de su vida diaria por el nombre ya están preparados para aprender las relaciones de las partes con el todo a través de objetos que pueden ser separados en partes y armados nuevamente. En esta etapa es importante que los objetos sean de tres dimensiones, tales como autos de juguetes que pueden desarmarse y armarse, bloques que se encajan y objetos diarios que tengan partes para armar: cacerolas, llaves , cerraduras, etc.

Otro aprendizaje es agrupar objetos por textura mediante la presentación de ropa, zapatos, tazas, similares, etc. Se debe enfocar el uso de las manos y la inspección manual, a través de manipular objetos. Así los niños/as ciegos comienzan a formar conceptos de las relaciones de las partes con el todo.

Practicar ejercicios de discriminación cada vez más finas y mantener la habilidad para reconocer los objetos y sus partes, los mismos preparan al niño/a ciego para un completo aprendizaje táctil-kinestésico relacionado con el aprendizaje.

Las impresiones táctiles permiten al niño/a hacer acomodaciones a los nuevos aprendizajes que tiene en sus manos y asimilar rápidamente éstas en relación a la información táctil que ya posee.

Representaciones Gráficas.

Se trata de presentar objetos en dos dimensiones. Tales representaciones pueden ser hechas de hilo, alambre, con una rueda pequeña marcada con un punzón, en papel de aluminio, o papel común. La perspectiva espacial en una representación gráfica a menudo no representa la imagen real percibida con las manos.

Seleccionar esquemas estructurales simples tales como formas geométricas que pueden ser tocadas y representadas en distintas dimensiones, permite al niño/a gradualmente obtener sucesivas impresiones táctiles y a medida que sus dedos y músculos se mueven siguiendo distintos modelos, puede aprender a asociar el real objeto y el que está representado.

Aprendizaje y desarrollo auditivo:

El ser humano debido a la naturaleza del sentido auditivo y a la continua presencia de sonidos que invaden el medio, tiene poco control físico sobre las sensaciones auditivas, pero sin embargo debe aprender a ejercitar un control mental con la percepción selectiva, pues la presencia de sonidos no significa necesariamente oír o escuchar.

Para el niño/a con discapacidad visual una estimulación auditiva de sonidos sin significado puede provocar una actitud repetitiva y respuestas ecológicas e inhibir el uso de la entrada auditiva como un medio de aprendizaje.

La estimulación auditiva no debe ser confundida con Información auditiva que pueden ser traducidas en experiencias de aprendizaje. El aprendizaje debe dirigirse a la relación entre el lenguaje y el desarrollo auditivo, el uso del oído como un medio primario de aprendizaje, el desarrollo de eficientes habilidades para escuchar y la relación del desarrollo auditivo con el lenguaje son instrumentos para el desarrollo del pensamiento.

Sonidos del Medio:

El primer nivel de aprendizaje es la atención y conciencia del sonido. El infante puede sentirse sobresaltado por los sonidos cuando muchos ruidos aparecen sin tener significado para él, el niño/a aún no ha aprendido a seleccionar sonidos confusos o perturbadores.

Para que el niño/a ciego tenga conciencia de los sonidos debe tener la posibilidad de oír muchos sonidos agradables, tales como música y la voz humana.

Estos sonidos crean en el infante un conocimiento inconsciente y lo unen al medio, además de traer consigo sentimientos de calidez y confort.

Aún en el infante más pequeño, antes que pueda escuchar sonidos específicos, el sonido de la voz humana le provoca sentimientos de comunicación y lo une a las personas, probablemente sustituyendo las expresiones faciales y los gestos que no percibe el niño/a ciego total. Si en los primeros meses de vida al infante ciego no se expone a la voz humana puede sentirse vivir en un mundo totalmente aislado.

Una estimulación verbal continua y apropiada en los primeros meses ayuda al niño/a ciego a aprender a usar este contacto auditivo en forma semejante a sus pares videntes que usan el movimiento de sus ojos para seguir las acciones de aquellas personas que le rodean.

Colocar campanillas u otros objetos que producen ruidos agradables cerca del niño/a para que los pueda tocar, ayuda a estabilizar la idea que hay muchos sonidos dentro del medio. Al mismo tiempo que se mueve o se desplaza por su ambiente debe escuchar sonidos específicos que le sean agradables.

Sonidos Específicos:

La respuesta a sonidos específicos probablemente no ocurre antes de los cuatro o cinco meses de edad. Puede ser una sonrisa, escuchar intencionalmente y o en silencio, y más tarde tratará de imitar y vocalizar. Esta conducta demuestra que el niño/a mantiene contactos con sonidos específicos y localiza la fuente de éstos. Cuando gira la cabeza en respuesta a un sonido demuestra que intenta escuchar.

Es importante enseñar la manipulación de objetos con el objetivo de escuchar el sonido, así aprende a buscar el "sonido - juguete", y a moverse hacia la fuente sonora.

Discriminación de Sonidos:

Se trata de discriminar entre sonidos familiares, voces y tonos musicales. En este momento el bebé puede moverse en relación a los sonidos que hay en la casa para encontrar la fuente de los mismos.

Los padres deben estimular esta actividad y dejar que explore táctilmente los sonidos que han llamado su atención y así localizarlos. Este es el momento apropiado para dar el nombre de la fuente y desarrollar el conocimiento que los sonidos vienen de diferentes objetos que están en el hogar.

Lo que le permite asociar los sonidos con las cosas que toca, así, aprende a conectar sus propias acciones y la de los otros con ruidos o sonidos específicos. A medida que ésta asociación se hace más frecuente y más compleja puede descubrir, seguir los sonidos y acercarse a ellos.

Discriminar la fuente del origen del sonido y estimular la imitación vocal es muy importante porque guía el desarrollo auditivo y permite organizar las conductas relacionadas a objetos específicos. El niño/a con baja visión severa puede reconocer a la gente por los diferentes tonos de sus voces, por sus pasos, y puede asociar los pasos o las voces con anticipación. En este nivel de desarrollo, el sonido comienza a reemplazar a la visión para percibir la relación de distancia y sirve como una motivación primaria para el movimiento cuando él /ella aprende a caminar.

El nivel del sonido a medida que el niño/a se aproxima a los objetos se convierte en un punto de referencia para la distancia y sirve de orientación en los desplazamientos y movilidad. Cuanto más variado sean los ejercicios con las fuentes sonoras, el niño/a puede moverse y también tocar, en consecuencia, más rápido será el desarrollo de discriminación, su familiarización con el proceso y la utilización de su sentido auditivo.

Reconocimiento Auditivo y Asociaciones.

El reconocimiento de sonidos de palabras específicas conectadas con el lenguaje se produce cuando el niño/a aprende que los objetos tienen nombre, que los sonidos y las acciones tienen denominaciones específicas para describirlas.

En este proceso de reconocimiento y asociación los padres deben comunicarse para modelar, interpretar lo que quiere expresar el niño/a, conocer cómo responde a ciertos "objetos que hacen ruido" y diferenciar claramente entre los sonidos de las palabras. Nada indica que el niño/a con discapacidad visual tenga mayor capacidad auditiva que su par vidente, el constante ejercicio que hace en este sentido le permite desarrollarlo más. Es importante cuando un niño/a responde a un sonido, darle la oportunidad de interpretar correctamente, tocando la fuente que lo originó, cuando sea posible, o definiendo el sonido con sus propias palabras.

La expresión oral es la única forma que tiene el niño/a ciego para interpretar el significado de sus propias acciones. La estimulación auditiva a través de la radio, televisión, etc., sin la asociación palabra - objeto da como resultado un lenguaje ecolálico o una verbalización que no tiene real significado y no contribuye a su desarrollo cognitivo. Los cantos infantiles y los juegos de palabras, asociados al movimiento tratando de dar el significado fortalecen la memoria auditiva y el vocabulario.

Aprendizaje y desarrollo visual:

Alrededor del 75-80% de todos los niños/as con dificultades visuales en edad escolar tienen algún resto útil de visión y por lo tanto tienen visión limitada. Es un error pensar que al niño/a con visión disminuida se le debe proteger del esfuerzo visual porque es lesivo para su remanente. Por el contrario, se debe motivar para que use su capacidad visual, no olvidar, que órgano que no trabaja se atrofia.

Desde el punto de vista perceptivo y del aprendizaje, cuánto más mire y use su visión, será más capaz y eficiente de funcionar "visualmente". De la misma forma que oír no está solamente relacionado a la estructura del oído, la visión no está relacionada sólo a la estructura y funcionamiento de los ojos, sino que comprende muchas partes del ojo, tanto como de los sistemas corporales.

Habilidades Visuales: La fijación, enfoque, acomodación y convergencia son logradas por la mayoría de los niños/as con visión normal en su funcionamiento diario. El niño/a con discapacidad visual presenta dificultades al desarrollar estas habilidades por lo tanto es necesario elaborar un programa de estimulación para

mejorar el funcionamiento visual del niño/a, a quien le será mucho más fácil recibir las impresiones visuales. A medida que hay una mayor y mejor respuesta visual, naturalmente usará sus ojos con mayor eficiencia. Aunque la información visual sea confusa, distorsionada o incompleta en la medida en que el cerebro pueda combinar las imágenes con la información auditiva y con otro tipo de sensaciones, la persona puede usar la visión como un sentido contribuyente a su desarrollo cognitivo.

La baja visión no necesariamente es la causa de un pobre aprendizaje, lo que el cerebro es capaz de hacer con la información visual y la de otros canales sensoriales que recibe determina el proceso cognitivo de la persona. Bajo esta premisa las educadoras y la familia deben tener presente trabajar constantemente con todos los canales sensoriales, utilizando la capacidad residual visual que posee el niño/a. Así contribuyen a un buen desarrollo cognitivo. Desarrollo perceptivo – visual: El sistema visual sigue secuencias progresivas desde el punto de vista perceptivo y de aprendizaje. Primer nivel, conciencia de la forma estimula el uso de la vista centrando la atención para enfocar los objetos con entornos definidos, con colores brillantes, que reflejen luz aproximando al niño/a, desplazándolo a cierta distancia para enseñar a fijar los ojos en algo para ver, aprender a mover los ojos en varias posiciones en relación con los objetos para mirar desde distintos ángulos.

Cuando se mueve el niño/a por la habitación o por el exterior se le debe pedir que toque o que estire sus manos hacia ellos, para promover la coordinación de movimientos ojos - mano. Una fuente de luz como una linterna y luces que se muevan son buenos estímulos para ayudar a mantener los ojos fijos y que mire a cosas específicas. Segundo nivel, percepción de la forma.

A medida que el bebé comienza a moverse, debe tener la oportunidad de encontrar muchos objetos diferentes en forma, tamaño, con cualidades específicas tales como curvas, líneas, puntos, que se deben señalar.

En este nivel se pueden presentar muchos objetos con colores brillantes y tamaños diferentes, además de seleccionar cuidadosamente los juguetes. La primera preocupación en esta etapa es proveer objetos que contrasten entre el fondo y el objeto para que el niño/a con baja visión pueda llegar a la percepción de

formas de los objetos representados posteriormente en dibujos y otros tipos de esquemas visuales. Para los niños con baja visión, mirar libros, revistas, dibujos, debe ser una actividad provocante, motivante y agradable. Al inicio estos cuadros deben ser de tamaños medianos para que el niño los pueda ver mejor. Cuando señale o nombre los dibujos que ve, se puede introducir dibujos esquemáticos, dibujos solo con el contorno, de distintas formas, e incluso de formas extrañas. Sólo al final se pueden introducir los dibujos de objetos con detalles. Cuando el niño tiene aproximadamente tres años y goza mirando dibujos y se mueve usando su sentido visual, está listo para vivir independientemente e ingresar a un servicio educativo infantil.

LA FAMILIA Y LA DISCAPACIDAD VISUAL

La familia es el pilar básico de nuestra sociedad, donde niños y niñas aprenden a relacionarse con las demás personas, a reaccionar ante los problemas, a respetar, la escala de valores, etc.

Cada familia tiene unas características propias de interacción y de relación entre sus miembros, es decir tiene una estructura determinada. Todas las interacciones entre sus miembros inciden en dicha estructura. Pero, además, la familia es un sistema abierto que recibe continuamente influencias de otros grupos sociales: el centro educativo, otras familias, el barrio, etc.

El nacimiento de un hijo supone siempre una reorganización o reajuste de la dinámica familiar. Todos sus miembros se van a enfrentar a tareas y sentimientos desconocidos. Pero si ese niño tiene una discapacidad, los cambios y sus consecuencias son aún mayores. (Instituto de Tecnologías Educativas, 2012).

Todos los padres se forman una imagen ideal del hijo antes de conocerlo y este sentimiento es importante para la formación del vínculo con el bebé. No obstante, nadie está preparado para tener un hijo con discapacidad. La crisis emocional que esto causa puede provocar rechazo o desinterés hacia el niño. Es muy importante proporcionar atención y ayuda tanto al niño o la niña como a la familia.

Los padres de un niño con discapacidad visual tienen una gran

responsabilidad en su proceso de integración e inclusión educativa y social. Para conseguirlo, es indispensable la aceptación de su discapacidad, para que permitan trabajar con el niño a profesionales y para seguir las indicaciones de estos en el domicilio y así procurar que se vayan instaurando y generalizando los aprendizajes.

La familia debe ser orientada por profesionales, pero es ella la que fomenta la socialización del niño, la autonomía personal, la aceptación del propio niño y de su discapacidad y la adquisición de un autoconcepto positivo. Por otra parte, la colaboración de la familia en el centro educativo donde el niño se escolariza es determinante para su buena marcha escolar y es básico su papel para el refuerzo en casa de los aprendizajes relacionados por ejemplo, con la autonomía personal y las habilidades sociales.

Tener un hijo o una hija con una discapacidad visual es una experiencia muy dolorosa que hace reaccionar a las familias de distintas formas, y que tiene consecuencias en la atención y educación del niño/a que pueden afectar en alguna medida a su desarrollo. El descubrimiento de una discapacidad en el hijo provoca en los padres un gran impacto en varios aspectos de la dinámica familiar y un cambio en la relación entre ellos, lo cual puede incidir negativamente en el establecimiento y desarrollo del vínculo afectivo. Compartir con los padres en estos momentos críticos su dolor y sufrimiento, es ayudarles en la elaboración del duelo. (Ibidem, ITE, 2012)

Por otra parte, dar información a los padres y enseñarles a interactuar con su hijo, mostrarles sus capacidades y no sus limitaciones, hace que se vayan elaborando los sentimientos de rechazo o culpabilidad que suelen sentir y se vaya creando una nueva imagen del niño más cercana a la realidad.

Además, es importante iniciar la atención cuanto antes, para favorecer el desarrollo e inclusión social y educativa del niño y dar soporte a la familia desde el momento de la detección de la discapacidad, prestándole una atención individualizada, informando, asesorando e implicando a los padres en el crecimiento de sus hijos, generando recursos en el entorno familiar y «conteniendo» el sufrimiento de los miembros de la familia.

Es importante que los niños y niñas con discapacidad visual sean evaluados lo más pronto posible para que puedan acceder tanto ellos como sus familias a programas de intervención.

Adaptaciones de la familia

Siguiendo a Ferrel, K.A.(1990), los padres de un niño o una niña con discapacidad visual experimentan diversos sentimientos a lo largo de su vida, aunque la secuencia o intensidad de los mismos no siempre es la misma. La discapacidad visual provoca en los padres diversos sentimientos y emociones que suelen organizarse en varias fases, cuya denominación cambia según el autor/a que las defina, pero que se pueden resumir en: shock, negación, cólera, ansiedad y tristeza; equilibrio o adaptación y reorientación.

La duración e intensidad de las fases varía en función de la experiencia, personalidad, recursos, escala de valores, apoyos y entorno de los padres. Evidentemente, el tipo de ayuda que necesitan dependerá de en qué momento se encuentren.

El momento del diagnóstico de la discapacidad visual es el más crítico. A veces, el diagnóstico no es inmediato, sino que se realiza meses, o incluso años después del nacimiento. En cualquier caso, rompe las expectativas sobre el hijo ideal que los padres se habían forjado. La discapacidad visual de un hijo es algo que modifica el equilibrio familiar, al menos, temporalmente.

El diagnóstico de discapacidad visual suele transmitirse a los padres de forma inadecuada. Suele ser el personal médico o el de enfermería quien comunique la discapacidad visual, en el momento y el lugar menos propicio, sin tener en cuenta la angustia y ansiedad que suele generar la noticia. A veces, es tan importante el contenido de lo que se dice como la forma de decirlo. La mayoría de las familias se sienten insatisfechas con la información recibida en ese primer momento, que se convierte en un triste recuerdo que queda fijado en la memoria. En esos primeros momentos el diagnóstico se entiende como algo que va perdurar toda la vida y que sólo un milagro puede variar.

La comunicación del diagnóstico a la familia debería transmitirse en un

ambiente propicio, en un despacho donde nadie pueda interrumpir, con una explicación clara y sincera de la discapacidad y del tratamiento a seguir, y teniendo en cuenta la importancia del apoyo emocional que en estos momentos será necesario, por lo que es conveniente comunicar la noticia a los dos padres a la vez.

Como se señala, son varios los autores que han definido las fases que la familia atraviesa cuando un hijo o una hija tiene una discapacidad, pero vamos a seguir a la especialista Mercé Leonhardt, que nos ofrece una análisis de las etapas por las que atraviesan los padres de niños y niñas con ceguera o discapacidad visual hasta conseguir la adaptación. (Leonhardt. 1992). En un primer momento se produce un fuerte shock emocional que provoca diferentes actitudes en los padres:

a. La negación del diagnóstico.- Esta etapa comprende la negación de los padres a la presencia de la discapacidad. Genera el suficiente espacio para que los padres puedan elaborar la culpa mientras se sigue atendiendo al niño. Es el espacio del rompimiento entre lo idealizado y lo real con relación a su hijo. Estos sentimientos no sólo ocurren al inicio de la discapacidad visual, sino que puede volver a repetirse en cualquier momento de la vida del niño. (Ferrel, 1990).

b. Enojo ante la situación.- Al no aceptar en primera instancia la situación, suele ocurrir que gran parte de la frustración la dirigen hacia los profesionales a quienes se culpa de malas prácticas médicas y en otras ocasiones se dirigen a la familia, en este caso será responsabilizando a la pareja o a algún familiar de ser el portador de la herencia genética que ha provocada la enfermedad.

También se genera una búsqueda de confirmación de dicho diagnóstico, por lo que se consulta a otros médicos para conseguir la curación. En estos momentos, los padres pueden tener dificultades para establecer el vínculo afectivo con el hijo, lo que provoca una falta de estimulación y atención a sus necesidades.

c. Una vez que el diagnóstico es firme.- comienza otra etapa en la que se entremezclan distintos sentimientos de culpabilidad por parte de los padres, que los deprimen, hay pérdida de confianza en el otro y en sí mismos, pueden incluso ocasionar negligencia y abandono al niño.

El padre y la madre viven este proceso y expresan sus sentimientos de

manera diferente, en función de su personalidad y posibilidades, por lo que pueden aparecer conflictos entre la pareja, culpabilidades y reproches difíciles de superar. Si son capaces de elaborar estos sentimientos, de adaptarse a las necesidades del niño y ajustarse a la situación real podrán ayudar al crecimiento y desarrollo de toda la familia.

d. El proceso finaliza con la adaptación, que será positiva, cuando existe una aceptación realista de la discapacidad y de sus limitaciones, o negativa, cuando no se acepta la discapacidad. La crisis emocional que esto provoca, puede llegar, incluso, a la desestructuración familiar o a la enfermedad mental.

Todos estos sentimientos son necesarios para llegar a aceptar la discapacidad visual. La aceptación de la discapacidad facilitará el proceso y evolución posterior. Los padres, al principio, no pueden aceptar este hecho, y lo que están expresando realmente es que necesitan más tiempo, comprensión, orientación e información para adaptarse a la nueva situación. Necesitan que les enseñemos a utilizar sus recursos para adaptarse a la realidad. Necesitan, al fin y al cabo, que les proporcionemos las estrategias adecuadas para confiar en sus posibilidades de ayudar a su hijo.

Una vez los padres se han adaptado a la situación y se pasa la crisis, se puede empezar a querer al hijo o a la hija tal y como es, con sus fuerzas y sus debilidades; se aprende a vivir con la discapacidad. Según Winnicott: Los niños pueden aprender a vivir con una deficiencia, pero no pueden vivir sin la convicción de que sus padres los consideran dignos de amor... sólo así pueden creer que los otros lo amarán en el futuro. (Winnicott, D. W. 1979).

Pero la aceptación no implica por sí misma que los padres automáticamente realicen correctamente la educación del hijo. Repercute, eso sí, en desarrollar confianza en la propia capacidad para educar al niño. Los padres tienen que tener la capacidad suficiente para realizar el apego, establecer los primeros vínculos para motivar y apoyar al niño en el, a veces doloroso pero ineludible, camino hacia la independencia (Lucergay Sanz, 2004), es decir capacidad para amar y capacidad para dejarles crecer.

A medida que el niño o la niña crece, va pasando por etapas en las que

todos estos sentimientos vuelven a aparecer: cuando cumple años, cuando es escolarizado, cuando nace otro bebé, etc.

Después de la primera crisis, experimentada en el momento de conocer la ceguera de su hijo y reconocida como la más importante y la más significativa, Andrés y Silvia, con los años, se percataron que en cada momento de cambio, donde se ponía de relieve socialmente la ceguera, experimentaban nuevas crisis. Les parecía haber encontrado un equilibrio al haberse adaptado a una situación pero, no obstante, ante las nuevas situaciones, sentían que se presentaban de nuevo los sufrimientos, las ansiedades, los miedos, la tristeza, etc. Otra vez se tenían que enfrentar ante la nueva situación para trabajarla, combatirla y asumirla. (Varios autores, 2008)

Cuando los padres no pueden elaborar adecuadamente este proceso pueden producirse actitudes que obstaculizan la relación con el hijo, mediante conductas de sobreprotección, negación o rechazo (encubierto o manifiesto). Cuando los padres tienen sentimientos de culpa y rechazo hacia el niño, lo intentan compensar con la sobreprotección, haciendo las cosas por él y privándole de experiencias y estímulos sensoriales necesarios para su desarrollo físico, mental, emocional y social. Los efectos de la sobreprotección son muy negativos, ya que retrasan su desarrollo general y su inclusión educativa y social. El niño pierde oportunidades para adquirir la autonomía personal que le corresponde, lo cual repercute en sus sentimientos y autoestima. Pero no siempre la sobreprotección es negativa, a veces, es necesaria para que los padres estimulen el crecimiento del niño a un ritmo más lento, en función de sus posibilidades.

Mediante la negación, los padres quieren demostrar que su hijo es igual que los demás. Pero, a la vez, ignoran sus necesidades reales, sus motivaciones y posibilidades. Con el rechazo, los padres intentan compensar la culpa con grandes demostraciones de preocupación y sacrificio (rechazo encubierto) o, incluso, de hostilidad o negligencia (rechazo manifiesto).

Necesidades de las familias

Nadie está preparado para ser madre o ser padre. Mucho menos cuando el hijo presenta una discapacidad. La familia debe aportar al niño un ambiente propicio

de confianza mutua y seguridad, respondiendo a sus necesidades de forma consistente, proporcionando el apoyo emocional y los límites claros para que aprenda a autorregular las emociones y conductas en situaciones adversas, donde aprenda a conocerse a sí mismo, a conocer a los demás, a desarrollar expectativas positivas frente al mundo, etc.

Los padres suelen tener ideas preconcebidas sobre la ceguera, que casi siempre son negativas. Las expectativas, por tanto, son muy bajas, y pueden afectar al desarrollo y evolución del niño. Por eso, es muy importante darles a conocer cuál son las necesidades de su hijo, y aprender a valorar lo que puede hacer. El niño aprenderá a desenvolverse en la vida y a superar las dificultades.

En el trabajo con familias es necesario escuchar y comprender sus emociones y sentimientos, y entender la dinámica que establecen con su hijo. Así podremos dar orientaciones en el momento oportuno, sin prisas, sin hacer juicios de valor, cuando los padres estén preparados para recibir la información. Es necesario explicar muy bien a los padres qué expectativas deben esperar de la intervención con el niño. En ocasiones, las familias esperan tanto de dicha intervención, que se desilusionan enseguida y dejan de colaborar.

Por tanto, la intervención de los profesionales no es siempre la misma. Tras una observación y valoración del caso, del momento evolutivo del niño y del grado de adaptación y estructuración de la familia, se determina qué tipo de intervención es más aconsejable, ajustándose a las necesidades de cada familia en particular. (Instituto de Tecnologías Educativas, 2012)

Es importante preguntar a los padres y escuchar atentamente cuáles son sus necesidades y qué expectativas tienen con respecto a nuestra intervención. En todo momento es necesario respetar el momento por el que están atravesando, sus ideas, emociones y comportamientos. Los padres necesitan que les comprendamos y respetemos sus sentimientos, no que les digamos lo que deben sentir.

f. METODOLOGÍA

El desarrollo del presente proyecto investigativo es de tipo descriptivo, se fundamenta en el método científico, que nos permitirá estudiar e interpretar la problemática de la autoestima, temática que dada su naturaleza es multicausal por la incidencia de factores sociales, culturales, familiares, psicológicos, etc., y además nos permitirá establecer la incidencia en la adquisición de habilidades sociales de los niños con discapacidad visual del Instituto Educativo Byron Eguiguren.

Esta metodología seleccionada y dentro de la lógica de trabajo incluye métodos, procedimientos, técnicas e instrumentos que a continuación detallamos:

De manera general la presente investigación se la desarrollará en las siguientes fases:

1. Fase de Planteamiento del problema y construcción del marco teórico: en donde se realiza toda una recopilación bibliográfica referente a la problemática, para proceder a su problematización y concluir la misma con la explicación científica a este problema mediante el marco teórico.
2. La segunda fase se inicia con la elaboración del instrumento correspondiente para la recolección de la información de campo, el trabajo de campo, la organización de la información para su respectivo análisis.
3. La última fase de este trabajo está relacionada al análisis e interpretación de la información de campo, el análisis de la información y la contrastación teórico empírico para la discusión de resultados, las conclusiones y las recomendaciones.

Los métodos a utilizarse en el desarrollo del presente trabajo de investigación son los siguientes:

- **Analítico - sintético:** mediante el cual, el problema se desglosará en sus diversas partes y cualidades, y a través de la síntesis se unen las partes previamente analizadas. Este método ayudará a analizar la problemática, sintetizar los resultados obtenidos y llegar a conclusiones y recomendaciones adecuadas.
- **Inductivo – deductivo:** el cual nos permitirá hacer un estudio del sujeto particular para luego llegar al conjunto de niños investigados, del nivel de

autoestima a determinar cómo influye en las habilidades sociales.

- **Estadístico:** Tendrá la finalidad de presentar y analizar en cuadros y tablas la información obtenida en la presente investigación con la ayuda de la estadística descriptiva.

TÉCNICAS

Las técnicas e instrumentos utilizadas en el presente trabajo serán:

- **Test:** para el logro del primer objetivo se aplicará el test de Autoestima de Coopersmith a los niños investigados en forma individual. Este test dada su naturaleza constituye un importante recurso para el diagnóstico del nivel de autoestima de los niños.
- **Cuestionario de Evaluación de las Habilidades Sociales.-** Se aplicará para el logro del segundo objetivo a los niños con discapacidad visual que asisten al Instituto Educativo Byron Eguiguren de la ciudad de Loja.

POBLACIÓN Y MUESTRA:

La población escolar total del Instituto Educativo Byron Eguiguren es de 32 personas: 20 alumnos, 6 maestros y 6 de personal administrativo y de servicios. Para la presente investigación se tomará como muestra a los 9 alumnos del 7mo año de educación básica, ya que ellos prestan mayores facilidades para el desarrollo de la presente investigación. La población y muestra la detallamos en el siguiente:

Cuadro de población y muestra:

Instituto Educativo Byron Eguiguren	Población de paralelos	Muestra alumnos del 7mo. año de Educación
Alumnos:	20	9
Profesores	6	
Personal administrativo y de servicios	6	
TOTAL:	32	9

Fuente: Dirección del Instituto Byron Eguiguren

Elaboración: Eva María Ochoa Pardo

g. CRONOGRAMA

TIEMPO ACTIVIDADES	SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE				ENERO			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
DEFINICIÓN DEL TEMA Y APROBACIÓN DEL PROYECTO																				
RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN DE CAMPO: ENCUESTAS																				
ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN																				
PRESENTACIÓN DEL BORRADOR																				
CORRECCIÓN DEL BORRADOR																				
CORRECCIONES Y PASAR A LIMPIO																				
PRESENTACIÓN DEL INFORME																				
DEFENSA PÚBLICA Y GRADUACIÓN																				

h. PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

RECURSOS HUMANOS

Los recursos humanos que intervienen en el presente trabajo son:

- Investigadora: Eva María Ochoa Pardo
- Director(a) de tesis: Por designarse
- Alumnos del Instituto Educativo Byron Eguiguren
- Directivos y docentes del Instituto Educativo Byron Eguiguren
- Padres de familia

RECURSOS MATERIALES

BIBLIOGRAFICOS

- Biblioteca de la Universidad Nacional de Loja
- Biblioteca de la Universidad Técnica Particular de Loja
- Bibliotecas Públicas , Municipal  Bibliotecas Privadas.

MATERIALES DE ESCRITORIO, TECNOLÓGICOS Y REPRODUCCIÓN

- Computadora
- Impresora
- Grapadora
- Perforadora
- Escritorio
- Esferográficos
- Marcadores
- Papel Bond
- Cartuchos de tinta negro y color

RECURSOS ECONÓMICOS

PRESUPUESTO

Descripción del Material	Costo aproximado
Computadora	800.00
Impresora	120.00
Tinta para impresora	60.00
Internet	100.00
Materiales de oficina	250.00
Copias de documentos	100.00
Movilización	200.00
Impresión de borradores	150.00
Anillados	30.00
Empastado del trabajo final	100.00
Imprevistos	200.00
TOTAL	2.110.00

FINANCIAMIENTO

El costo económico para poder realizar el proyecto de investigación titulado **LA AUTOESTIMA Y SU INCIDENCIA EN LA ADQUISICIÓN DE HABILIDADES SOCIALES DE LOS NIÑOS Y NIÑAS INTERNOS CON DISCAPACIDAD VISUAL QUE ASISTEN AL INSTITUTO “BYRON EGUIGUREN” DE LA CIUDAD DE LOJA. PERIODO 2014-2015**, es de aproximadamente de \$ 2.110,00 dólares cuyo valor será cubierto por la investigadora del mencionado proyecto, pues no se cuenta con apoyo de ninguna institución.

i. BIBLIOGRAFÍA

- Alcántara, José Antonio, (2007), Cómo Educar la Autoestima. Editorial Ceac S.A. España. Págs. 17-32
- Boanerges, (2012), Esquema de la Conferencia el Presente y el Futuro del niño Deficiente Visual en el Ecuador. Ecuador.
- Caballo, Vicente (2007), Manual de Habilidades Sociales Ed. Siglo XXI. Mexico
- Checa Francisco, (1999), Aspectos Evolutivos y Educativos de la deficiencia visual. Vol.1. ONCE, España.
- CONADIS, Registro Nacional de Discapacidades. Fecha de corte: Mayo de 2013. En [http://www.consejodiscapacidades.gob.ec//estadística-personas con discapacidad](http://www.consejodiscapacidades.gob.ec//estadística-personas%20con%20discapacidad). Recuperado 24/10/2014
- Ferrel, K. A.(1990) Trabajo con padres. En ICEVH. N° 13. Córdoba (Argentina)
- Instituto de tecnologías educativas, (2012), Educación Inclusiva. Discapacidad Visual. Módulo 11: La Familia. Secretaría de Estado de Educación y Formación Profesional. Dirección General de Formación Profesional. Madrid - España. 2012. ONCE
- Leonhardt, M. (1992). El bebé ciego: primera atención, un enfoque psicopedagógico. Barcelona: Masson-ONCE
- López de Bernal, María Elena, (2003), Inteligencia Emocional. Ediciones Gamma, Colombia. Pág. 48
- Lucerga, R. y Sanz, M. J. (2004). Puentes invisibles. Madrid: ONCE, colección Manuales.
- Martínez, M.C. (2009) Escuela de padres. Una experiencia práctica con padres de alumnos con discapacidad visual. Madrid: ONCE.
- Morales, A. (2002), Desarrollo de Habilidades y Destrezas Manuales previas a la Integración Laboral de Personas Ciegas, Universidad Tecnológica Equinoccial, Quito-Ecuador.
- Muñoz C, Cripsi, P, Anghes, R (2011) Las habilidades sociales. España. Ed. Parafino
- Muñoz Cristina, (2003), Las habilidades sociales en la escuela. España, Ed. Parafino
- Organización Mundial de la Salud, Ceguera y discapacidad visual, Nota descriptiva N° 282. Agosto de 2014 en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs282/es/>. Recuperado 21/10/2014

- Peñafiel, Eva y Serrano Cristina (2011). Habilidades Sociales. España Ed. Editext.
- Pérez Paula, Isabel Maria (2000). Las habilidades sociales: Educar hacia la auto regulación. España Ed. Horsori
- Rotella Cecilia, Parlanti Sonia, (2009). Las habilidades sociales de adolescentes ciegos, Facultad de Educación Elemental y Especial – UN Cuyo.
- Ruiz Rodríguez Emilio, (2007), Programa de entrenamiento en habilidades sociales para niños y jóvenes.
- Stevenson, Honnes, (1980), La Autoestima. Editorial Grijalbo, México D.F. Pág. 23
- Suasnavas, Diana, (2005), Desarrollo de la percepción auditiva en niños y niñas con deficiencia visual, UTE.
- Varios autores (2008), Construir juntos espacios de esperanza. Madrid: ONCE.
- Varios Autores, (1994), Diccionario Médico Roche: Editorial DOYMA, segunda edición, España.
- Varios Autores, (1999), Aspectos Evolutivos y Educativos de la Deficiencia Visual, Volumen 1, editorial ONCE, Primera Edición España.
- Viteri Díaz G, (2006). Situación de la educación en el Ecuador en Observatorio de la Economía Latinoamericana, Número 70
 - Winnicott, D. W. (1979). Conozca a su niño: psicología de las primeras relaciones entre el niño y su familia, (Guías para padres). Barcelona: Paidós.
 - Woolfolk, Anita E. (1995), Psicología Educativa (Editorial Ceac S.A., España. Pág. 18

PÁGINAS Y ARTÍCULOS DE INTERNET

OMS octubre del 2013: Nota descriptiva N 282 ceguera y discapacidad visual. www.who.int/mediacentre/factsheets/fs282/es/. Consultado en internet Fecha: 18/05/2014 Hora: 11:13

OMS/Chris de Bode. Datos y cifras ceguera y discapacidad visual.

http://www.who.int/features/factfiles/blindness/blindness_facts/es/index5.html.

Consultado en internet. Fecha: 18/05/2014 Hora: 10:00

<http://habilidades-sociales-teresa.blogspot.com/2012/01/podemos-dividir-las-habilidades.html>. Acceso 02/10/14

ONCE, 2000, Ceguera y Deficiencia Visual, <http://www.once.es>. Consultado en

internet. Fecha 05-07-14

Valdez, Luisa A., Difusión- Educación-Solidaridad.

<http://www.educar.ec/noticias/visual.pdf>. Consultado en internet. Fecha: 19/05/2014

Hora: 11:30

http://icevi.org/latin_america/publications/quito_conference/analisis_de_la_situacion_de_las_.htm. Recuperado: 23/10/2014

www.alconlabs.com. 2013

www.bioplanet.net. 2014

[www.etiología de la ceguera.com](http://www.etiología_de_la_ceguera.com). 2013

www.psicopedagogía.com/definición/autoestima. 2013

www.psicopedagogía.com/definición/autoestima.2013

ANEXOS



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
AREA DE LA EDUCACION, DEL ARTE Y LA COMUNICACIÓN
CARRERA DE PSICORREHABILITACION Y EDUCACION
ESPECIAL

TEST DE AUTOESTIMA DE COOPERSMITH

Nombres y apellidos..... Edad:

.....

Sexo:..... Grado:..... Fecha:.....

Su objetivo es evaluar el desarrollo de la autoestima en las niñas y niños. En la que se emplea individualmente con una duración de 15 minutos por cada niño.

Descripción:

De las frases que van a continuación, algunas describen probablemente situaciones o estados que a usted le ocurren con frecuencia; otras, por el contrario situaciones que nada tienen que ver con usted. Para contestar estas frases se pregunta cuidadosamente al niño(a), cuales de ellas le describen con una cierta aproximación y cuales no tienen nada que ver que él/ella. Se marca con una X el casillero donde va la respuesta.

En esta prueba es esencial la ayuda de la investigadora o los maestros.

Cuestionario de Actitudes

	Me describe aproximadamente	Nada tiene que ver conmigo o muy poco
1.-Más de una vez he deseado ser otra persona		
2.-Me cuesta mucho hablar ante un grupo		
3.-Hay muchas cosas en mi mismo que cambiaría si pudiera.		
4.-Tomar decisiones no es algo que me cueste		
5.-Conmigo se divierte uno mucho		
6.-En casa me enfado a menudo		
7.-Me cuesta mucho acostúmbreme a algo nuevo		
8.-Soy una persona popular entre la gente de mi edad		
9.-Mi familia espera demasiado de mí		
10.-En casa se respeta bastante mis sentimientos		
11.-Suelo ceder con bastante facilidad		
12.-No es nada fácil ser yo		
13.-En mi vida todo está muy embarullado.		
14.- La gente suele secundar mis ideas		
15.- No tengo muy buena opinión de mí mismo.		
16.-Hay muchas ocasiones en las que me gustaría dejar mi casa		
17.-A menudo me siento harto del trabajo que realizo		
18.-Soy más feo que el común de		

los mortales		
19.-Si tengo algo que decir,normalmente lo		
20.-Mi familia me comprende		
21.-Casi todo el mundo que conozco cae mejor que yo a los demás.		
22.-Me siento presionado por mi familia		
23.-Cuando hago algo,		
24.-Las cosas no suelenpreocuparme		
25.-No soy una persona muy de fier		

Clave de Corrección para el test de Autoestima de COOPERSMITH

La máxima puntuación que una persona podría alcanzar sería de 25 puntos y la mínima de 0 puntos. Se puntúa con 1 punto las respuestas.

BAREMO

10 - 15 = Baja

15 - 22 = Media

22 - 25 = Destaca significativamente Alta

Item N°	Puntúa si ha	Item N°	Puntúa si ha respondido
1	No me describe	14	Me describe
2	No me describe	15	No me describe
3	No me describe	16	No me describe
4	Me describe	17	No me describe
5	Me describe	18	No me describe
6	No me describe	19	Me describe

7	No me describe	20	Me describe
8	Me describe	21	No me describe
9	No me describe	22	No me describe
10	Me describe	23	No me describe
11	No me describe	24	No me describe
12	No me describe	25	Me describe
13	No me describe		



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
AREA DE LA EDUCACION, DEL ARTE Y LA COMUNICACIÓN
CARRERA DE PSICORREHABILITACION Y EDUCACION
ESPECIAL

CUESTIONARIO DE HABILIDADES
SOCIALES

	Predominancia	
	Si realizan	No realizan
Grupo I. Primeras Habilidades Sociales De estimular		
1.escuchar		
2.inicia la conversación		
3.Mantener una conversa		
4.Formular una pregunta		
5.Dar las gracias		
6.presentarse		
7.presentar a otras personas		
8. hacer un cumplido		

	Predominancia	
Grupo II. Habilidades Sociales Avanzadas Al Modo Externo E Interno De La Familia	Si realizan	No realizan
1.pedir ayuda		
2.participar		
3.dar Instrucciones		
4.seguir instrucciones		
5.disculparse		
6.convencer a los demas		
	Predominancia	
Grupo III. Habilidades Sociales Relacionadas Con Los Sentimientos	Si realizan	No realizan
1.conocer los propios sentimientos		
2.expresar los sentimientos		
3.comprender los sentimientos de los demas		
4.enfrentarse en el enfado del otro		
5.expresar afecto		
6.resolver el miedo		
7.autorrecompensarse		

	Predominancia	
	Si realizan	No realizan
Grupo IV. Habilidades Sociales Alternativas A La Agresion.		
1.pedir permiso		
2.compartir algo		
3.ayudar a los demas		
4.negociar		
5.empezar el autocontrol		
6.defender los propios derechos		
7.responder a las bromas		
8.evitar los problemas a los demas		
9. no entrar en peleas		

	Predominancia	
	Si realizan	No realizan
Grupo V. Habilidades Sociales Para Hacer Frente Al Estrés		
1.formular una queja		
2.responder a una queja		
3.arreglarselas cuando le dejan de lado		
4.defender a un amigo		
5.enfrentarse a los mensajes contradictorios		
6.responder a una acusacion		
7.prepararse para una conversacion dificil		
8.hacer frente a las presiones del grupo		

Grupo VI. Habilidades Sociales De Planificación	Predominancia	
	Si realizan	No realizan
1.tomar decisiones		
2.dicernir la causa de un problema		
3.establecer un objetivo		
4.determinar las propias habilidades		
5.recoger informacion		
6.resolver los problemas según su importancia		
7.tomar una decision		
8.concentrarse en una tarea		

ÍNDICE

CARÁTULA	i
CERTIFICACIÓN.....	ii
AUTORÍA	iii
CARTA DE AUTORIZACIÓN.....	iv
AGRADECIMIENTO	v
DEDICATORIA.....	vi
MATRIZ DE ÁMBITO GEOGRÁFICO.....	7
MAPA GEOGRÁFICO Y CROQUIS	viii
ESQUEMA DE TESIS.....	ix
a. TÍTULO	1
b. RESUMEN	2
SUMMARY	3
c. INTRODUCCIÓN	4
d. REVISIÓN DE LITERATURA	6
Definición.....	6
Clasificación de la discapacidad visual	6
Etiología de la discapacidad visual	7
Características importantes para los niños y niñas con discapacidad visual	8
Progresión del aprendizaje	8
Aprendizaje táctil	8
Conocimiento y Atención.	8
Estructura y Forma.	9
Relación de las Partes al Todo.	9
Aprendizaje y desarrollo auditivo:	10
Sonidos del Medio:	10
Discriminación de Sonidos:.....	10
Características psicológicas del niño con discapacidad visual.....	10
La familia y la discapacidad visual	11
Adaptaciones de la familia	12
AUTOESTIMA	14
Definición.....	14
Importancia de la autoestima.	15
El significado de la autoestima.....	16
Influencia familiar en la autoestima.....	17
Obstáculos para el crecimiento de la autoestima	18

Autoestima en los niños con discapacidad visual.....	19
LAS HABILIDADES SOCIALES.....	19
Tipos de habilidades sociales	22
Grupo I. Primeras Habilidades Sociales.....	22
Grupo II. Habilidades Sociales avanzadas.....	23
Grupo III. Habilidades relacionadas con los sentimientos.	23
Grupo IV. Habilidades alternativas a la agresión.....	23
Grupo V. Habilidades para hacer frente al estrés.....	24
Grupo VI. Habilidades de planificación.	24
La ausencia de habilidades sociales y sus consecuencias.	24
Causas del déficit de habilidades sociales en los alumnos.	25
HABILIDADES SOCIALES DE LA DEFICIENCIA VISUAL	26
e. MATERIALES Y MÉTODOS	32
f. RESULTADOS OBJETIVO UNO	34
g. DISCUSIÓN	41
h. CONCLUSIONES.....	43
i. RECOMENDACIONES	44
j. BIBLIOGRAFÍA	45
k. ANEXOS.....	47
a. TEMA:	48
b. PROBLEMÁTICA.	49
c. JUSTIFICACIÓN	53
d. OBJETIVOS	54
e. MARCO TEÓRICO.....	55
LA AUTOESTIMA.....	57
Definición.....	57
Formación de la autoestima.....	57
Factores que estimulan la autoestima.....	58
Componentes de la autoestima	59
Ventajas de la autoestima alta.....	60
Autoestima en el niño	61
La identidad.....	62
Fuentes de la autoestima.....	62
Clases de autoestima	63
Importancia de la autoestima en el desarrollo escolar	64
La autoestima en el éxito social.....	65

LAS HABILIDADES SOCIALES.....	66
CONCEPTO	66
TIPOS DE HABILIDADES SOCIALES	67
TÉRMINOS ASOCIADOS A LAS HABILIDADES SOCIALES	69
EL ENTRENAMIENTO ASERTIVO.....	71
ACTIVIDADES PARA ESTIMULAR LA ADQUISICIÓN DE HABILIDADES SOCIALES	72
Adquisición de las habilidades sociales	73
CLASIFICACIÓN DE LA CEGUERA:.....	77
SEGÚN EL NIVEL DE FUNCIONALIDAD DE LA VISIÓN:.....	78
FENOMENOLOGÍA DE LA CEGUERA:.....	79
ETIOLOGÍA DE LA CEGUERA:.....	80
OTROS SENTIDOS Y SU IMPORTANCIA PARA LOS NIÑOS Y NIÑAS CON CEGUERA Y BAJA VISIÓN.....	82
Progresión del aprendizaje	83
Aprendizaje táctil	84
Conocimiento y Atención.	84
Relación de las Partes al Todo.	85
Representaciones Gráficas.....	85
Aprendizaje y desarrollo auditivo:	86
Sonidos del Medio:	86
Sonidos Específicos:	87
Discriminación de Sonidos:.....	88
Reconocimiento Auditivo y Asociaciones.....	88
Aprendizaje y desarrollo visual:	89
LA FAMILIA Y LA DISCAPACIDAD VISUAL.....	91
Adaptaciones de la familia	93
Necesidades de las familias	96
f. METODOLOGÍA	98
g. CRONOGRAMA.....	100
h. PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO.....	101
i. BIBLIOGRAFÍA	103
ANEXOS	106
ÍNDICE	114