

**UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO HENRÍQUEZ UREÑA**

**Facultad de Humanidades y Educación**

**Escuela de Psicología**



**Tema:**

**VARIABLES PSICOEMOCIONALES Y SOCIALES QUE INCIDEN EN  
EL DESEMPEÑO ACADÉMICO DE NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS QUE  
TIENEN HERMANOS CON DISCAPACIDAD AUDITIVA Y VISUAL.  
PERÍODO ENERO-JULIO 2019.**

**TESIS PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE: LICENCIADA EN PSICOLOGÍA  
CLÍNICA**

**Sustentantes:**

**Estefania Demey Alburjas 09-0858**

**Mikaela Sáez Lidström 12-1510**

**Asesor:**

**Julissa Cuello Santana. M.A.**

**Santo Domingo, Distrito Nacional.**

**Enero, 2020**

**VARIABLES PSICOEMOCIONALES Y SOCIALES QUE INCIDEN EN EL  
DESEMPEÑO ACADÉMICO DE NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS QUE TIENEN  
HERMANOS CON DISCAPACIDAD AUDITIVA Y VISUAL EN LOS INSTITUTOS  
SANTA ROSA INC. Y LA ESCUELA PARA SORDO-CIEGOS Y DISCAPACIDADES  
MÚLTIPLES JOSÉ MIGUEL RODRÍGUEZ,  
EN EL PERÍODO ENERO-JULIO 2019.**

## **Agradecimientos**

A nuestra Alma Mater, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, por ser la cuna del aprendizaje para nuestro desarrollo como profesionales de la Psicología, a nuestra escuela, sus directoras, profesores, y demás personas involucradas, gracias por el tiempo, dedicación y por la ardua labor que ejercen día a día para crear grandes profesionales.

Agradecemos también a las dos instituciones que nos abrieron sus puertas para realizar nuestro estudio;

Al Instituto de ayuda al sordo Santa Rosa Inc. Estamos infinitamente agradecidas por el trato, el apoyo y la ayuda, sin duda alguna nos hicieron sentir parte importante y su colaboración vale oro.

A la Escuela para sordo-ciegos y discapacidades múltiples José Miguel Rodríguez, su personal y por hacernos pasar un grato momento en nuestro estudio, mil gracias.

A los padres y sobre todo a los hermanos de los niños discapacitados, quienes fueron el foco y centro de nuestra investigación, gracias infinitas porque sin ustedes nada de esto hubiese sido posible.

**Mikaela Sáez y Estefanía Demey.**

## **Dedicatoria**

A mi esposo por aguantarme en todos mis momentos de estrés y ser un apoyo en todo. Por estar ahí por nuestra hija cuando a mí me ha quedado grande la tarea de ser madre y estudiante a la vez.

A mi hija por ser una niña buena, madura e inteligente. Por darme abrazos y miradas que aliviaban mi ansiedad en momentos de tesis.

A mi viejito que me ha aguantado mucho...

A mi madre que me ama incondicionalmente.

A mis dos profesoras preferidas Pat Olga Galán y Yulisa Cuello simplemente por ser como son.

Y por último a mi compañera que me ha hecho reír y soñar con el día de nuestra graduación.

**Mikaela Sáez Lidström.**

## **Dedicatoria**

A todo aquello que ha pasado desde el momento de mi nacimiento, hasta hoy en día, que ha sido clave para mi desarrollo como persona en todos los ámbitos, quiero agradecer:

A Dios como universo vivo y presente, por el simple hecho de permitirme vivir la experiencia de ser parte de este plano existencial y darme la luz para entender la vida y todo lo que ella conlleva.

A mi familia quienes fueron mi primer contacto personal con el mundo, gracias a ustedes he aprendido la fortaleza ante la lucha constante con la vida, me enseñaron a no desmayar, a pelear por lo que quiero, a ser guerrera, aquellos de quienes aprendí que no importa el tiempo, la edad, la distancia, o la circunstancia, debes perseguir tus sueños y pelear por ellos y que el amor todo lo puede, pero sobre todo les quiero agradecer por inculcarme grandes valores, sin eso no sería la mujer que soy.

A Marisela, eres más que mi madre, una amiga y roca fuerte, mi luz y guía, sin ti nada sería posible.

A Ali David, quien arduamente ha trabajado para formarme y educarme, porque eres más que hermano mi padre y por darme un amor incondicional.

A mis verdaderos amigos, por siempre ayudarme y apoyarme, por aceptarme como soy, por hacerme parte de su vida y demostrar constante que soy importante, y que aprenden de mí tanto como yo de ellos, por enseñarme que la familia no es solo de sangre, por siempre estar allí.

A Carolina y Elías, amigos fraternales, que han inundado mi vida con una grata amistad, que a pesar de las altas y bajas me han mostrado que hay amistades que van más allá del ser, que el perdón existe por amor y que siempre estarán ahí para mí, me han hecho parte de su familia, me han regalado su tiempo y eso es lo más preciado que alguien puede ofrecer.

A mis compañeras de clase, sin ustedes no hubiese sido posible.

A Mikaela, por esperarme para hacer juntas este estudio, por ser constante, responsable y amiga, por la confianza que has depositado en mí y por abrirme las puertas de tu casa, tu familia y tu ser.

A mis profesores, a todos y cada uno gracias por sus enseñanzas, pero más que a nadie agradecer a Pat Galán, Yulisa Cuello, José Antonio Tejada, Silverio, Eufrosia Torres, por su constancia, por “halarme las orejas” cuando debían, por aconsejarme y siempre darme una palabra de aliento.

Por último, me agradezco a mí misma, por ser perseverante, por tomar todo el aprendizaje a mi favor, por querer ayudarme, por darme luz, por borrar y trabajar los miedos, por forzarme a conseguir lo que quiero y porque antes que nada llevarme a vencer cada obstáculo en la lucha constante que yo misma me ocasiono. Por superarme a mí misma cada día.

¡Gracias!

**Estefania Demey Alburjas.**

## **Resumen ejecutivo**

Se llevó a cabo el estudio sobre las variables psicoemocionales y sociales que inciden en el desempeño académico de niños de 6 a 12 años que tienen hermanos con discapacidad auditiva y visual en los institutos Santa Rosa Inc. Y la escuela para sordo-ciegos y discapacidades múltiples José Miguel Rodríguez, periodo enero-julio 2019; Se citó a los padres y representantes de los niños y jóvenes objeto de estudio para la aplicación del CECAD (Cuestionario Educativo Clínico de Ansiedad y Depresión), el cual fue el instrumento base de nuestra investigación. Hubo charlas con algunas de las familias, para recolectar información que sustente los objetivos del estudio, acerca de la dinámica familiar, los roles, jerarquías y la relación entre los problemas del hogar y el rendimiento académico.

Los resultados obtenidos respaldan todo el trabajo de investigación; pudimos observar una alta prevalencia entre los problemas familiares y el rendimiento académico de los niños objeto de estudio, así como también la incidencia que tienen los problemas emocionales y sociales al desarrollo de la vida de cada uno de estos jóvenes, y como, cada una de las variables medidas puede generar sentimientos, emociones, condiciones y actitudes determinantes para el bienestar o el deterioro de la salud mental.

**Palabras claves:** Discapacidad, Emociones, Familia.

## **Contenido**

Agradecimientos .....	III
Dedicatoria.....	IV
Resumen ejecutivo.....	VII
Introducción.....	9
CAPÍTULO I.....	10
1. 1 Planteamiento del Problema.....	11
1.2 Identificación del Problema .....	11
1.3 Preguntas de Investigación .....	13
1.4 Objetivos .....	14
1.4.1 Objetivo General: .....	14
1.4.2 Objetivos Específicos .....	14
1.5 Justificación de lo Inédito .....	15
1.6 Justificación de lo Pertinente .....	15
1.7 Justificación de la Factibilidad.....	16
1.8 Alcances y Limitaciones .....	16
1.9 Población Objeto del Estudio .....	17
1.10 Ubicación Temporal del Estudio.....	17
1.11 Metodología a Emplear en el Estudio .....	17
1.12 Propósito de la Investigación.....	18
1.13 Hipótesis .....	18
1.14 Antecedentes de la Dinámica Familiar .....	19
1.15 Dinámica Familiar .....	19

CAPÍTULO II .....	22
2.1 Marco conceptual .....	23
2.2 La Discapacidad: Conceptualizaciones .....	23
2.3 Personas Sordas. Caracterización de su Condición.....	25
2.4 Personas Ciegas. Caracterización de su Condición .....	28
CAPÍTULO III .....	32
3.1 Marco Teórico .....	33
3.2 La Familia Bajo el Enfoque Sistémico-evolutivo.....	35
3.3 Marco Comunicacional Existencial (Virginia Satir) .....	36
3.4 Apoyo Emocional de La Familia .....	38
3.5 Factores que Operan en la Dinámica Familiar.....	40
3.6 Tipos de Familias.....	41
3.7 Desarrollo de la Familia (Satir, Banmen, Gerberm & Gomori).....	43
3.8 La Comunicación en la Familia .....	47
3.9 Autoestima en Miembros de la Familia.....	49
3.10 Funciones Básicas de Familia .....	50
3.11 Características de Familia Funcional .....	51
3.12 Desempeño Académico .....	52
3.13 El Desarrollo Emocional en Niños de 6-12 años (Segunda Infancia).58	
3.14 Concepto de Emoción .....	58
3.15 Componentes de la Emoción.....	60
3.16 Desarrollo Emocional.....	60
3.17 Dimensiones de las Emociones .....	61

3.18 Segunda Infancia (de 6-12 años) .....	62
3.19 La Familia y la Persona con Discapacidad.....	64
3.20 Paternidad y Maternidad de un niño con Discapacidad .....	65
3.21 Vinculación Padre/madre-hijo con Discapacidad y Caracterización del Niño Sordo .....	67
3.22 Discapacidad y Hermandad .....	67
3.23 El Vínculo Fraternal .....	68
3.23 Vinculación Hermanos/Hermanas con Discapacidad .....	69
3.24 Vínculo Fraternal y Hermanos con Discapacidad .....	72
3.25 Situaciones de Conflicto con Vínculos Fraternal .....	73
3.26 Vínculo Dominado por la Vergüenza y la Mirada de Otros .....	74
3.27 Discapacidad en Fratridia .....	75
3.28 Vivencia Positiva de la Discapacidad entre Hermanos .....	75
3.29 Emociones Negativas: Hermanos con Discapacidad.....	77
CAPÍTULO IV .....	78
4.1 Marco Metodológico .....	79
4.2 Propósito del Estudio.....	79
4.3 Métodos y Materiales .....	79
4.4 Tipo de Estudio .....	80
4.5 Tipo de Diseño.....	80
4.6 Población y Muestra .....	81
4.6.1 Instituto Santo Rosa Inc. ....	81
4.6.2 Visión.....	82

4.6.3 Misión .....	82
4.6.4 Escuela para sordo-ciegos y discapacidades múltiples José Miguel Rodríguez .....	82
4.6.5 Visión .....	82
4.6.6 Misión .....	83
4.6.7 Muestra .....	83
4.7 Procedimiento de la Investigación .....	83
4.8 Proceso de Levantamiento de la Información .....	83
4.9 Instrumentos .....	84
4.10 Aplicación del Instrumento .....	84
4.11 Cronograma de Trabajo .....	85
CAPÍTULO V .....	86
5.1 Análisis y presentación de los resultados .....	87
5.2 Presentación de los Resultados .....	87
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS .....	89
Caso I .....	90
Observaciones .....	91
Ilustración 2. Caso 1. ....	91
Interpretación porcentual .....	92
Caso II .....	92
Observaciones .....	93
Ilustración 3. Caso II .....	94
Interpretación porcentual .....	94

Caso III .....	94
Ilustración 4. Caso III.....	96
Interpretación porcentual .....	96
Caso IV .....	96
Ilustración 5. Caso IV.....	98
Interpretación porcentual .....	98
Caso V .....	98
Ilustración 6. Caso V.....	100
Interpretación porcentual .....	100
Caso VI .....	100
Ilustración 7. Caso VI.....	102
Interpretación porcentual .....	102
Caso VII .....	102
Ilustración 8. Caso VII.....	104
Interpretación porcentual .....	104
Caso VIII .....	105
Ilustración 9. Caso VIII.....	106
Interpretación porcentual .....	107
Caso IX .....	107
Ilustración 10. Caso IX.....	108
Interpretación porcentual .....	108
Caso X .....	109
Ilustración 11. Caso X.....	110

Interpretación porcentual .....	110
Caso XI .....	111
Ilustración 12. Caso XI.....	112
Interpretación porcentual .....	113
Caso XII .....	113
Ilustración 13. Caso XII.....	114
Interpretación porcentual .....	114
Caso XIII .....	115
Ilustración 14. Caso XIII.....	116
Interpretación porcentual .....	116
Caso XIV .....	117
Ilustración 15. Caso XIV.....	118
Interpretación porcentual .....	118
Caso XV .....	119
Ilustración 16. Caso XV.....	120
Interpretación porcentual .....	120
Caso XVI .....	121
Ilustración 17. Caso XVI.....	122
Interpretación porcentual .....	122
Caso XVII .....	123
Ilustración 18. Caso XVII.....	124
Interpretación porcentual .....	124
Caso XVIII .....	125

Ilustración 19. Caso XVIII.....	126
Interpretación porcentual .....	126
Caso XIX .....	127
Ilustración 20. Caso XIX.....	128
Interpretación porcentual .....	128
Caso XX .....	129
Ilustración 21. Caso XX.....	130
Interpretación porcentual .....	130
Caso XXI .....	130
Ilustración 22. Caso XXI.....	132
Interpretación porcentual .....	132
Tabla de puntuación total de las escalas.....	133
Análisis comparativo de los resultados.....	134
Conclusión .....	135
Recomendaciones .....	137
BIBLIOGRAFÍA .....	139
ANEXOS.....	153

## **Introducción**

En el ámbito fraternal se pueden encontrar distintos tipos de relaciones entre hermanos. Una familia en fase de crianza de algún familiar con discapacidad, supone una situación que genera sentimientos en padres y hermanos. Ante este tipo de situación, es común tener una serie de sentimientos como: culpa, miedo, rechazo, negación y al final aceptación (Hedman, 2002).

El presente estudio está basado en investigar, cuáles son las características de la dinámica de familia ante la presencia de un miembro con discapacidad auditiva y/o visual, en Santo Domingo en el período enero-julio 2019. Buscando describir cada una de las variables que intervienen y detallando; los objetivos que son: determinar las etapas y competencias emocionales manifestadas con respecto a la discapacidad auditiva y/o visual de un hermano, así como su desempeño académico; determinar las etapas y competencias emocionales manifestadas con respecto a la discapacidad auditiva y/o visual de un hermano. Describir las funciones existentes del niño no discapacitado en familias con hijos con discapacidad auditiva y/o visual. Identificar las expectativas manifiestas en hermanos con discapacidad auditiva y/o visual. Conocer el proceso por el que pasan las familias cuando se introduce la discapacidad en su entorno de convivencia.

El documento de investigación está conformado por cuatro partes principales. En la primera se presenta el problema, su justificación y los objetivos generales y específicos del estudio; en la segunda parte se enuncia el marco teórico referencial, en el cual se incluyen los antecedentes y las bases teóricas; en la tercera parte se describe el marco metodológico que guio el desarrollo del estudio; y para finalizar se expone el análisis e interpretación de la información obtenida.

## **CAPÍTULO I**

## **1. 1 Planteamiento del Problema**

### **1.2 Identificación del Problema**

La llegada de un hijo con discapacidad o condición especial, y la convivencia, genera una situación de estrés que puede alterar la dinámica familiar y con esto desmejorar la calidad de la formación de este miembro familiar. Esto puede romper con el vínculo familiar y hasta el punto de afectar a otras familias. La naturaleza del problema que planteamos está vinculada a qué tipo de beneficios y dificultades se presentan entre los vínculos fraternos, y la convivencia entre los hermanos, unos típicos y otros con discapacidad de tipo auditivo y/o visual; así como al papel de los hermanos. La mayor parte de los estudios en torno a las familias que tienen algún hijo con discapacidad se han focalizado en los padres, prestando muy poca atención a como los otros hijos responden a esa situación.

Para Fishman (1995), la familia como institución, “es la fuente de las relaciones más duraderas y el primer sustento social del individuo, con pautas de relación que se mantienen a lo largo de la vida, lo que la convierte en la instancia con mayores recursos para producir cambios”; y según Satir (1977), “la familia es la encargada de suplir la satisfacción de necesidades biológicas y afectivas de los individuos”. Cuando un miembro de la familia requiere de una atención especial, por motivo de una discapacidad temporal o permanente, la dinámica familiar tiende a cambiar. “Cada situación individual de discapacidad está en un proceso dinámico”. Esta afirmación se basa en la premisa de que “el hombre se construye en interacción” (Schalock, 1999) y que “existe una interdependencia entre los procesos de configuración familiar y construcción personal”.

Por esta razón es necesario: determinar las características de las familias que poseen hijos con discapacidad auditiva y/o visual, conocer las funciones parentales existentes en padres y madres de familias con hijos/as con discapacidad auditiva y, por último, identificar las etapas emocionales manifestadas en padres con hijos/as con discapacidad auditiva. Para Satir, (1989) “la estructura familiar, es el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan sus miembros, y en toda estructura familiar deberá existir una jerarquía de poder en la que los padres y los hijos poseen niveles de autoridad diferentes, y son los padres como mayor jerarquía los llamados a contribuir con los hijos, para que esta estructura pueda producir el cambio”. De ahí que “la pertenencia a una familia constituye la matriz de la identidad individual, de donde aprende, por lo que se denomina el proceso de socialización”, las “pautas transaccionales que le permitirán funcionar a lo largo de su existencia y evolución individual”.

Por tanto, esta situación se presenta como una problemática social, debido a que cada familia que presente la situación de tener un hijo o hija con discapacidad muchas veces no posee las herramientas necesarias para afrontar esta situación; y su dinámica familiar se ve afectada de una manera negativa. El saber sobre las características de la dinámica familiar ante la presencia de un hijo con discapacidad auditiva y/o visual, las funciones parentales existentes en padres y madres, hermanos de familias con hijos con discapacidad auditiva y las expectativas manifestadas en padres, madres y hermanos de familias con hijos con discapacidad auditiva o no videntes, son interrogantes que queremos dar respuesta y conocer la realidad. Para así poder entender de manera objetiva lo que está pasando y así poder identificar posibles soluciones.

El presente trabajo de tesis, pone de relieve la necesidad de prestar atención a la vivencia emocional de la discapacidad por parte de los hermanos; lejos de ignorar, minimizar o sobredimensionar sus necesidades psicosociales, se apuesta por tener en cuenta el amplio

abánico de aspectos emocionales, tanto positivos como negativos, que se puede conllevar o el hecho de tener un hermano con discapacidad visual o auditiva.

### **1.3 Preguntas de Investigación**

1. ¿Cuáles son las características de la dinámica familiar de niños de 6 a 12 años con hermanos con discapacidad auditiva y/o visual alumnos de los institutos Santa rosa Inc. y Escuela José Miguel Rodríguez en el período enero-julio 2019?
2. ¿Cuáles son las etapas emocionales manifestadas por los niños de 6 a 12 años con hermanos con discapacidad auditiva y/o visual alumnos de los institutos Santa rosa Inc. y Escuela José Miguel Rodríguez en el período enero-julio 2019?
3. ¿Cómo son las funciones parentales existentes en niños de 6 a 12 años con hermanos con discapacidad auditiva y/o visual alumnos de los institutos Santa rosa Inc. y Escuela José Miguel Rodríguez en el período enero-julio 2019?
4. ¿Cuáles son las expectativas manifiestas en niños de 6 a 12 años con hermanos con discapacidad auditiva y/o visual alumnos de los institutos Santa rosa Inc. y Escuela José Miguel Rodríguez o en el período enero-julio 2019?
5. ¿Cómo diferenciar las estrategias resilientes en las familias para afrontar la discapacidad visual y auditiva?

## **1.4 Objetivos**

### **1.4.1 Objetivo General:**

Determinar las etapas y competencias psicoemocionales y sociales manifestadas por los niños con respecto a la discapacidad auditiva y visual de un hermano, así como su desempeño académico en Santo Domingo en el período enero-julio 2019.

### **1.4.2 Objetivos Específicos**

1. Determinar las etapas y competencias emocionales manifestadas por los niños con respecto a la discapacidad auditiva y visual de un hermano, así como su desempeño académico en Santo Domingo en el período enero-julio 2019.
2. Describir las funciones existentes del niño no discapacitado en familias con hijos con discapacidad auditiva y/o vidente, alumnos de los institutos Santa rosa Inc. y Escuela José Miguel Rodríguez en el período enero-julio 2019.
3. Conocer el proceso por el que pasan las familias cuando se introduce la discapacidad en su entorno de convivencia en el período enero-julio 2019.
4. Reconocer los impactos negativos y positivos de la discapacidad auditiva o visual en la familia.
5. Comprobar si existe relación entre los problemas de conducta del hermano discapacitado visual y/o auditivo y el ajuste psicológico fraterno.

6. Determinar las implicaciones del tipo de discapacidad de las personas en el desarrollo de la vida familiar.
7. Identificar las estrategias resilientes en la familia para afrontar la discapacidad auditiva y visual.

### **1.5 Justificación de lo Inédito**

El estudio de la discapacidad desde el punto de vista familiar es poco investigado. Los esfuerzos siempre profundizan en la genética, lo económico, lo personal o lo social. Pero pocas veces se toca de cómo la familia juega un papel importante en la formación de un miembro con una condición especial y de cómo la familia puede verse afectada a lo interno y en su dinámica en especial los vínculos fraternos. Los estudios centrados con hermanos no aparecen hasta la década de los 80; y en la actualidad ha habido una transformación en el modo de percibir y tratar a las familias de niños con necesidades especiales.

### **1.6 Justificación de lo Pertinente**

Este trabajo de investigación ofrece la oportunidad de realizar un aporte a la sociedad y a la ciencia. Nos permite investigar un tema poco estudiado. Una vez realizada la investigación, se podrá establecer antecedentes de cómo es la dinámica familiar ante la presencia de un miembro con discapacidad auditiva o visual. Determinando las etapas emocionales manifestadas por los hermanos y hermanas respecto a la discapacidad auditiva y/o visual, así como de las funciones parentales existentes y las expectativas manifiestas en padres, madres y hermanos de familias con hijos con discapacidad auditiva o visual. El reconocimiento de las necesidades de los hermanos de personas con discapacidad es fundamental en todos los niveles,

solamente si se es consciente de los aspectos positivos y negativos que el diagnóstico de un niño con discapacidad puede tener sobre el resto de sus hermanos, seremos capaces de identificar sus principales necesidades y establecer así estrategias de afrontamiento y a potenciar el enriquecimiento y las percepciones positivas ante el hecho de tener un hermano con discapacidad auditiva y/o visual.

### **1.7 Justificación de la Factibilidad**

Esta investigación, es realizable, porque en el Instituto de ayuda al sordo Santa Rosa Inc. Y la Escuela para sordo-ciegos y discapacidades múltiples José Ml. Rodríguez, es factible la realización con estos jóvenes y sus familiares, y permitimos destacar las principales necesidades de los hermanos de personas con discapacidad y sus repercusiones, necesidad de poder expresar sus sentimientos en torno a las implicaciones de la misma en sus vidas y la necesidad de establecer un claro pacto de responsabilidades en relación a su hermano con discapacidad.

### **1.8 Alcances y Limitaciones**

En cuanto a la limitación presentada al momento del estudio, fue la elaboración de un cuestionario aprobado y certificado para la entrevista familiar, de la cual buscaríamos recolectar información relevante sobre la dinámica en las familias, su entorno y las relaciones existentes entre sí, que sustentaran la parte teórica y los objetivos de investigación; por ello se recurrió a charlas rápidas con los miembros de las familias, de las cuales obtuvimos respuestas que respaldan el estudio.

### **1.9 Población Objeto del Estudio**

Para esta investigación, están considerados los hermanos y hermanas de familias que tienen hijos con discapacidad auditiva o visual, que estudian en el Instituto de Ayuda al Sordo Santa Rosa Inc. y en la Escuela para Sordo-Ciego y Discapacidades Múltiples José Miguel Rodríguez, con una población objeto de estudio 30 niños y jóvenes.

### **1.10 Ubicación Temporal del Estudio**

El estudio será realizado durante el periodo de enero a julio del 2019.

### **1.11 Metodología a Emplear en el Estudio**

El presente estudio es de tipo exploratorio con enfoque cualitativo, pues una vez recolectados los datos de la población investigada de manera transversal y prospectiva, se realizarán análisis y medición de los datos. Estos datos serán obtenidos a través de un cuestionario educativo-clínico.

El diseño es no experimental pues se recolecta información del objeto de estudio sin intervención del investigador, sólo se tomarán en cuenta las opiniones de los encuestados. La muestra será elegida por el diseño no probabilístico a conveniencia del investigador. Analizándose los datos mediante la página de TEA Ediciones y haciendo las tabulaciones en Microsoft Excel.

## **1.12 Propósito de la Investigación**

Entre los propósitos de esta investigación está el determinar las etapas psicoemocionales y sociales manifestadas por los hermanos respecto a la discapacidad auditiva y visual y de igual modo describir la incidencia en el desempeño académico de hermanos de familias con hijos con discapacidad auditiva y/o visual; además identificar las expectativas manifiestas en padres, madres y hermanos de familias con hijos con discapacidad auditiva y/o visual alumnos de los institutos Santa rosa Inc. y Escuela José Miguel Rodríguez en Santo Domingo en el periodo enero-julio 2019.

Todo esto dará un diagnóstico de cuál es la situación actual en para luego formular las recomendaciones y medidas de lugar.

## **1.13 Hipótesis**

H1: La llegada de un miembro con discapacidad auditiva y/o visual a una familia provoca emociones negativas en los hermanos miembros del círculo familiar.

H2: Existen diferencias significativas en las fortalezas y dificultades entre los hermanos de sujetos con discapacidad visual y/o auditiva y los hermanos de personas neurotípicos.

H3: Los problemas conductuales del niño con hermanos con discapacidad se relacionan con el ajuste psicológico fraterno, siendo mejor este ajuste cuando menores sean los problemas conductuales de los hermanos.

H4: Académicamente, el rendimiento del niño es afectado por la presencia de un hermano con discapacidad auditiva y/o visual.

## **1.14 Antecedentes de la Dinámica Familiar**

### **1.15 Dinámica Familiar**

Para tener una aproximación sobre el tema a discutir, citamos a Torres y Rodríguez, (2006) que efectuaron un análisis con educandos, con el propósito de inspeccionar el espacio colegial y doméstico de niños con discapacidad auditiva, su emoción próxima a lo que tiene que ver con el sostén que le ofrece la relación doméstica, las dificultades que se presentan dentro de lo que son sus transcurso facultativos, las esperanzas oportunas y lo relacionado, con los responsables de su formación. Las informaciones establecieron que “prevalecen correspondencias entre el sostén que los estudiantes observan y su realización colegial, de igual forma; el valor que presenta integrar la familia para impulsar lo relacionado con lo facultativo, vencer evasión y el eje de los estudios”.

Así mismo, Vallejo y Mazadiega, (2006) realizaron un estudio en el que analizaron “las aportaciones y posturas de investigadores que hacen propuestas teóricas para explicar los estilos parentales cuando se tiene un hijo con discapacidad auditiva y determinar el grado de aprovechamiento escolar de los hijos, su ajuste psicológico, escuela y compañeros, así como; su motivación escolar influenciada por la familia, presentando aproximaciones en pacientes sobre investigaciones que podrían explicar los factores involucrados en la relación familia-desempeño académico como parte sustancial de su proceso educativo, y encontraron que, los estilos parentales es un tema que permite analizar las diversas formas de crianzas caracterizadas por la historia cultural del contexto social y su influencia en el comportamiento tanto de padres, como de los hijos, y del rendimiento académico de los últimos”.

Así mismo, de la misma manera, Oliva, (2006) de Barcelona, siguiendo un enfoque dimensional, realiza un estudio de los “aspectos del estilo parental cuando se tiene un hijo especial, como son: el afecto, comunicación, conflictos, control y promoción de la autonomía, para analizar las dimensiones del contexto familiar por parte de los investigadores de la socialización familiar, y describir su trayectoria durante la adolescencia cómo las influencias que ejercen sobre el ajuste adolescente, determinado, que los adolescentes se sienten plenamente satisfechos cuando tienen padres que se muestran afectuosos, comunicativos y les enseñan a ser autónomos, y cómo resolver conflictos”.

Además, en este estudio también se presentó, “el hallazgo sobre las relaciones familiares y el desarrollo adolescente con condición especial, prestando una atención especial a: los cambios en estas relaciones con la llegada de la etapa crítica de la adolescencia, y su influencia sobre el desarrollo y el ajuste emocional”. A partir de estos datos, se destaca, la importancia de ofrecer a los padres orientación, para que puedan ejercer su rol parental. De poder tener a los padres preparados para una noticia desagradable sobre la salud de su hijo, el proceso de adaptación será fácil.

Todo lo expuesto indica que “a través de los cambios en las relaciones entre padres e hijos que tienen lugar durante la adolescencia, la familia continúa constituyendo la base tanto para el desarrollo y el ajuste personal social, como para su trayectoria hacia la autonomía”, por lo que resulta interesante estudiar la dinámica familiar de los estudiantes que presentan discapacidad auditiva y/o visual.

En el impacto la llegada de un individuo con discapacidad suele acompañarse de una reducción de la disponibilidad paterna, lo que transmite a los hermanos “el sentimiento de pasar a un segundo plano en relación con sus padres e incluso de no existir ante sus ojos”, (Bert,

2006). Los celos son un sentimiento presente en la relación entre hermanos, exista o no una discapacidad, y se avivan por el hecho de que este hermano “tiene unas necesidades especiales que demandan una atención y tiempo por parte de los padres”.

## **CAPÍTULO II**

## **2.1 Marco conceptual**

### **2.2 La Discapacidad: Conceptualizaciones**

Para comprender los cambios que han ocurrido en torno a la concepción de discapacidad, es necesario comparar las dos definiciones propuestas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) resaltando las razones de estos cambios y los modelos que las sustentan. La primera se conoce con el nombre de Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDDM) para luego ser modificada en el año 2001 y titulada Clasificación Internacional de Funcionamiento, Discapacidad y Salud (CIDDDM-2 o CIF).

La Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDDM, 1980) es una clasificación basada en la enfermedad y los estados relacionados. Se consideran entonces tres dimensiones: Deficiencia, Discapacidad y Minusvalía.

Deficiencia: “Toda pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica (webmati 2015).

Discapacidad: “Toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano” (webmati 2015).

Minusvalía: “Una situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o de una discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es

normal en su caso” (en función de su edad, sexo y factores sociales y culturales) (webmati 2015).

La lucha de las personas con discapacidad y el debate creciente sobre su papel dentro de la sociedad, junto al cuestionamiento del efecto de las inversiones en políticas de salud pública a nivel mundial obligó a la Organización Mundial de la Salud a plantear cambios en la definición de discapacidad.

Estos cambios son recogidos en la Clasificación Internacional de Funcionamiento, Discapacidad y Salud (CIF) construida a partir del ideal de salud y estados relacionados. El cambio se expresa claramente en las palabras utilizadas para nombrarla, ya no se habla de discapacitado sino de persona con discapacidad.

De esta manera se singulariza el déficit orgánico y se incluye en el análisis de la problemática sobre la discapacidad, el contexto de la persona que la presenta, las dimensiones de análisis son:

Funcionamiento: “es un término genérico que incluye funciones corporales y estructuras corporales, actividades y participación. Indica los aspectos positivos de la interacción entre un individuo (con una “condición de salud”) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales) (aspace 2001).

Discapacidad: “es un término genérico que incluye déficits, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (con una “condición de salud”) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales) (aspace 2001).

Salud: “Se define como el eje clave donde se relacionan los dos anteriores, ya que se evalúa salud y estados de salud” (aspace 2001).

Una de las formas en que se observa el efecto de estas posturas conceptuales sobre la discapacidad en las familias de un niño con discapacidad tiene que ver con los servicios profesionales que se les ofrecen. Debido a la necesidad que tienen madres y padres de recurrir a distintos tipos de especialistas para el diagnóstico e intervención, estos encuentros pueden convertirse en apoyo o en obstáculo dependiendo del modelo de discapacidad que se asuma.

### **2.3 Personas Sordas. Caracterización de su Condición**

Se conoce como sordera a cualquier “alteración producida tanto en el órgano de la audición como en la vía auditiva” (Marchesi, 1995) y al igual que la ceguera se manifiesta de diferentes maneras. Valmaseda y Díaz- Estébanez (1999) ofrecen una “clasificación de los tipos de sordera según tres criterios: la localización de la lesión, el grado de pérdida y el momento de aparición”.

Audición infra normal o “sordera leve (inferior de 40 decibeles): no tiene incidencia social, la mayoría de los ruidos familiares son percibidos, se oye la voz baja o lejana, pero se dificulta en ambientes ruidosos”. No tiene incidencia en el desarrollo. Escolaridad normal.

Deficiencia auditiva media o “moderada (40-70 decibeles): el habla es percibida si eleva la voz, la persona entiende mejor si mira los labios cuando le hablan, necesita que le repitan con frecuencia lo dicho”. Puede identificar ruidos del entorno. Requiere prótesis auditivas y escolarización en medio regular, pero con apoyo.

Deficiencia “auditiva severa (70-90 decibeles): sólo se perciben las palabras a alta intensidad y ruidos fuertes cerca del oído”. Muchas veces la persona parece ajena a su entorno y no se da cuenta que le hablan. El desarrollo de la palabra está obstaculizado, la comunicación gestual aparece espontáneamente.

Deficiencia “profunda (mayor de 90 decibeles): no hay ninguna percepción del habla, sólo se perciben ruidos muy fuertes”. Los audífonos resultan ineficaces, no hay escolarización regular. La audición residual existe, pero está poco investida de sentido para el niño, en cambio el lenguaje gestual se desarrolla naturalmente y favorece el curso normal de funciones cognitivas y lingüísticas.

Deficiencia “auditiva total o cifosis (mayor de 120 decibeles): no se percibe nada”. En las deficiencias auditivas moderadas es necesario adaptar prótesis auditivas si se desea que la persona aproveche los restos auditivos que posee y se rehabilite la función auditiva hasta que aparezca el lenguaje oral.

Las prótesis auditivas o audífonos se llevan en la oreja y se adaptan dependiendo del nivel de pérdida auditiva. Su función es “amplificar el sonido haciéndolo más intenso, pero no proporcionan muchos beneficios si las células ciliadas están dañadas, es decir, cuando se trata de sorderas neurosensoriales severas o profundas” (Cochlear Corporation, 2000). En estos casos la recomendación médica es un implante coclear, pues los audífonos no darán la ganancia suficiente para estimular la audición.

La “adaptación de estas ayudas auditivas se realiza preferiblemente a temprana edad y debe ir siempre acompañada de rehabilitación aural-oral por medio de terapia del lenguaje” (Cochlear Corporation, 2000). Este tipo de terapia se da en sesiones individuales con el niño,

además se educa a las madres y los padres en un particular estilo de comunicación con sus hijos donde se aprovechan situaciones cotidianas del hogar y colegio.

El objetivo de esta forma de rehabilitación auditiva es “asegurar que el niño sordo se acerque a la experiencia auditiva de forma natural y desarrolle lenguaje tal como ocurre en el niño oyente” (Cochlear Corporation, 2000). En líneas generales, ésta es la propuesta que los especialistas en medicina, audiología y lenguaje hacen a las madres/padres y hermanos de niños sordos.

En palabras de Valles y Morales (2007), “las personas identificadas como portadoras de una pérdida auditiva representan un conjunto con características diversas, que determinan necesidades pedagógicas, lingüísticas y sociales que difieren de manera acentuada de un sujeto a otro, porque no dependen sólo del nivel de pérdida auditiva”, sino de variables como la edad en que esta pérdida se manifestó, el tipo de atención prestada al individuo y la manera cómo el entorno de su familia, ha manejado esta condición. Las familias de “niños con discapacidad auditiva una vez conocido el diagnóstico y las características del déficit, comienzan la búsqueda de recursos médicos y educativos que les permita atender las necesidades especiales del hijo. Sin embargo, el momento en que se solicita el apoyo varía por diferentes razones” (Fresnillo, 2014).

Esta realidad nos hace pensar que las orientaciones iniciales a las madres/padres y hermanos surgen desde los profesionales de la medicina, quienes en la mayoría de los casos comunican el diagnóstico. Se “esperaría entonces que la intervención educativa y psicológica en el niño y su familia se realizara precozmente, pero no siempre ocurren” (Alvares, Castro, Campo, y Álvarez, 2005).

Uno de los factores que obstaculizan en las madres/padres y hermanos la búsqueda de asesoría educativa tempranamente proviene del manejo médico en la comunicación o/y confirmación del diagnóstico y las recomendaciones a la familia.

Tal como lo señala Franco (2000), en su trabajo con madres de niños con Síndrome de Down, “a pesar de que presentan rasgos físicos característicos al nacer, no siempre en el ambiente hospitalario se indica como una de las principales medidas a tomar por las madres/padres y hermanos, la atención interdisciplinaria en los Centros de Desarrollo Infantil”.

Para los niños sordos, “no siempre existe un indicador en el aspecto físico que permita a las madres/padres sospechar la presencia de un problema, y tampoco manifiestan en su comportamiento nada extraño. La duda y el desconcierto surgen cuando el niño no responde al llamado de las madres/padres y hermanos” (Schorn, 2002). El “retraso en la aparición del lenguaje es la principal señal”, tal como lo señalan Durán, Katz y Rosas (1997). Las autoras encuentran que “la edad de ingreso a una institución de educación especial, se encuentra entre los 2 y 3 años, justamente el momento donde las madres/padres y hermanos no pueden postergar más la aceptación del diagnóstico” ante la poderosa evidencia en el hijo que no habla.

#### **2.4 Personas Ciegas. Caracterización de su Condición**

Se define ceguera a la falta del sentido de la vista, esta puede ser innata y congénita o puede ser provocada por alguna enfermedad o accidente. Se estima que en el mundo existen en promedio 1300 millones de personas que viven con deficiencias visuales y ceguera total.

La persona que nace ciega vive en un mundo que carece de sentido de las cosas, no percibe la luz, no conoce los colores, ni entiende las dimensiones de espacio que le rodean.

La persona parcialmente ciega es capaz de percibir restos de luz con patrones guías y pueden percibir masas.

Según diversos estudios realizados, existen dos tipos de ceguera, que, entre ellos, se definen y diversifican varios tipos según su condición.

La OMS (Organización Mundial de la Salud) los clasifica según su tipo de visión: de lejos y de cerca.<sup>1</sup>

#### **Deficiencia de la visión de lejos:**

- Leve: agudeza visual inferior a 6/12
- Moderada: agudeza visual inferior a 6/18
- Grave - agudeza visual inferior a 6/60
- Ceguera - agudeza visual inferior a 3/60

#### **Deficiencia de la visión de cerca:**

- Agudeza visual de cerca inferior a N6 o N8 a 40cm con la corrección existente.

---

<sup>1</sup> <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/blindness-and-visual-impairment>

En la deficiencia leve y moderada, la persona presenta problemas para conducir vehículos, hacer lectura en general y necesita de herramientas tales como los lentes, diferentes entre sí, según el número de agudeza visual que puntúan a través de exámenes y análisis.

A diferencia del déficit grave y la ceguera, la persona afectada presenta problemas para movilizarse, trabajar y realizar labores cotidianas normales. Para ellos los instrumentos de ayuda son naturalmente los demás sentidos corporales: táctil, auditivo, olfativo.

Entre las condiciones visuales presentes en las personas, estadísticamente los datos arrojan lo siguiente:

Con respecto a la visión de lejos, 188,5 millones de personas tienen una deficiencia visual moderada, 217 millones tienen una deficiencia visual de moderada a grave y 36 millones son ciegas (Bourne RRA). Por otro lado, 826 millones de personas padecen una deficiencia de la visión de cerca (Fricke, TR, Tahhan N...).

Para la familia, el tener un miembro con discapacidad visual acarrea una gran responsabilidad, suele ser una experiencia dolorosa para cada uno de los integrantes y como tal, cada cual la percibe y acciona ante ello de distintas formas; es necesario integrar a todos y cada uno de los miembros de familia para orientarlos y ayudarles a crear herramientas para sobrellevar la incapacidad del discapacitado.

Los padres son pieza fundamental para el desarrollo vital de los procesos sociales, educacionales y de integración en todos los ámbitos de la vida del niño, para ello debe ser

primordial e indispensable aceptar la discapacidad, lo que conlleva a buscar la guía y ayuda de profesionales en el área para inculcarles el aprendizaje necesario para cumplir y saberse manejar ante esta situación.

Si el manejo de los padres no es adecuado ante esta deficiencia, puede ocasionar graves problemas al niño ante su desarrollo en la vida, empeorando sus procesos vitales, educacionales y sociales, creando en él una serie de emociones de inferioridad, menosprecio y poca valía por su condición.

Los hermanos de un niño discapacitado visualmente, a su vez suelen verse afectados ante dicha invalidez; en ocasiones recaerán sobre ellos responsabilidades extras ante el cuidado y protección de su hermano, algunos sentirán distancia o apatía por parte de sus padres, ya que vuelcan el mayor cuidado y atenciones al hijo con discapacidad.

Por ello debe ser muy importante que el niño con hermanos con discapacidad sea nutrido con informaciones veraces pero adecuadas para su entendimiento y edad como también se les debe hacer partícipes, igualitariamente, de la dinámica familiar para el cuidado del hermano con problemas visuales. A menudo el niño puede reflejar fortaleza y madurez ante la situación y sentir que no es afectado emocionalmente, pero si no se le es bien orientado y si no se le dedica tiempo, amor y cuidado puede sentirse cansado, enajenado y deprimido ante la falta de afecto.

## **CAPÍTULO III**

### 3.1 Marco Teórico

En este capítulo presentamos los referentes teóricos que permiten conocer el estado actual del conocimiento sobre discapacidad y familia. Así como el rendimiento y desempeño académico y el estado actual de las variables socioemocionales. Los contenidos seleccionados intentan abarcar la totalidad de temas relacionados con esta investigación.

La familia es un ente mutable. “Tiene la capacidad de transformarse de acuerdo a los cambios del entorno y de aquellos que internamente los individuos que forman parte del microsistema puedan experimentar. Eso hace que cada familia confeccione sus rasgos propios, que se forman a partir de la combinación particular de sus miembros y tomando en consideración elementos psicológicos, educativos, ideológicos y ecológicos que sustentan un estilo de vida y una forma de actuar frente al mundo exterior. Las construcciones establecidas, sin embargo, se encuentran en consonancia con el contexto social en el que se encuentran, constituyendo este una influencia fuerte dentro de los procesos de consolidación de las fisonomías familiares particulares” (Satir, 1997).

La familia se muestra como una fortaleza constituida de manera coherente. Moreno (1996) señala que “la estructura familiar consta de un centro-familia, que no debe entenderse como una unidad de análisis sino como una condensación de entidad que refiere a vida-familia”. El significado de ese centro no es más que “la relación madre-hijo, la cual es una sólida unidad relacional, indivisible y que se forma desde el instante en el que aparece, es decir el momento de la maternidad”.

En ese centro formado por la relación madre-hijo no está incluido el padre. Según el referido autor, “el padre no ocupa ningún puesto en lo que denomina centro-familia; él es un instrumento necesario para producirlo, pero es un elemento externo”.

El autor declara que “la figura paterna puede funcionar como un satélite que ayuda a la familia; sin embargo, no es requerida para su subsistencia. Debido a la madredad como núcleo central, él define a la familia como matricentrada”.

La ausencia del padre es un hecho real. Por esta razón, “las familias matricentradas constituyen una mayoría en la sociedad”. Esto se debe a una adaptación que se ha producido en el contexto: “Si el padre no ha existido desde largo tiempo, debe haberse producido un proceso de adaptación que lo ha hecho innecesario.” (Moreno, 1998: 77).

En todo proceso de adaptación se muestran particularidades. “En cada microsistema existen diferencias y similitudes, que son las que determinan una identidad que nos permite hablar”. La familia refleja una sociedad, la cual es cambiante y es por esto que “las mutaciones son comunes, son giros propios del devenir que llevan a la evolución y que van marcando huellas en las caracterizaciones del entorno”.

Moreno (1996) reseña que “la familia tiene sus límites propios, así como sus mecanismos internos y sus propias orientaciones de cambio”. Las transformaciones “vendrán dadas por la dinámica propia de vida” o, como señala el autor, “por el mundo-de-vida”. En medio de los cambios la población se ve afectada. Los datos demográficos demuestran que, en el sentido del incremento poblacional, “la mayor proporción de familias pertenece a los sectores

desfavorecidos, originando un mayor número de niños que nacen en condiciones de extrema pobreza”. (Recagno y Platone, 1998, p. 69).

La realidad a la que nos enfrentamos es quizás un tanto inclemente; sin embargo, “es el cambio del entorno y la capacidad de evolucionar lo que puede incidir en un mejor futuro”. No estamos atados a un paradigma irremovible que permanecerá por siempre. “La propiedad de transformación puede llevar a construcción de nuevos conceptos sociales, pues el mundo-de-vida popular y sus estructuras son realidades históricas no esencias inmutables” (Moreno, 1996: 83).

### **3.2 La Familia Bajo el Enfoque Sistémico-evolutivo**

La familia es considerada por Platone (2002), como “una unidad sistémica que se encuentra conformada por varios entes interdependientes o subsistemas que interactúan entre sí con el objeto de alcanzar el funcionamiento del grupo, permitiendo la posibilidad de desarrollarse como individuos y al mismo tiempo mantenerse integrados para lograr metas comunes”. La familia pasa por diversas fases en su desarrollo, “sufre transiciones que podrían ser consideradas crisis debido a la carga de incertidumbre y ansiedad”. Ejemplos de ello podrían ser “la salida de los hijos del hogar, la ruptura matrimonial, el fallecimiento de algún miembro, e incluso el nacimiento de un hijo”. Sin embargo, es necesaria la adaptación para continuar con la estabilidad familiar.

### **3.3 Marco Comunicacional Existencial (Virginia Satir)**

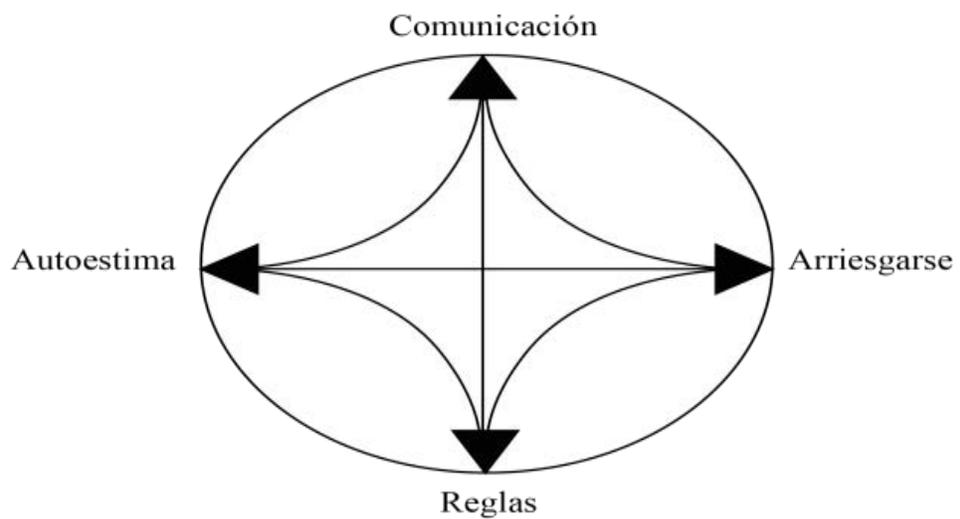
Satir (1997), define a la familia “como un sistema dinámico, donde el bienestar de uno de los miembros repercute en el otro, y a su vez, la familia se comporta como una unidad”. En este sentido, se considera que “la familia es una unidad dinámica que está en continua evolución y que las relaciones entre sus miembros afectan la estructura del sistema familiar”. La autora apunta a que “la familia se concibe como un microcosmos, que se puede estudiar en situaciones críticas como: el poder, la intimidad, la autonomía, la confianza, y la habilidad para la comunicación, partes vitales que fundamentan la forma de vivir en el mundo”. Al analizar esta definición nos identificamos totalmente con la autora, en virtud de que, en la práctica de la vida diaria, esa es una constante.

Por tanto, “la vida de la familia depende de la comprensión de los sentimientos y necesidades subyacentes a los acontecimientos familiares cotidianos”. Satir (1997), también establece que “las relaciones humanas y familiares, es especialmente donde se le asigna el valor que tienen las personas de sí mismas, el desarrollo y mantenimiento de este sentimiento, dependen en gran medida del valor que les han asignado las personas cercanas, los miembros de la familia, lo que después se transfiere a otros terrenos relacionales”.

Torres Santiago, (2014). Dice que “las familias deben ser ubicadas en un punto de una escala que va desde muy nutricia hasta muy perturbadora o conflictiva”. Para la autora, “la estructura familiar debe evaluarse en varias dimensiones, tales como; la comunicación, toma de decisiones, individualidad, normas o reglas familiares, roles, respuestas a reacciones ante la demanda del cambio”. Satir, (1977), En su libro, Nuevas Relaciones Humanas en el Núcleo Familiar, dice que “esta dinámica facilita las pautas para poder formar parte de una comunidad”.

Comparando el tema de la familia con otro autor, mientras Estrada (1987), apunta, que “hay dos objetivos esenciales para sostener el equilibrio familiar”; Satir, (1989) habla de “cuatro pautas como factores clave”, que son:

*Ilustración 1. Esquema de evaluación del funcionamiento Familiar*



Fuente: Satir, 1989

Esta investigadora y terapeuta familiar, los llama factores clave y los plantea como un esquema para “la evaluación del funcionamiento familiar, basado en dos dimensiones, hacia la definición de las familias nutricias y las familias perturbadoras o conflictivas”. Para esta autora, la familia puede estar estructurada sobre la base de:

**TABLA I. LA ESTRUCTURA FAMILIAR**

Concepto:	Pregunta:
Estructura familiar	¿Cómo está conformada la familia?
Miembros de la familia	¿Quiénes la forman?
Relaciones entre los miembros	¿Cómo se relacionan entre sí?
Vínculos familiares	¿Qué vínculos hay entre ellos?

Fuente: Satir, 1989.

Existen otros criterios de evaluación del desempeño familiar, que podemos mencionar, tales como: La Escala de Evaluación de McMaster (1994), Miller et al. (1994), el Modelo Sistemático de Beavers, (1988) el Circunflejo de Olson (1979).

### **3.4 Apoyo Emocional de La Familia**

En su obra, "Nuevas Relaciones Humanas " Virginia Satir cita a Horton (1979), quien declara que, “en un mundo tan complejo, la familia cercana se ha transformado en el antemuro del apoyo afectivo”, Horton (1979). No sólo los integrantes de la familia han venido a unirse cada vez más por nexos emocionales, sino que, se ha convertido en “la única organización en que pueden desenvolverse con seguridad esos lazos afectivos”, Andolfi y Zwerling, (1985). De allí la valía de “colaborar con la transformación de la vida familiar, cuando ésta, en vez de satisfacer necesidades emocionales de sus miembros, se convierte en el sitio de tensiones

difíciles de soportar”, entonces, podemos decir; que el sistema está enfermo o que es disfuncional.

Al respecto, el marco de Satir (1991), dice; “la concepción típica de la familia es el de un espacio donde confluyen el afecto, el entendimiento y el sostén aun cuando todo lo demás haya fallado”. Además, es el lugar donde podemos recuperar el aliento y recuperar fuerzas para encarar mejor al mundo que nos rodea. Sin embargo, para millones de familias controversiales, esto resulta una leyenda.

Existe una posibilidad de ubicar a una familia determinada en alguna escala que va desde muy nutricia hasta muy perturbada y conflictiva.

Tomando en cuenta las anteriores dimensiones de valoración de Satir; en las familias nutricias, los sujetos poseen un comportamiento de:

- Autoestima alta.
- Comunicación directa, diáfana, concreta y sincera.
- Normas flexibles, humanas, justas y susceptibles,
- Enlace con la sociedad, abierto y confiado.

En las familias conflictivas, las personas tienen:

- Autoestima baja.
- Comunicación indirecta, aérea e insincera
- Reglas rígidas, fijas e inflexibles
- Enlace temeroso, aplacante y acusador con la sociedad.

### 3.5 Factores que Operan en la Dinámica Familiar

Existen factores que intervienen en la dinámica familiar, Satir (1988), en la década de (1980 a 1984), enfatiza que “esas fuerzas que actúan en las familias, permean toda clase de familias, sean nuclear, mixta, de adopción, o la llamada institucional”. En esta última, “los niños son cuidados por adultos, donde grupos de adultos cuidan a grupos de niños”. La autora del marco plantea, que “los cuatro factores que más influyen en la dinámica familiar son: autoestima, comunicación, reglas, y correr riesgos”.

Por lo que Satir (1988), manifiesta que “a lo largo de su experiencia como terapeuta familiar, estos cuatro aspectos de la vida familiar, o (factores clave) saltan a la luz”, y los define como:

1. “Los sentimientos e ideas que el individuo tiene de sí mismo”, a los que llamó autoestima.
2. “Los métodos que utilizan las personas para transmitir sus ideas a los demás miembros”; a esto lo llamó comunicación.
3. “Las reglas o normas que usan los individuos para normar la familia, sobre cómo deben sentirse y actuar”; y que después se convierten en lo que denominó, reglas que rigen en la vida familiar.
4. “La manera sobre cómo la gente se relaciona con otros individuos e instituciones ajenas a la familia”; las denominó, enlace con la sociedad.

Por tanto, en todas las familias: “Cada persona tiene una valoración de sí mismo, positiva o negativa; la cuestión es, ¿Cuál de las dos? Cada persona se comunica; la cuestión es, ¿Cómo y cuál es el resultado? Cada persona sigue reglas; la cuestión es, ¿Qué clase de reglas,

y cómo funcionan para ella?, Cada persona tiene un enlace con la sociedad, la cuestión es ¿Cómo y cuáles son los resultados?”.

Satir (1964), es pionera en el área de la terapia familiar, incluso; intervino en el primer programa para entrenamiento en su país. Expresó, que “El origen de su teoría surgió de una nueva apreciación del significado de lo que le decían los parientes” acerca del paciente que ella veía. Lo anterior la llevó a un enfoque integrado de la terapia. En su práctica y enseñanza utiliza “principios e ideas de campos tan diversos como; la danza, el arte dramático, las comunicaciones, la educación, el lenguaje, las ciencias de la conducta e incluso de las ciencias físicas”, de las cuales se derivó el concepto de sistemas, base para la aplicación de sus técnicas terapéuticas. La autoestima elevada, caracterizada porque en “el núcleo familiar se enfrentan las mismas situaciones y cada persona tiene; una valía positivo o negativo, capacidad para comunicarse, obedecer ciertas reglas y tiene un enlace de relación y aceptación, con la sociedad”.

Se entiende que la familia constituye el núcleo de la sociedad, y en ella se unen aspectos: económicos, jurídicos, sociales, culturales, religiosos, por tanto; uno de los conceptos importantes de Satir (1988), dice; que al conocer a las familias es posible colocarlas en una escala que va desde muy nutricia hasta muy perturbada y confundida, por lo que ella declara que, básicamente existen estos dos tipos de familias, a las que clasifica en: familia nutricia y familia conflictiva.

### **3.6 Tipos de Familias.**

Para Satir (1983), “los tipos de familias son básicamente: conflictivas y niveladoras”, las cuales ella define como:

Familias nutricias: las define como: “intensas, sus integrantes se demuestran afecto, intelectualidad y respeto. Son las familias donde los padres se consideran guías y no jefes autoritarios, por lo que reconocen ante ellos sus desaciertos igual que sus aciertos. Asimismo, su disgusto, coraje o desengaño, tanto como su alegría. Hay una calma pacífica, existe fluidez y armonía en las relaciones interpersonales, por tanto, los integrantes se sienten a gusto con el contacto físico, y los miembros de la familia tienen la libertad de comunicar lo que piensan y sienten”.

Una de las características más sobresalientes de estos progenitores, es quizás que comprenden que los cambios son inevitables. “Los hijos, aún pequeños, parecen espontáneos y amables el resto de la familia lo toma en cuenta como personas. En general existe armonía y fluidez en las relaciones interpersonales”. Si sucede algún imprevisto sus miembros se acomodan al cambio, se les da importancia a los sentimientos.

Sus integrantes presentan “cuerpos ágiles y expresiones tranquilas. Ven a la cara, no con miradas esquivas ni bajando la vista. Hablan con voz clara y sonora. Ven como normal el contacto físico y demuestran afecto, cualquiera que sea su edad”.

Mientras que, en las familias conflictivas: “el clima del hogar es frío, el ambiente es tenso, los cuerpos y rostros de la gente, manifiestan su sufrimiento y dolor, rostro amargado y cuerpo desgarbado, por tanto, no hay demostración de cariño y sus integrantes parecen permanecer juntos por obligación”. Además, las características suelen ser; padres ocupados, diciéndoles a sus hijos lo que deben y no deben hacer. De esa manera, “nunca llegan a conocerlos, no los disfrutan como personas y tampoco los hijos a ellos. Esta familia invierte todas sus energías en un esfuerzo inútil por evitar que aparezcan dificultades, y cuando suceden, como es lógico, ya no tienen recursos para buscar soluciones”. En muchas ocasiones es

“predominante la frialdad, el ambiente es extremadamente cortés o lleno de secretos, evidenciándose una atmósfera de tensión”. Cada quien, aburrido, no hay alegría, sus integrantes, se evitan unos a otros. Se dedican demasiado al trabajo y actividades extra hogareñas.

En general, los miembros de la familia conflictiva, “muestran rostros de aspecto huraños o tristes, inexpresivos, como máscaras, así mismo; los ojos esquivan la mirada, las voces son duras, estridentes o apenas audibles. Con frecuencia el sentido del humor es amargo, sarcástico y cruel”. En algún momento de la vida, “una persona puede mejorar el concepto de sí mismo, siempre hay esperanza que la vida cambie porque siempre se pueden aprender cosas nuevas”.

La mayoría de los factores que originan conflictos en las familias, se aprenden después de nacer, en consecuencia, si se aprenden pueden también desaprenderse y nuevos factores son aprendidos en su lugar, por lo que es desaprender para re aprender.

### **3.7 Desarrollo de la Familia (Satir, Banmen, Gerberm & Gomori)**

Por un lado, Satir (1991), dice que “la vida familiar se parece un poco a un iceberg; sólo se percibe una pequeña parte de la totalidad, la parte que todos pueden ver y oír, y frecuentemente la gente cree que esa fracción representa la totalidad”. Hay quienes sospechan que puede existir más.

- Así mismo los define como: “conducta, comportamientos y acciones, de nuestra historia”.

- Afrontamiento: “la línea de contacto con la realidad, como afrontamos todo lo que llevamos dentro”.
- Emociones: “alegría, ira, miedo, tristeza, furia, placer, sorpresa, dolor”.
- Sentimientos sobre esas emociones: “las decisiones que tomamos sobre lo que sentimos”.
- Percepciones: “creencias, realidad subjetiva, pensamientos, ideas y valores”.
- Expectativas: “las nuestras propias, las de los otros y para los otros”.
- Deseos: “los universales, como el amor, aceptación, pertenencia, creatividad, conexión, libertad y otros”.

Por otro lado, las familias tienen crisis, por tanto, “hay etapas importantes, naturales y comunes, por las que atraviesa una familia cuando van creciendo sus integrantes; cada una de ellas representa una crisis de angustia temporal y requieren un período de ajuste, así como una nueva integración”. Así pues, se nombran etapas de la siguiente manera:

1. La primera etapa, es “la concepción, el embarazo y el nacimiento del hijo”.
2. La segunda, “sobreviene cuando el niño empieza a utilizar el lenguaje inteligible”.
3. La tercera, “llega cuando el niño hace el primer contacto fuera del hogar”.
4. La cuarta, una de las más agudas, “es cuando el niño entra en la adolescencia”.
5. La quinta, “cuando el hijo llega a convertirse en adulto y deja el hogar para independizarse”. A menudo ocurren fuertes sentimientos de pérdida.
6. La sexta, “el joven adulto se casa y los parentescos políticos, que significan elementos extraños, debe ser aceptado por la familia”.
7. La séptima, es “la menopausia en la mujer”.
8. La octava, “el climaterio en el hombre, parece estar más relacionado con el sentimiento de perder la potencia, que con cualquier otra causa física”.
9. La novena, “los padres se convierten en abuelos; situación llena de privilegios y trampas”.

10. La décima, “la muerte toca a uno de los cónyuges y después al otro”.

Ella expresa que, no es culpar a los padres, sino; encontrar la manera de llenar su propia olla.

Además, en cualquier momento de la vida, una persona puede mejorar el concepto de sí mismo, “siempre hay esperanza que la vida cambie porque siempre se pueden aprender cosas nuevas; la mayoría de los factores que originan conflictos en las familias, se aprenden después de nacer, en consecuencia, si se aprenden pueden también desaprenderse y nuevos factores son aprendidos en su lugar”, por lo que; esta no se transmite por genes, se aprende en el seno familiar. Por eso, los sentimientos e ideas que uno tiene sobre sí mismo son: la autoestima. Pero existen otros tipos de familias según otros autores, de las cuales podemos mencionar algunos.

La familia nuclear: está conformada por los padres (papá, mamá) e hijos.

La familia extensa o consanguínea, que incluye “otros grados de parentesco, al menos de tres generaciones, y tiene una extensión que trasciende el grupo familiar primario, como son: padres, hijos, hermanos de los padres con sus propios hijos, lo que puede traducirse; en padres, tíos, hermanos, primos, abuelos y nietos”.

También está la familia de origen que: “hace referencia a la familia de dónde procedemos, o de dónde hemos nacido, y la familia compuesta o reconstituida”: La cual, se reestructura a partir de varias familias nucleares o miembros de éstas como, por ejemplo, padres

viudos o divorciados, que vuelven a casarse, que tienen hijos, los cuales se convierten en, medio hermano o hijos adoptivos.

Además, está la familia conjunta o multigeneracional: “cuando los más jóvenes de la familia incorporan a ella a sus propios cónyuges e hijos; o es el resultado de las familias donde los hijos se unen a una pareja y se quedan viviendo junto a los padres y nietos”. También está, la familia homosexual: “actualmente llamada homoparental, que es la unión entre una pareja del mismo sexo con hijos adoptivos o vientre alquilado”.

Familia desintegrada: “sus miembros no están unidos y su identidad ha sufrido un severo deterioro; además, las familias acogedoras o familias sustitutas: categoría creada para hacerse cargo de niños cuyos padres no están en condiciones de ocuparse de ellos, normalmente por condiciones de salud o deterioro biopsicosocial”, como: salud mental, uso de drogas, maltrato o abusos, y otros.

Según Satir (1988). En la familia se inicia la formación del carácter que le servirá para la vida. “A través de los años se ha podido comprobar que el ambiente familiar influye de manera decisiva en el desarrollo psicosocial, de la personalidad y/o el comportamiento de los hijos”. Las relaciones entre los miembros de la familia determinan valores, afectos, actitudes y modos de ser, que el niño va asimilando desde que nace. Por eso, la vida en familia es un medio educativo al que se debe dedicar tiempo y esfuerzo. La escuela y la formación académica complementarán la tarea, pero en ningún caso sustituirá a los padres, la buena crianza y apoyo emocional que estos puedan brindar a sus hijos.

Además, “aunque la sociedad siempre ha percibido que los jóvenes están relativamente exentos de enfermedades, se debe considerar que éstos pueden tener otros problemas, como son los emocionales, no menos importante que los físicos”. Por ejemplo, la salud mental y emocional, que con frecuencia se derivan de comportamientos en medios considerados de peligro; dentro de estos comportamientos de riesgos y factores que influyen sobre la salud de los adolescentes y jóvenes, se encuentran; el pertenecer a familias disfuncionales.

### **3.8 La Comunicación en la Familia**

La comunicación es un factor importante, que determina el tipo de relaciones que se genera con los demás para poder sobrevivir. “La comunicación es el sentido que la gente da a su propia información. La comunicación; no es solo hablar y escuchar. Una vez que el ser humano llega a este mundo la comunicación es el factor más importante y el único que afecta la salud de una persona y sus relaciones con los demás” Satir (1995). La palabra comunicarse se refiere a “la conducta no verbal y verbal dentro de un contexto social”. Comunicarse puede significar interacción, o transacción. También, incluye todos los símbolos y claves que las personas utilizan para dar y recibir un significado. Por esto, las técnicas de comunicación. En cuanto al contexto social, se refiere a:

¿Cómo sucede?

¿Dónde?

¿Con quién?

¿Bajo qué condición?

En terapia familiar sistémica, Satir (1989), define la comunicación, como “la fase de otorgar y obtener información; considera que para analizar la comunicación hay que hacerlo

también de las partes que intervienen en ella: el comportamiento verbal y gestual”; los procedimientos que las personas usan para interrelacionarse, las maneras para conseguir, procesar y difundir información conforme a las distintas intenciones.

Un preconceito sobre la comunicación lleva a reconocerla como “una dimensión (verbal o no verbal)”. En su concepción sobre la comunicación, Satir (1989), comparte las acepciones que “para comunicarse correctamente es preciso que la gente aprenda a conseguir y a recibir la información que necesita de los otros; aprender a comunicarse con claridad”, esto en principio quiere decir, que el otro sepa lo que se piensa y se sienta claramente:

- Lo que se aprende o lo que se cree saber.
- Las expectativas que tenemos de otros.
- Cómo se ve lo que otros hacen.
- Cuál es la conducta aceptada y la rechazada.
- Cuáles son nuestros propósitos o motivaciones.
- Cuál es la apariencia que otros nos proyectan de ellos mismos.

Por tanto, la calidad de la comunicación es fundamental. “Todos los seres humanos, excepto aquellos que no poseen algún sentido (vista, oídos, tacto), tienen los mismos componentes para comunicarse”: Su propio organismo, el cual se diseñó y tiene forma propia; su valoración, es decir, aquellos criterios que personifican su modo de vivir; sus perspectivas proceden de costumbres pasadas; sus órganos de los sentidos; el lenguaje y su parte intelectual que comprende lo que el individuo ha asimilado de sus experiencias pasadas, lo que ha leído y lo que se le ha enseñado.

### **3.9 Autoestima en Miembros de la Familia**

El considerarse valioso es fundamental para la salud física y mental, tanto en niños como en adultos. Cada persona desarrolla un sentimiento de autovaloración o de desvalorización. “La autoestima positiva es esencial para la felicidad personal y para el funcionamiento eficaz, lo mismo en niños que en adultos”, Mussen y col. (1977). “El sentimiento de ser valioso es fundamental para la salud mental”, (Peck, 1986).

La autoestima implica “autoexploración personal, esencial en el desarrollo y mantenimiento del respeto de sí mismo y el sentido de su valor”. Por tanto, para no confundir autoestima con auto adoración, es necesario tener presente que “la autoestima alta no requiere de un estado de triunfo permanente y rotundo, es, además, identificar y reconocer las limitaciones y debilidades inherente y experimentar o sentir la necesidad de valorarse en justa dimensión, que es la síntesis de todo lo anterior” (Simón y Col., 1988).

Si un individuo no es conocedor de sí mismo y tiene una escasa valoración personal, “no se valora ni se respeta, no conoce sus debilidades y fortalezas, se puede decir; que su autoestima será baja y negativa, lo opuesto es sentirse optimista y capacitado para la vida y así tendrá la condición básica e indispensable para ser exitoso en la vida”.

La autoestima positiva, “es el requisito fundamental para una vida plena. La autoestima se basa especialmente en la comunicación y afecto recibido en los primeros años de nuestra vida. Este sentimiento es un resultado del amor parental y debe forjarse durante la infancia”, (Branden, 1986).

Cuando los niños aprenden a sentirse valiosos, por el amor que sus padres le dan, cuando son adultos enfrentan las adversidades sin destruir en ellos la idea de que son valiosos. De manera que, “el auto concepto que uno tiene de sí mismo, está relacionado con la forma en que es tratado por los padres y adultos durante su crecimiento”. Ser aceptado por los compañeros, “sentir que tienen un lugar en el grupo, tener oportunidad de manifestar habilidades y destrezas apreciadas por otros, tener amigos, todo esto maximiza la autoestima de una persona”. Más adelante “el éxito en el estudio y el trabajo y la aceptación social en diferentes situaciones y actividades son también complementariedad con otros” (Rizo, 1990).

La autoestima, es la fuente de energía personal: “una persona que no sabe valorarse espera que los demás, la esposa o el marido, un hijo, hermano o los padres, sean los responsables de asignar ese valor”. Por esto, se dan a manipulaciones interminables que a menudo afectan las dos partes. Para Virginia Satir, (1975) “la autoestima puede ser reestructurada a cualquier edad”. El primer paso, es “descubrir la subestimación propia y reconocer esta situación, luego viene la disposición para cambiar”. El desarrollo de la autoestima requiere de tiempo, paciencia y el valor necesario.

### **3.10 Funciones Básicas de Familia**

Para Satir (1989), “las funciones que debe lograr una familia para realizarse van desde la crianza de los hijos, hasta el desarrollo personal de cada uno de sus miembros”.

Función de la satisfacción emocional: “el ser humano no puede vivir sin amor, el amor es un valor que debe ser enseñado desde el núcleo familiar, un niño que no es feliz en su hogar o que no se sienta amado se verá seriamente afectado en su madurez”, y por tanto tendrá problemas en su socialización con el mundo exterior.

Función psicológica: “todo ser humano tiene necesidades, como sentirse seguro emocionalmente, sobre todo los niños, la familia vendría siendo un símbolo de seguridad para los hijos aprender a ser independiente, pertenecer a un grupo, y sentirse querido”. Todas estas necesidades se desarrollan casi siempre dentro de la familia.

Función asistencial y educativa: “refiere al cuidado que requieren los hijos a lo largo de su vida, en cada una de las fases de su desarrollo”. Debido a la sociedad en la que vivimos los padres prefieren dejar la función educativa a las escuelas o algunas otras instituciones, pero la familia viene siendo la primera institución educativa en la que el niño tiene contacto.

Función social y económica: “la socialización es un proceso a través del cual el individuo interioriza las pautas de su entorno sociocultural, se integra, se adapta a la sociedad, convirtiéndose en un miembro de la misma, y es capaz de desempeñar funciones que satisfacen sus expectativas”. Tiempo atrás, la madre se dedicaba a las labores del hogar; en la actualidad tanto el padre como la madre deben salir a trabajar para el sustento del hogar.

### **3.11 Características de Familia Funcional**

Familia funcional: son familias cuyas relaciones e interacciones hacen que su eficacia sea aceptable y armónica. Éstas se caracterizan por los factores siguientes:

1. “Los padres son y se comportan como padres y los hijos son y se comportan como hijos”, algo que, para algunos, resulta extraordinario.
2. La organización jerárquica es clara. “padre y madre comparten la autoridad en forma alternada, sin conflictos y balanceada”.

3. Los límites para el comportamiento son “claros y legítimos. Se cumplen y se defienden”.
4. Las fases del ciclo vital y sus puntos críticos “se atraviesan sin dificultad para identificar y resolver problemas”.
5. Los miembros tienen “capacidad para reconocer y resolver problemas personales por medio de la comunicación abierta”.
6. La comunicación misma, “es clara y directa”.
7. Los miembros de la familia tienen “identidad personal propia, y se aceptan unos a otros tal cual son, pero, lo hacen sin imponer comportamientos desatinados en los demás”.
8. Cada cual puede expresar lo que siente sin que se creen conflictos entre los miembros del grupo, pero lo hacen “sin esperar que se acaten normas conflictivas con los valores establecidos y con las reglas señaladas”.
9. Se admiten las diferencias o discrepancias de opiniones cuando éstas surjan.
10. La conducta de cada miembro es “consonante con su autoridad sus deberes y su persona misma”
11. Cada miembro “invierte en el bienestar de otros. Todos trabajan y todos contribuyen al bienestar común”.
12. El control de la conducta es flexible.

### **3.12 Desempeño Académico**

Las políticas educativas confeccionan el currículo académico en función de que conocimientos y aptitudes se consideran necesarios para una correcta inserción del individuo en un sistema cultural particular. De esta forma “el currículo académico delimitaría los aprendizajes necesarios para el desenvolvimiento social en una comunidad”. Además, la adquisición de dichos conocimientos se hallaría vinculada a la capacidad productiva del individuo dentro del sistema social. De esta manera, “el óptimo desempeño académico de los sujetos, puede ser considerado como un indicador del potencial productivo del individuo dentro de una cultura” (Stelzer y Cervigni, 2011).

El desempeño académico puede ser comprendido como “la capacidad del individuo de responder a las exigencias de dicho currículo. El mismo estaría influenciado por variables las cuales pueden ser agrupadas en: variables relativas al alumno (temperamento, recursos cognitivos, conocimiento previo, estrategias de aprendizaje)”; además “variables asociadas al docente (personalidad, estrategias pedagógicas y didácticas)”, (Radasell, Gaelasher, White, 2010; Lassen, Steele y Sailor, 2006).

En tercer lugar “variables relativas al entorno familiar en el cual el niño se desarrolla (máximo nivel de instrucción alcanzado por los progenitores; y finalmente referidos al ambiente escolar (infraestructura, recursos materiales)” (Blondal y Adalbjarnardo, 2009; Algozzine y Algozzine, 2009). En consecuencia, el estudio del rendimiento y desempeño académico, constituye en la actualidad, uno de los temas fundamentales en la psicología educativa y a la hora de delimitar qué factores inciden en el éxito o fracaso escolar, “no es extraño encontrarse con dificultades ya que dichos factores o variables constituye una red fuertemente entretejida, por lo que resulta difícil delimitarlos para atribuir efectos discernibles a cada uno de estos” (González Pineda, 2003).

Estos condicionantes del rendimiento escolar y desempeño académico, están constituidos por un conjunto de factores acotados como variables, que se agrupan en niveles: “las variables de tipo personal y las variables contextuales e instruccionales”. Las variables personales son “aquellas que caracterizan al sujeto como aprendiz: inteligencia, aptitudes, estilos de aprendizaje, conocimientos previos, género, edad y variables motivacionales (autoconcepto, metas de aprendizaje, atribuciones causales)”. Variables socio ambientales: se refieren al “estatus social, familiar y económico que se dan en un medio lingüístico, cultural específico en el que se desarrolla el individuo”. Las variables institucionales se refieren a la escuela como institución educativa. Las variables instruccionales incluyen los “contenidos

académicos, los métodos de enseñanza, las prácticas y tareas escolares, así como las expectativas del docente y educandos”.

VARIABLES PERSONALES: un gran porcentaje de las investigaciones realizadas sobre “la predicción del desempeño académico o rendimiento, son de tipo correlacional”, (Patrikakou, 1996). Estas “variables de tipo personal (alumnos) que con frecuencia aparecen como predictores del aprendizaje del rendimiento y desempeño académico se agrupan en varias dimensiones: cognitivas y motivacional”.

VARIABLES DE ÁMBITO COGNITIVO: “las variables que constituyen las dimensiones son las que con mayor frecuencia son utilizadas como predictores del rendimiento y desempeño académico ya que las tareas y actividades escolares, exigen la puesta en juego de los procesos cognitivos”. Mediante estudios se constata la existencia de una relación significativa y positiva entre las aptitudes de los sujetos y su logro académico. El “nivel de esta relación oscila dependiendo de si la medida de aptitud es general o específica, igual que la del rendimiento y parece depender de la edad de los sujetos”.

La eficiencia en el aprendizaje, no está relacionada solamente con la capacidad cognitiva y aptitudinal, sino que “depende de cómo el sujeto utiliza este potencial a través de los estilos de aprendizaje; estos se describen como los modos diferentes en que los sujetos perciben, estructuran, memorizan, aprenden y resuelven las tareas y problemas académicos”. Por lo tanto, para aprender es necesario poder hacerlo y saber cómo hacerlo, para lo cual necesita disponer de las capacidades, conocimientos, estrategias y destrezas necesarias (variables cognitivas) pero además es necesario querer hacerlo, es decir, tener la disposición, intención y motivación suficientes (variables motivacionales) para hacerlo.

Variables del ámbito motivacional-afectivo: “la motivación constituye la condición previa para estudiar y aprender”. La psicología cognitiva ha enfatizado que “el centro de atención sobre el aprendizaje había que dirigirlo de manera prioritaria a la vertiente cognitiva del mismo”; para aprender a mejorar el rendimiento y el desempeño es fundamental “saber cómo hacerlo, poder hacerlo, lo cual precisa el disponer de las capacidades, conocimiento, estrategias y destrezas necesarias (variables cognitivas)”; pero además es necesario “querer hacerlo, tener la disposición, intención y motivación suficientes (variables motivacionales) que permitan poner en marcha los mecanismos cognitivos en la dirección de los objetivos que se pretenden alcanzar” (García y Printrich, 1994).

Variables contextuales: dentro de las variables contextuales que influyen en el desempeño y rendimiento académico destacan “los denominados socios ambientales y en éstas la que mayor influencia ejerce es la familia”. Cada alumno, además de su herencia genética, ha iniciado un “proceso de socialización en el seno familiar ayuda a construir la primera base de su personalidad sujeta a influencias y cambios posteriores”. Al analizar cómo actúa la familia en relación al rendimiento académico, se enfocan distintas variables con diferente incidencia según su naturaleza, entre estas variables se encuentran: la estructura o configuración familiar, o sea, “el número de miembros que la componen y el lugar que ocupan los hijos en la misma; el origen o clase social de procedencia, conformada por la profesión, estatus social de los padres, así como por los ingresos económicos, ambiente y medio social-cultural con que cuentan los hijos y características de la población de residencia”.

El clima educativo familiar, en el que se incluye “tanto la aptitud de los padres hacia los estudios de sus hijos, como el clima afectivo familiar en el que se desarrolla el hijo junto con las experiencias depositadas en él”. La variable familiar que tiene mayor peso en relación al desempeño y rendimiento académico es el clima familiar educativo. Existe el “convencimiento de que tales prácticas tienen importancia en la formación de determinadas aptitudes,

autoconcepto, y atribuciones causales, por tanto, la relación entre las implicaciones de los padres en el aprendizaje y rendimiento académico, más que directa es indirecta”, (West, 1998; Garac Baceto, 1998). La “implicancia de los padres en la educación de los hijos se clasifica en dos grupos”: en primer lugar, están los trabajos cuyo objetivo es “explicar cómo distintas conductas de los padres influye en la motivación, autoconcepto, concentración, esfuerzo, actitud de sus hijos, incide de manera significativa sobre el aprendizaje y el desempeño académico a posteriori, se diferencian varios bloques de variable familiar como: características estructurales y características psicológicas de ambiente familiar; variables demográficas y variables psicológicas, características socioeconómicas culturales y clima educacional familiar”, (González Prenda, 2002; Castejón y Pérez, 1998).

Por lo tanto, las variables que establecen las conductas de implicación de los padres en la educación de sus hijos “tienen un mayor poder exploratorio que las variables que definen las características de la familia en sí misma (características estructurales, nivel social, y culturales); en todo caso las variables de tipo estructural que influyen en el tipo de implicación de los padres, en la educación de sus hijos y ésta sobre el alumno, su aprendizaje, desempeño y rendimiento” (González Prenda, 2002). En segundo lugar, están “los estudios que investigan como los padres se implican favoreciendo o dificultando el proceso de aprendizaje mediante su influencia sobre la conducta de autorregulación. Además, se define la implicación de la familia en el proceso de autorregulación mediante varios tipos de conductas”.

## **TABLA II. CONDICIONES DE DESEMPEÑO Y RENDIMIENTO ACADÉMICO**

<b>VARIABLES PERSONALES</b>	
<b>VARIABLES COGNITIVAS</b>	Inteligencia, aptitudes, estrategia de aprendizaje, conocimientos previos
<b>VARIABLES MOTIVACIONALES</b>	Autoconcepto, metas de aprendizaje, atribuciones causales
<b>VARIABLES CONTEXTUALES</b>	
<b>VARIABLES SOCIOAMBIENTALES</b>	Familia (estructura, clase social, clima educativo), grupo de iguales
<b>VARIABLES INSTITUCIONALES</b>	Centro escolar, organización escolar, dirección, formación de profesores, clima escolar
<b>VARIABLES INSTRUCCIONALES</b>	Contenidos, métodos de enseñanza, tareas y actividades, nuevas tecnologías, expectativas

**Fuente: Villaroel V (2001)**

Se ha descrito el autoconcepto como “un elemento primordial en la integración de la personalidad y al mismo tiempo han subrayado su influencia en la interpretación de la realidad” (González, 1999).

### **3.13 El Desarrollo Emocional en Niños de 6-12 años (Segunda Infancia)**

Durante los primeros años de la infancia el primer contexto en el que la mayoría de los sujetos crecen y se desarrolla es la familia. Los lazos afectivos pueden ayudarles a “desarrollar herramientas de inteligencia emocional y confianza en sí mismos. A medida que se avanza en el desarrollo los individuos. A medida que se avanza en el desarrollo, los individuos van accediendo y participando en nuevos contextos y aprenden nuevas fuentes de influencia en el desarrollo de la personalidad”. La escuela, la familia, las instituciones sociales de mayor repercusión en la vida del sujeto, se convierten en los dos contextos más influyentes de cara a la configuración de la personalidad infantil; los padres, docentes y el grupo de pares o iguales juegan un papel en el proceso de socialización en esos años.

### **3.14 Concepto de Emoción**

El estado emocional de un individuo determina la forma en que percibe el mundo. “Una emoción se produce cuando información sensorial, llega a los centros emocionales del cerebro”, y como consecuencia se producen unas respuestas inconscientes e inmediatas, del sistema nervioso autónomo y hormonal. Después “la neocorteza interpreta la información: una emoción es un estado complejo del organismo caracterizado por una excitación o perturbación que predispone a una respuesta organizada de tal manera que la emoción se genera como respuesta a un acontecimiento externo o un suceso interno” (Bisquerra, 2003).

Por tanto, las emociones son una “compleja combinación de procesos corporales, perceptuales y motivacionales que producen en las personas un estado psicológico global, que puede ser positivo o negativo, de poca o mucha intensidad y de corta o larga duración, y que genera una expresión gestual que puede ser identificada por las demás personas” (Zaccagnini, 2004). El fenómeno de las emociones en consecuencia contempla:

Las características de los estados emocionales globales, que se agrupan alrededor de 3 dimensiones básicas: cualidad, intensidad y duración. “Dimensiones que se corresponden con los términos siguientes, afecto, sentimientos, pasión, estado de ánimo, reacción emocional, amor y odio”. La cualidad emocional caracteriza “la emoción como agradable o desagradable, positiva o negativa, mientras que la intensidad emocional representa el grado de activación (cognitiva, fisiológica y motora), que acarrea la reacción emocional”, el grado de expresión de esta respuesta, así como la fuerza con que se experimenta subjetivamente; respecto a la duración de las emociones, hay que mencionar que los estados emocionales pueden ser respuestas puntuales a situación o predisposición que perduran en el tiempo.

La combinación de los tres componentes fundamentales de la emoción, “el componente corporal (fisiológico), el componente perceptual (cognitivo) y el componente motivacional (conductual)”.

La expresión de las emociones: “las personas presentan patrones específicos de expresión facial y postural cuando se está sometido a determinado tipo de emociones relacionadas con la interacción social y la supervivencia biológica”, (Zaccagnini, 2004).

### **3.15 Componentes de la Emoción**

El componente fisiológico de las emociones, son los “cambios que se desarrollan en el Sistema Nervioso Central y que se relacionan con la presencia de determinados estados emocionales. Son los subsistemas fisiológicos los que están relacionados con las emociones: Sistema Nervioso Central y Sistema Nervioso Autónomo” (Davidoff, 1980).

Durante los procesos emocionales se consideran “activos los siguientes centros del SNC: corteza cerebral, hipotálamo. Amígdala cerebral y médula espinal. Se distinguen tres componentes en una emoción: el neurofisiológico, conductual y cognitivo” (Bisquerra, 2003).

### **3.16 Desarrollo Emocional**

Las sensaciones aportan información sobre el grado de favorabilidad de un estímulo o situación, pero además “producen emociones positivas o negativas, en grados variables y de diversa intensidad que se dan en un determinado contexto relacional, el sujeto va construyendo el significado de sus experiencias emocionales a partir de sus interacciones con las personas que las cuidan; el niño aprende de manera constante del entorno en el que vive y se desarrolla”.

El ingreso en la escuela, amplía el entorno social del sujeto, aun así, la influencia familiar sigue siendo para la mayoría el factor básico en la determinación de su futura madurez personal. El “ambiente familiar le ofrece seguridad y confianza, el entorno escolar les descubre a otros sujetos y le desafía en la conquista de habilidades que le satisfacen” (Bisquerra, 2003; Chóliz, 2005).

### 3.17 Dimensiones de las Emociones

La emoción se ha estudiado en psicología desde los inicios de la disciplina como ciencia; existe acuerdo en que una emoción se refiere a un cambio en la experiencia subjetiva, en respuesta autonómica, como cambios en la percepción, pensamiento o juicio del mundo circundante. El “sustantivo emoción, se utiliza de forma variable para referirse a expresiones subjetivas, movimientos, respuestas fisiológicas y cognición que están relacionados con multiplicidad de referentes” (Le Doux y Hoffman, 2018).

Las emociones evolucionaron como herramientas para hacer frente a los desafíos de la vida y que además de manifestarse en tres o más sistemas: cambios comportamentales, alteraciones de las respuestas fisiológicas y en la experiencia subjetiva; “dentro de las funciones estudiadas tenemos la adaptativa motivacional, y social. La emoción permite a la sensación subjetiva que configura una característica esencial de la experiencia humana”, (Purves, Agustines 2001), y cubren una gama de estados que tienen en común, una asociación de las respuestas fisiológicas, conducta expresiva y diversos sentimientos subjetivos. Los “sentimientos y las emociones tienen un papel en el desarrollo de los aprendizajes” (Day y Leitch, 2001).

Por consiguiente, las emociones son un “sistema de procesamiento de información prioritaria para la supervivencia y la adaptación al medio, y se convierten, por tanto, en el proceso que coordina los recursos psicológicos necesarios para dar una respuesta puntual ante una situación concreta”. Por tanto, se reconoce la función de integración; se ha hecho referencia a la importancia de la emoción como disparador de otros procesos psicológicos. En ocasiones inicia la dinámica de coordinación de la: atención, memoria, motivación, articulando el procesamiento de la información.

Así “cada modalidad de percepción proporciona una información de activación de diferentes sistemas neuroanatómicos parcialmente superpuestas y con diferentes niveles de procesamiento”. Las emociones son respuestas adaptativas evolutivamente que sirven para “organizar de manera cognitiva experiencial, conductual, por lo que comprender las interacciones de las emociones requiere caracterizar la casualidad en sus temas complejos”, (Pessoa, 2018). “Las emociones no son ilusiones, sino que implican percepciones complejas” (Banet, 2013), así la organización fundamental de las emociones es compleja, incluyen al “sistema motivacional, y su descarga primaria es en terminar su valencia afectiva (apetitivo-aversivo) y excitación (intensidad de la activación)” (Lang y Bradley, 2010); evaluar emociones, constituye uno de los mayores retos a que se enfrenta la ciencia afectiva. La perspectiva dimensional, argumenta que los estados emocionales son organizados por factores subyacentes como: “valencia, activación y estado emocional, mientras que la perspectiva discreta sugiere que cada emoción (ira, miedo, felicidad), tienen un único correlato conductual, fisiológico y experiencial”.

En un marco de construcción psicológica, las emociones se corresponden a una gama de eventos mentales que varían en fisiología, comportamiento, cognición y experiencia. “La experiencia emocional subjetiva, el sentimiento es la esencia de la emoción y las manifestaciones objetivas del comportamiento, son indicadores indirectos de estas experiencias internas. Las formas más directas para evaluar las emociones conscientes son mediante el auto informe verbal” (Le Doux y Hoffman, 2018); pero “no todos los sujetos son capaces de informar sobre sus estados emocionales” (Mauss y Robinson, 2009).

### **3.18 Segunda Infancia (de 6-12 años)**

La infancia es la primera etapa de la vida y “abarca desde el nacimiento a la adolescencia; esta podría subdividirse en tres partes: lactancia, primera infancia y segunda

infancia”. La segunda infancia o niñez media “es la etapa enmarcada entre los 6 y los 10-12 años de edad, comprendiendo los años escolares; en esta etapa la mejoría del funcionamiento neurológico permite al niño tener una motricidad fina y gruesa, mayores capacidades de concentración y memoria, y mejoría de las capacidades cognitivas” (Papalia, Olds y Teldman, 2012).

En lo respectivo al desarrollo psicomotriz, en esta etapa “la influencia del contexto que es la principal fuente de variabilidad entre sujetos” (Gil, 2006), se adquiere la habilidad de saltar, hacer lanzamientos con el equilibrio apropiado y se incrementa la fuerza. En cuanto al desarrollo cognitivo el niño pasa de una comprensión rudimentaria del mundo a ser capaz de razonar de forma lógica.

“Los niños pueden distinguir entre fantasía y realidad son más eficaces la codificación, generalización y construcción de estrategias”, sobre los 5-6 años, entienden la causalidad, seriación, inferencia, razonamiento inductivo y conservación. En cuanto al “desarrollo del lenguaje, los niños de 5 años ya llegan a producir un lenguaje similar a los adultos, aunque le falta flexibilidad y amplitud léxica de los adultos” (Papalia, Olds y Feldman, 2012; Descals y Ávila, 2006).

En la etapa escolar se desarrollan “los aspectos pragmáticos y semánticos; respecto al desarrollo emocional, a medida que los niños crecen, toman conciencia de sus sentimientos y los de otras personas”. Pueden controlar o regular sus emociones y responden al malestar emocional de otros. Los “sujetos tienden a volverse más empáticos y a inclinarse hacia la conducta pro social; los niños pro sociales, suelen desenvolverse de manera apropiada en situaciones sociales, además de estar relativamente libres de emociones negativas y afrontan los problemas de un modo constructivo” (Saarni, Mumme y Campo, 1998).

Los padres que reconocen la conducta de aplicación de sus hijos y los ayudan a enfocarse a resolver la raíz del problema, estimulan la empatía, el desarrollo psicosocial y las habilidades sociales. “Entre los 5 y 6 años se conocen emociones como el orgullo y la vergüenza, pero no en sí mismos; entre 7 y 8 años, tienen conciencia de su orgullo, y de los 9 a los 11 años, aumenta la comprensión y regulación de las emociones, y entienden mejor la diferencia entre la culpa y la vergüenza” (Eisemberg, Fabes y Murphy, 1996; Papalia, Olds y Feldman, 2012).

En lo relacionado al “desarrollo del autoconcepto, y la identidad se va haciendo más compleja a medida que el niño desarrolla sus capacidades intelectuales, emociones y sociales” (Alfonso, 2006). En cuanto al desarrollo psicoafectivo, el niño en edad escolar, ya ha podido establecer vínculos afectivos (relación de apego), con sus figuras significativas y cuidadores. La “calidad de este vínculo de apego que tiende a mantenerse, podría ir modificándose a partir de la calidad de las interacciones futuras” (Contero, 2006).

“Entre los 5 y los 6 años ya puede establecerse patrones de intimidación y victimización, entre los 7 y 8 años, suele ser común el juego rudo, como una forma de obtener poder, y de los 9 a los 11 años, comparten la regulación de la conducta y los conflictos con los hermanos, ayuda al desarrollo de habilidades para la solución de conflictos” (Papalia, Olds y Feldman, 2012).

### **3.19 La Familia y la Persona con Discapacidad.**

Para dar cuenta del trabajo realizado con familias y niños con discapacidad, entre los que se incluye el quehacer psicológico, hemos seleccionado tres perspectivas teóricas que abordan el tema:

La eco sistémica y la psicoanalítica, de las que se desprenden respectivas modalidades de intervención, y la psicología popular de Bruner. En todas, se busca enlazar el diagnóstico médico del niño con el impacto que causa en la familia. Las presentamos como “referencias importantes dentro del área, ya que permiten a los psicólogos acercarse a la realidad de las personas con discapacidad y sus familias” (Badia, 2005).

Por esto debemos permanecer atentos y continuar escuchando a las personas con discapacidad y sus familias, para seguir profundizando sobre el sentido de la discapacidad.

El impacto emocional causado por la discapacidad en las madres/padres y hermanos ocasiona una intervención tardía de profesionales especialistas y/o el retraso en la inclusión en un ambiente educativo. La “negación de la condición del hijo los lleva a postergar tanto el momento de solicitar ayuda especializada y como a aceptar los cambios que implican la nueva realidad. Esta situación a menudo conduce a las madres/padres y hermanos a una peregrinación por varios médicos en la búsqueda de la curación del hijo” (Pérez, 2001).

Paniagua (2002), señala que “el trabajo con familias de personas con discapacidad es practicado por la mayoría de los profesionales desde posturas que se desprenden de marcos de referencia asignados socialmente” y que tienen que ver con la ideología, distribución de poder y grado de participación de los grupos que requieren asistencia.

### **3.20 Paternidad y Maternidad de un niño con Discapacidad**

Para Hansen (2003), los estudios sobre paternidad/maternidad se han enfocado principalmente en el “papel de los padres/madres y hermanos sobre el desarrollo del niño, pero

en pocos se ha destacado la naturaleza de las relaciones entre padres/madres e hijos, así como el efecto sobre las madres/padres y hermanos”.

Desde la perspectiva eco sistémica “se ofrece una visión amplia sobre el proceso de convertirse en padres/madres, pues se reconoce que el rol de las/ madres/padres y hermanos representa un compromiso de por vida y que la relación entre progenitores e hijos (...) recibe la influencia de la historia de desarrollo de esa relación” (Hansen, 2003: 266) Se considera también, “las características propias de cada fase de la maternidad/paternidad, así como la importancia del contexto y la cultura” (Núñez y Rodríguez, 2005).

Lo que significa ser madres/padres para esta postura teórica es descrito por Palacios y Rodrigo (2001), como “un proyecto educativo vital, que comienza con la transición a la maternidad/paternidad y continúa con la crianza y apoyo a los hijos durante las etapas del desarrollo”. Implica además adentrarse en una intensa implicación personal y familiar por los cuidados que requiere el hijo, y, por último, significa también, “llenar de contenido el proyecto educativo, a través del cumplimiento de las funciones de la familia, a cargo principalmente de los padres/madres y hermanos”, (Sarto, 2004).

Entre las adaptaciones que esta nueva fase del ciclo vital trae consigo se encuentran, para la madre, “el tiempo invertido en la crianza del hijo, que compite con el trabajo fuera y dentro del hogar, y posiblemente se desequilibre la armonía que se había conseguido en los primeros años de matrimonio” (Ortiz, 2007). Debido a que la necesidad económica parece volverse más preocupante, posiblemente el padre asuma un papel en el núcleo familiar que se reduce al mero aporte económico. Para la pareja, “la situación de agotamiento físico que experimentan, repercute en el tiempo que comparten y en el diálogo, que además comienza a

estar lleno de discrepancias sobre la educación y responsabilidades para con los hijos” (Sequí, Ortiz y De Diego, 2008).

Según Hansen (2003), “la maternidad/ paternidad es definida como una transición familiar normativa, pues existe un proceso de socialización anticipada que lo convierte en un rol esperado para la mayoría de los adultos y en una experiencia positiva”. Asumirlos provoca un “cambio de rol que influye en la definición de sí mismo, las relaciones con los demás y el estilo de vida” (Cabezas, 2001).

### **3.21 Vinculación Padre/madre-hijo con Discapacidad y Caracterización del Niño Sordo**

Schorn (2002), indica que “ningún padre/madre está preparado para recibir un hijo con una marca orgánica. Antes de encontrarse con el hijo, se encuentran con un cuerpo diferente al esperado”, y esto implica “un riesgo relacional, porque afecta más a la madre/padre y a la pareja parental que al propio hijo” (Guevara y González, 2012). Se establecen entonces con los hijos vínculos distorsionados. El vínculo es definido por Schorn (2003: 148), como “la unión entre dos o más personas con un fin común”. Según la autora, “esos vínculos pueden ser discriminados, cuando favorecen las diferencias en el pensar y las aceptan; o indiscriminados, cuando la confusión de ideas se impone y no existe comprensión del punto de vista del otro” (Chóliz, 2005).

### **3.22 Discapacidad y Hermandad**

Para el niño con discapacidad es también “un sufrimiento sentir que significa un peso sobre su hermano, es un sentimiento contra el cual no se puede hacer nada, pues la hermandad está conformada por el sujeto con discapacidad y sus hermanos”. Los “testimonios de los

hermanos evocan en casi toda la idea de, debo ayudar a mi hermano, debería ayudarlo, pues siempre tendrá necesidad de mí. Por tanto, los hermanos son la interfaz entre la familia y la sociedad” (Núñez, 2015).

### **3.23 El Vínculo Fraterno**

Se utiliza la denominación de “vínculo fraterno para referirse a las modalidades de la relación entre hermanos”. Mientras que, con el nacimiento del primer hijo, se establece el vínculo paterno filiar con su conflicto intergeneracional, cuando nace el segundo hijo surge el vínculo fraterno, con su conflicto intergeneracional. Esta “mutua relación entre hermanos, tiene su especificidad y es muy distinta de la que se mantiene entre padres e hijos; el nacimiento de un hermano involucra a todos los miembros de la familia, ya que con su presencia se va a producir una perturbación en el equilibrio establecido hasta el momento en la estructura familiar” (Powell y Ogle, 1991).

Se activa entonces una problemática compleja ligada a la exclusión, al desplazamiento, la rivalidad, los celos, la competencia, al amor, la intimidad, la solidaridad y la lealtad. Este “vínculo fraterno es uno de los lazos más ricos y duraderos que puede tener una persona, y se extiende desde la infancia y se puede prolongar toda la vida; en consecuencia, la relación entre hermanos es una verdadera experiencia que deja fuertes huellas en todo ser humano. Los hermanos sirven de modelo de identificación, diferente al de los padres por el hecho de pertenecer a una misma generación”. Por otro lado, “la relación entre hermanos es una fuente importante de interacción social desde los primeros años de vida, preparatoria para la interacción social fuera del núcleo familiar” (Núñez y Rodríguez, 2005).

Esta relación posibilita experiencias sociales de: lucha, agresividad, control de impulsos, tolerancia a la frustración, comportamiento, hacer compromisos, apoyarse mutuamente, hacer alianzas, colaborar, transmitirse información, retarse, aconsejarse. El “hecho de que los hermanos sean parte de una misma generación determina que compartan los mismos intereses, experiencias y cultura. En definitiva, el complejo fraterno tiene su propia especificidad” (Kancyper, 1997); el “complejo fraterno además debe ser pensado no solamente desde los aspectos disolutivos-hostilidad, envidia, rechazo sino también desde lo fundante de todo lazo social, lealtad, simpatía y armonía, confianza, solidaridad, honradez, ternura franqueza. De esta manera y en función de cómo cada sujeto haya procesado su propia selección fraterna transmitirá a sus hijos este legado” (Núñez, 1998).

### **3.23 Vinculación Hermanos/Hermanas con Discapacidad**

Si bien existen familias bien estructuradas, “la aparición de discapacidad puede que sea un elemento de modificación de esa estructura positiva o en cambio puede unirla mucho más y afianzar unos lazos más fuertes”; existen familias que en estos momentos viven emociones más intensas y se dan cuenta de esto, es lo que tienen que afrontar juntos, y quieren aprovechar esa nueva situación en positivo. “Alrededor de la persona con discapacidad existe un entorno familiar y de amigos que sin duda conviven a su modo esta realidad” (Lobato, 1992).

Son piezas clave, igualmente en el “desarrollo de las complicaciones que pueden surgir porque es en esos momentos de incertidumbre, frustración e impotencia, cuando un apoyo, unas palabras de aliento, y el esfuerzo compartido se agradece para siempre”. Los hermanos son quizás los que viven más intensamente, después de los padres, el día a día de su familiar con discapacidad. Existen padres que tienen otro niño para que ayude al hermano o para sentirse padres de un niño normal. En otros casos se vuelcan en el hijo con discapacidad, ya que sin

situación continuada es muy exigente, y el resto de los hijos recibe una supervisión menor”, (Dykens, 2006).

En ciertas familias los hermanos aceptan, la vivencia de la discapacidad; no obstante, “hay niños que muestran rechazo hacia sus hermanos; otros van a la misma escuela y lo pasan mal, al comprobar que sus compañeros, les miran, comentan casos o que no sabe hablar, porque interpretan la conducta de su hermano de una manera distinta, desfavorable”. Esta situación “se convierte en frustración: desean poder salir a pasear con su hermano o ir a comer a un restaurante de forma convencional, en cambio tienen que soportar escenas complicadas que no son de su agrado, debido a su discapacidad” (Fantova, 2000).

En ocasiones, “quien tiene un hermano con discapacidad, puede convertirse en un miembro de segunda en una familia, pues el hermano es el centro de atención y él es el segundo, tercero o cuarto, según la cobertura de necesidades de su familia”. Los niños suelen hablar de su hermano con discapacidad, como de una tercera persona, ajena a su familia. Por otro lado, “pueden vivirse también como una experiencia positiva que le ayuda a madurar y a hacerse más fuerte frente a determinadas situaciones. Tiene que superar esa nueva situación de estar o no estar, que supone reconocer esa nueva situación afrontándola incluso a través de los celos y reconocer la frustración para que con ese proceso duro puede madurar” (Fresnillo, 2014).

En consecuencia, la presencia en la familia de un niño con discapacidad se convierte en un factor potencial que puede “perturbar la dinámica familiar; una vez diagnosticado el trastorno los padres han de pasar por un cambio de aptitud, que implica un largo proceso educativo con un elevado grado de estrés que requiere asesoramiento profesional” (Cabezas, 2001).

Los hermanos de los niños con discapacidad también sufren una serie de emociones y cambios de vida, pues recae sobre los hermanos la discapacidad lo que hace que su postura en el desarrollo social se vea afectada: estos también tienen que sacrificarse lo que puede provocar problemas conductuales. Las “conductas negativas que puedan aparecer en los hermanos son: llamada de atención, miedo a ser ellos discapacitados, sentimientos de culpa, pena, negligencia y excesiva preocupación por el futuro” (Núñez y Rodríguez, 2005; Sarto, 2004). El “apoyo a las familias con un miembro con discapacidad se ha convertido en una necesidad prioritaria en la sociedad” (Ortiz, 2007).

Existen factores demográficos, sociales, políticos y económicos que justifican esta prioridad, entre estas:

1. El incremento en la necesidad de atención de personas dependientes.
2. Disminución de “la capacidad de atención familiar (crisis del grupo). Un aspecto conocido en estas familias se relaciona con el hecho de que suelen desarrollar altos niveles de estrés, por lo que se ha tratado de determinar cuáles son las variables asociadas con niveles diferenciales de estrés”, como son: el “tipo de la discapacidad, grado de dependencia o independencia funcional, demandas de cuidado, estatus socioeconómico familiar, el apoyo social, recursos familiares y habilidades de resolución de problemas” (Badia, 2005).

En consecuencia, los padres de los niños con discapacidad “experimentan de manera frecuente: fatiga, depresión, baja autoestima o insatisfacción (acción interpersonal)” (Seguí Ortiz De Diego, 2008). Las “barreras sociales, son otro impedimento al que se enfrentan los padres; el rechazo es parte de amigos, maestros, directores de centros educativos, que por el temor que les genera su desconocimiento sobre lo que tienen que

hacer, aumentan la inseguridad que viven los padres” (Álvarez, Castro, Campo y Álvarez, 2005).

Cabe destacar el impacto de los hermanos con “la llegada de un hermano con discapacidad; algunos elementos a los que tienen que enfrentar abarcan desde las formas de afrontar la realidad, las dudas sobre el papel que tienen que desempeñar hasta la percepción que tienen de sí mismos” (Aguilera, 2013). Los hermanos de un niño con discapacidad afrontan “sentimientos como: exclusión, soledad, enfado, amor-odio hacia su hermano con discapacidad, celos por la atención que el padre y la madre proporcionan a su hermano con necesidades específicas o envidia” (Aguilera, 2013).

Es importante destacar, que los hermanos del sujeto con discapacidad, tienen “necesidades personales que, satisfaciéndose de manera favorable, pueden adquirir nuevas capacidades como: madurez, responsabilidades, tolerancia e independencia” (Hodapp, 2006).

### **3.24 Vínculo Fraternal y Hermanos con Discapacidad**

No se puede hablar de los hermanos del niño con discapacidad como un grupo homogéneo, pues cada hermano es único y particular.

Problemática del niño: “problemas de consulta, dificultades de avance en el tratamiento específico de la escolaridad”.

Problemática de los hermanos: “síntomatología psicosomática, exceso de involucramiento con el discapacitado, sobre adaptación, problema escolar, conducta agresiva”.

Dificultades de los padres: “inseguridad, orientación, dudas y falta de confianza en el ejercicio de su rol paterno frente a este hijo ante esta paternidad, dificultad en la toma de decisiones en algún momento del ciclo vital, falta de colaboración familiar en los tratamientos específicos, abandono y depósito del niño en una institución especializada, falta de atención o gran sobre exigencia sobre el niño” (Núñez, 2003).

La discapacidad del niño es una crisis accidental que produce un impacto psicológico a nivel de los diferentes vínculos familiares “¿Qué es lo que hace que una crisis desemboque en crecimiento para la familia o por el contrario, en trastornos psíquicos?, un sin número de factores actuando en complejas interacciones intervienen en esto: la historia de cada miembro de la pareja y la familia nuclear; las situaciones de duelo que se han atravesado previamente y como las han elaborado”; los sistemas de creencias de familias, los conflictos previos de esta familia, la capacidad para enfrentar “situaciones de cambio, lugar asignado al hijo en la estructura familiar, nivel de expectativa puesto en este, capacidad de comunicación a nivel del grupo familiar, nivel social, cultural y económico de la familia, existencia o no de redes de sostén” (Kancyper, 1997).

### **3.25 Situaciones de Conflicto con Vínculos Fraternos**

En este caso siente que el hermano discapacitado está frente a él resentido y reprochando e incluso con ideas de venganza. “La culpa también surge ante situaciones de logros propios, mientras que el hermano queda rezagado; estos sentimientos de culpa y la necesidad de castigo explican conductas reiteradas de fracaso con las que llegan a la consulta dificultades para la

obtención de logros y éxitos o para disfrutar de ellos”. El hermano con discapacidad ha sentido también como el hijo preferido frente a los padres que le dedican atenciones y cuidados especiales y le ofrecen más posesiones materiales. En este caso “el hermano suele sentirse no querido por los padres; el hermano sin discapacidad es ahora el hijo desposeído frente a su hermano usurpador” (Ponce y Ribas, 2007).

En consecuencia, aquí surgen “fuertes sentimientos de ira, rivalidad, celos, envidia, ante las mayores atenciones, privilegios, cuidados y provisiones materiales para el hermano”. Presencia de “intensos sentimientos de frustraciones, aislamiento y soledad, como consecuencia de las limitaciones que se encuentran en la relación con este hermano con quien muchas veces no puede compartir aventuras, alianzas, pensamiento, preocupaciones, sueños, proyectos y deseos. Esos sentimientos se acentúan cuando no hay otros hermanos”, (Núñez, 2007).

Predominio de un exceso de responsabilidad ante el discapacitado, asumiendo funciones paternas. Pueden darse situaciones extremas en las cuales el hermano quede “indiscriminado fusionado con el discapacitado pudiendo hacer una renuncia de su propia vida. El hermano queda expuesto a cargar con el peso de sostener los padres, en especial padres sentidos vulnerables y heridos en su narcisismo; se siente impulsado a cumplir con una misión heroica de compensarlos de la herida y el dolor, mediante logros y satisfacciones permanentes. Busca de manera compulsiva, el ser maduro, competente y brillante” (Scelles, 2006).

### **3.26 Vínculo Dominado por la Vergüenza y la Mirada de Otros**

Así como el “rechazo al medio hacia su hermano, hacia sí mismo o hacia la familia; los sentimientos de culpa se suelen acompañar de culpa”. Vínculo con intensa preocupación en torno al futuro. Es más común encontrarse en los hermanos mayores a partir de la adolescencia. Los “padres suelen planificar para el futuro el cuidado del discapacitado por el hermano, con

un elevado nivel de expectativas y alivio propio, suele haber poco espacio a nivel familiar para ser expresado” (Kancyper, 1997).

### **3.27 Discapacidad en Fratrindia**

El vínculo fraterno tiene su especificidad: es distinto al vínculo padre-hijo. Por esto la “aparición de un hermano, modifica el equilibrio familiar e introduce en esta la paridad”. Así de esta manera. Los hermanos sirven de modelo de identificación, diferente a los padres, por pertenecer a una misma generación. Es en definitiva una “relación que los prepara desde el seno del hogar, para las relaciones sociales fuera de la familia. Posibilita además la experiencia social de: lucha, control de impulsos, tolerancia a la frustración, compartir, apoyo mutuo, confianza y solidaridad” (Núñez, 2004).

### **3.28 Vivencia Positiva de la Discapacidad entre Hermanos**

En los aspectos vivenciales positivos, en el caso de las personas que apoyen a hermanos que no se adaptan bien, “pueden utilizarlos como horizontes de sentido como opción de cambio. Los hermanos resilientes pueden servir como modelo en la medida en que han podido darse la vuelta a la situación y convertir en puntos fuertes de su carácter, circunstancias que, en principio, no parecen propicias” (Scelles, 2003).

En esta categoría no entran aquellos hermanos que subliman el sufrimiento, que están resentidos o que su punto de vista, resulta de un proceso adaptativo y de ajuste más que una integración auténtica. Muchos hermanos expresan, que la “convivencia con un hermano, les ha hecho ser mejores personas y ha supuesto una transformación positiva de sí mismos, así como del entorno familiar, además encuentran en sí mismos, capacidades renovadas para adaptarse a un mundo cambiante”. De la misma manera, describen una vivencia vital plena, aunque no haya

sido fácil; “afirman que tener en hermanos discapacidad les aporta: mayor empatía, amor, sentido de justicia social, defensa de quienes lo necesitan, desarrollo de sentido de protección, lealtad, comprensión y aceptación de la diferencia” (Cuskelly y Gunn, 2016).

Además, “mejora la forma de perspectiva amplificando la capacidad de los hermanos para comprender los sentimientos de los demás” (Stoneman, 2005). Entre los aspectos positivos que puede generar madurez y competencia en los hermanos de niños discapacitados frente a hermanos de niños no discapacitados son: la vivencia del sentimiento de pérdida acompañando a los padres cuando nace el hermano. A su vez el incremento de responsabilidades en el cuidado del hermano, que puede generar un sentimiento mayor de competencia aumentando la autoestima. Así de esta manera, “la convivencia con hermanos con discapacidad aumenta la tolerancia, amplía la conciencia a la diferencia, de la diversidad, así como la naturaleza compasiva” (Dyke, Mulroy y Leonard, 2009).

El tener un hermano discapacitado “promueve que los hermanos con dificultades, actúen de forma proactiva como si se movieran a diario en un paradigma, una coyuntura de entrenamiento en resolución de problemas, lo que les hace expertos en el empleo de estrategias de afrontamiento cognitivas, comportamentales e interpersonales” (Dew, 2008); así se presentan las siguientes fortalezas en los hermanos: “perseverantes, sobre adaptados, solidarios y siempre dispuestos a hacerse cargo de los problemas de los otros” (Núñez y Rodríguez, 2005). Además, “mayor tolerancia a las diferencias, altruismo y compasión, mayor grado de colaboración y reforzamiento de los lazos familiares” (Orjanes y Polaino, 1993).

En cualquier caso, generar un entorno emocional, sano y positivo entre hermanos, puede ayudar a “lograr que la fratría, adquiera un rol reestructurador y sea un recurso para la construcción del futuro de los miembros de la fratría” (Scelles, 2003).

### **3.29 Emociones Negativas: Hermanos con Discapacidad**

El estudio de las emociones negativas más comunes en la convivencia con un hermano con discapacidad “ofrece una pista acerca de los temas, que se pueden activar en las intervenciones con hermanos. Así de esta manera, la compasión, la vergüenza, el resentimiento y los celos, la ansiedad, la sobrecarga hacen su aparición en la vida de padres y hermano, y ambas nos permiten tener una visión completa del fenómeno”.

No es la discapacidad del hermano el constructo que logra explicar por qué algunos “hermanos de los niños con discapacidad son optimistas acerca de la vida, adaptándose en la escuela y en su entorno social, mientras otros desarrollan problemas de conducta; por qué algunos hermanos muestran rivalidad, celos o rabia constante mientras otros hermanos juegan juntos de manera cooperativa durante horas” (Stoneman, 2005).

## **CAPÍTULO IV**

#### **4.1 Marco Metodológico**

En el presente capítulo, se muestra de manera objetiva los pasos que se ejecutaron para obtener los datos necesarios para el desarrollo de la investigación en descubrir la realidad de la temática estudiada, así como los instrumentos que se utilizaron, su forma de aplicación y análisis. Logrando con esto llegar a los resultados de la investigación.

#### **4.2 Propósito del Estudio**

El objetivo de estudio es determinar las variables que afectan psicoemocional y socialmente el desempeño académico de niños con hermanos con discapacidad auditiva y visual, para así conocer su vivencia y descubrir cómo se manifiesta y cómo ésta afecta así la dinámica interna entendiendo la experiencia desde la subjetividad de quien la vive, con la finalidad de contribuir positivamente en procesos similares.

#### **4.3 Métodos y Materiales**

Para llevar a cabo el estudio, se solicitó a los centros de educación participantes que convocasen a los padres (como representantes) y hermanos (sujetos de estudio) para la aplicación de la prueba CECAD, a los padres se les entregó un consentimiento informado (ver anexo), ya que todos los participantes eran menores de edad; luego de esto se procedió a aplicar la prueba de forma grupal y al finalizar se les dio un refrigerio. Se colaboró con algunos de los participantes cubriendo los gastos de pasaje por cuestiones de distancia.

#### **4.4 Tipo de Estudio**

Se realizará uso del método fenomenológico entendido por Martínez (2004) como el “estudio de una realidad interna y personal, única y propia de cada ser humano”. Este método intenta conocer eventos subjetivos y no una realidad externa y observable, que es lo que se ha buscado a través de esta investigación: reconocer las experiencias vividas por hermanos oyentes de hijos sordos o no videntes, con base en la voz de los protagonistas.

Esta investigación es de tipo cualitativa y exploratoria, En los estudios exploratorios según Sampieri (1991),” se abordan campos poco conocidos donde el problema, que sólo se vislumbra, necesita ser aclarado y delimitado”. Esto último constituye precisamente el objetivo de una investigación de tipo exploratorio. Las investigaciones exploratorias suelen incluir amplias revisiones de literatura y consultas con especialistas.

#### **4.5 Tipo de Diseño**

El diseño es no experimental. Se elige el no experimental, ya que los diseños no experimentales son “aquellos en que no existe manipulación de las variables, si no que la problemática se estudia tal como tiene lugar en su contexto natural”.

De igual forma esta investigación cuenta con un tipo de estudio cualitativo que de forma resumida Stake (1999), señala las características de la investigación cualitativa:

El objetivo es “la comprensión, centrada en la indagación de los hechos”.

Destaca “el papel personal del investigador que interpreta los datos desde el inicio de la investigación y busca una comprensión experiencial”.

No se descubre, sino que “se construye conocimiento”.

#### **4.6 Población y Muestra**

Se trabajó con una población con hermanos de niños con discapacidad del Instituto de ayuda al sordo Santa Rosa Inc. Y la Escuela de sordo-ciegos y disc. Múltiples José Miguel Rodríguez.

La muestra fue de 30 hermanos, varones y hembras, estudiantes, entre las edades de 6 a 12 años.

##### **4.6.1 Instituto Santo Rosa Inc.**

El instituto de ayuda al sordo Santo Rosa Inc. Fue fundada el 4 de febrero de 1972, por un grupo de personas lideradas por María Consuelo de Pérez Bernal; es una institución sin fines de lucro, se dedica a ayudar a personas con deficiencia auditiva y contribuir con su inclusión social de manera integral.

Se encuentra ubicada en la calle Dr. Luis F. Thomen No. 616 Urb. El millón, Santo Domingo, R. D.

#### **4.6.2 Visión**

Mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad auditiva de manera integral, para que logren su integración familiar y socioeconómica y contribuyan a un país y un mundo mejor.

#### **4.6.3 Misión**

Ser una institución reconocida por su excelencia, enfocada en proporcionar apoyo en general a la población con condiciones auditivas especiales.

#### **4.6.4 Escuela para sordo-ciegos y discapacidades múltiples José Miguel Rodríguez**

La escuela para sordo-ciegos y discapacidades múltiples José Miguel Rodríguez fue fundada en el año 1957 con el propósito de ayudar a esta población que carece de medios y soporte ante sus necesidades.

Se encuentra ubicada en la calle Ingeniero Huáscar Tejada entre la Avenida Dr. Bernardo Correa y Cidrón y la Avenida Independencia.

#### **4.6.5 Visión**

Ayudar y educar para mejorar la calidad de vida de las personas discapacitadas, formándolos una integración óptima y de calidad tanto en la familia como en la sociedad.

#### **4.6.6 Misión**

Ser un instituto que brinde calidad y excelencia a todo nivel, otorgando la mejor educación integra para las personas.

#### **4.6.7 Muestra**

Para llevar a cabo dicha investigación y de acuerdo con el enfoque cuantitativo, el establecimiento de una muestra representativa resulta crucial, cuyo objetivo, de acuerdo con Mayan (2001), sería “comprender el fenómeno de interés, ya que la misma se trabaja sobre muestras seleccionadas intencionalmente, eligiendo contextos e individuos que cuenten con la perspectiva, información y experiencia relacionada con el tema de investigación”. La muestra fue elegida bajo el método no probabilístico por conveniencia del investigador correspondiente a una cantidad de 30 familias. Visto la complejidad del fenómeno estudiado y las características de las variables, este método para seleccionar la muestra es considerado como el más idóneo.

#### **4.7 Procedimiento de la Investigación**

El procedimiento que se utilizará para realizar esta investigación será mediante la recolección de datos para poder tener un análisis más profundo mediante un cuestionario y entrevista como fuente primaria de información. Como fuente secundaria nos auxiliamos de libros, folletos, tesis, periódicos, revistas, informes, entre otros.

#### **4.8 Proceso de Levantamiento de la Información**

Para el proceso de levantamiento de información será mediante un cuestionario aplicado a los hermanos elegidos para la muestra, de manera presencial; y posterior a ello, se le aplicará una entrevista estructurada.

#### **4.9 Instrumentos**

El instrumento utilizado es el CECAD: Cuestionario Educativo-Clínico: Ansiedad y Depresión. Compuesto por 50 elementos, enfocados a evaluar los trastornos internos o trastornos emocionales, como la ansiedad y depresión. Una puntuación alta en cualquiera de estas dos dimensiones informa de la existencia de un trastorno emocional, que debería abordarse complementando dicha información con la suministrada por las puntuaciones adicionales en: inutilidad, irritabilidad, problemas de pensamientos y psicofisiológicos.

Para la obtención de los resultados se utilizó la plataforma web de la página de TEA Ediciones, que ofrece el servicio por la compra de la prueba. (Ver anexos).

#### **4.10 Aplicación del Instrumento**

El cuestionario se aplicará a las familias en base a las normas éticas y con carácter de confidencialidad. En donde los encuestados responderán las preguntas de manera sincera y concreta.

El cuestionario se aplicará de manera grupal, una vocera se encargará de leer las preguntas de forma clara y pausada para la comprensión total de las mismas, mientras que el equipo de soporte estará atento a ayudar a aquellos niños que no captan o se encuentran

confundidos ante ciertas preguntas. Previamente se le entrego a cada representante un consentimiento informado donde autorizan que los menores de edad pueden participar de esta prueba bajo total confidencialidad y con el uso correspondiente.

#### 4.11 Cronograma de Trabajo

**Tabla 3**

<b>Actividad:</b>	<b>Fecha:</b>
Elaboración del tema de investigación y aprobación	Primera semana de febrero del 2019
Confección del planteamiento del problema y contacto con el asesor	Segunda semana de marzo del 2019
Elaboración del marco teórico	Tercera semana de abril del 2019
Validación del instrumento de estudio	Cuarta semana de abril del 2019
Aplicación de las pruebas Instituto Santa Rosa Inc.	Primera semana de mayo del 2019
Elaboración del marco metodológico	Segunda semana de mayo del 2019
Aplicación de las pruebas Escuela José Miguel Rodríguez	Tercera semana de mayo del 2019
Obtención de los resultados por medio de TEA Ediciones.	Primera semana de junio del 2019
Análisis de los resultados	Segunda a cuarta semana de junio del 2019
Elaboración de las gráficas	Primera a tercera semana de julio del 2019
Redacción de las conclusiones	Cuarta semana de julio del 2019
Redacción de las recomendaciones	Primera semana de agosto del 2019

## **CAPÍTULO V**

## **5.1 Análisis y presentación de los resultados**

### **5.2 Presentación de los Resultados**

A continuación, se presentan los datos obtenidos a través de los resultados arrojados por el instrumento usado para esta investigación y a su vez el análisis e interpretación hecho por las personas encargadas del estudio. Estos resultados son distribuidos entre las variables de la investigación, la frecuencia, porcentajes y descripción de los mismos para una mejor comprensión lectora.

#### **Las variables medidas por la prueba son:**

- **Depresión:** Puntuar alto en esta escala indica estado de ánimo depresivo e irritable, inutilidad y pérdida de energía, problemas de sueño y alimenticios y disminución de la capacidad de pensar y razonar.
- **Ansiedad:** Personas con un alto puntaje representan problemas psicofisiológicos, con sensaciones de agobio y conductas de escape ante la sociedad con dolores musculares que son acompañados por miedos, preocupaciones y pensamientos intrusivos y molestos.
- **Inutilidad:** La persona con alta calificación de esta escala se percibe así misma como alguien que no sabe ni puede hacer bien las cosas, cree que no vale y siente que necesita ayuda de los demás para cualquier actividad que realice.
- **Irritabilidad:** Un alto puntaje indica que la persona se enfada con facilidad y lleva consigo un sentimiento de rabia el cual suele reflejarlo en su cotidianidad.

- Problemas de pensamiento: Altas puntuaciones son representativas de personas que suelen abarrotarse de pensamientos intrusivos con tendencia a valorar todo desde la perspectiva de la negatividad y sienten miedo de perder el control y sobre las cosas que le puedan ocurrir.

- Problemas psicofisiológicos: Aquellos con puntajes elevados suelen presentar todo tipo de dolencias físicas incluyendo temblores, problemas respiratorios y de sueño.

Los rangos tomados en cuenta para el análisis y descripción de los resultados son: (55-70), considerándolos de la siguiente manera:

55-60: normal/alto

60-65: alto

65-70+: muy alto.

A seguir, se muestran las interpretaciones de los sujetos que obtuvieron puntuaciones significativas en las variables a considerar.

## **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS**

## Caso I

### Datos del sujeto:

**Id:** EO.

**Sexo:** Varón

**Edad:** 12 años.

### Puntuaciones de escalas:

**Depresión:** 64

**Ansiedad:** 62

**Inutilidad:** 52

**Irritabilidad:** 72

**Problemas de pensamiento:** 58

**Síntomas psicofisiológicos:** 64

**TABLA 4. Análisis e interpretación de resultados**

<b>Escalas</b>	<b>Puntuaciones</b>	<b>Porcentajes</b>
Depresión	64	Alto
Ansiedad	62	Alto
Inutilidad	52	Bajo
Irritabilidad	72	Muy alto
Prob. Pensamiento	58	Normal/alto
Sint. Psicofisiológicos	64	Alto

**Fuente:** Datos del caso I

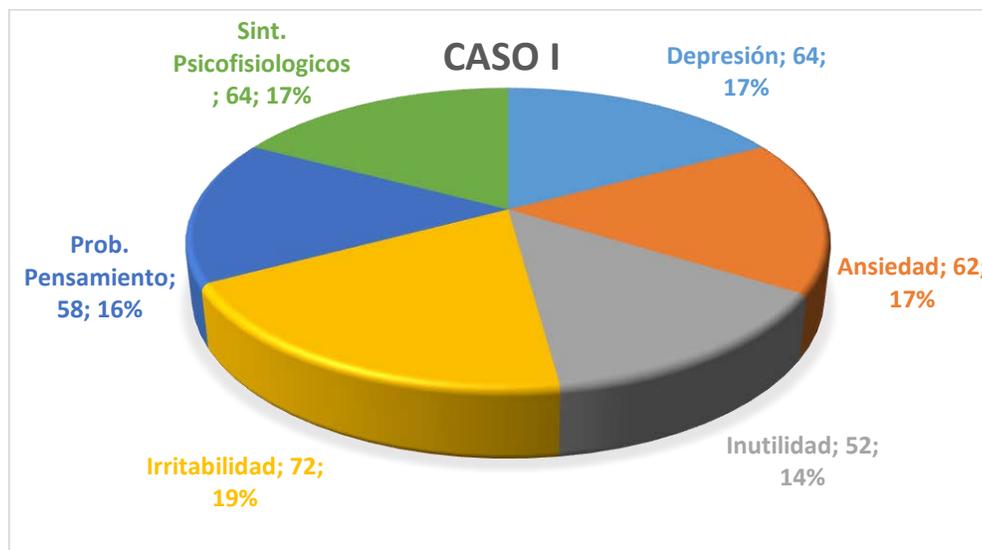
## Observaciones

A partir de los resultados obtenidos a través de la prueba podemos observar que el joven presenta un estado de ánimo depresivo e irritable lo que conlleva a tener problemas de sueño, pérdida de energía e inutilidad, disminución de la capacidad de pensar, problemas alimenticios y pensamientos suicidas.

A su vez presenta ansiedad elevada conjuntamente con pensamientos intrusivos y molestos, conductas de escape ante situaciones sociales y agobio al estar entre mucha gente, esto lleva a manifestar de forma física sus miedos creándole dolencias.

Es propenso al enfado y llevar consigo una sensación interna de rabia ante situaciones cotidianas; tiene tendencia a valorar las cosas desde una perspectiva negativa lo que puede llevarlo a sentir miedo a perder el control.

### Ilustración 2. Caso 1.



Fuente: tabla 4.

## **Interpretación porcentual**

La interpretación de las puntuaciones escalares con un rango Muy Alto es:

Irritabilidad con un porcentaje del 19%, seguido de las puntuaciones con un rango Alto que son: Depresión, Síntomas Psicofisiológicos y Ansiedad con un porcentaje idéntico del 17%, continuamos con el rango Normal/Alto con Problemas del Pensamiento con un 16% y por último encontramos la Inutilidad con un porcentaje del 14% que se traduce a un rango bajo.

## **Caso II**

### **Datos del sujeto:**

**Id:** RP.

**Sexo:** Varón.

**Edad:** 12 años.

### **Puntuaciones de escalas:**

**Depresión:** 52

**Ansiedad:** 66

**Inutilidad:** 56

**Irritabilidad:** 41

**Problemas de pensamiento:** 62

**Síntomas psicofisiológicos:** 65

**Tabla 5. Caso II**

<b>Escalas</b>	<b>Puntuaciones</b>	<b>Porcentajes</b>
Depresión	52	Bajo
Ansiedad	66	Muy Alto
Inutilidad	56	Normal/Alto
Irritabilidad	41	Muy bajo
Prob. Pensamiento	62	Alto
Sint. Psicofisiológicos	65	Alto

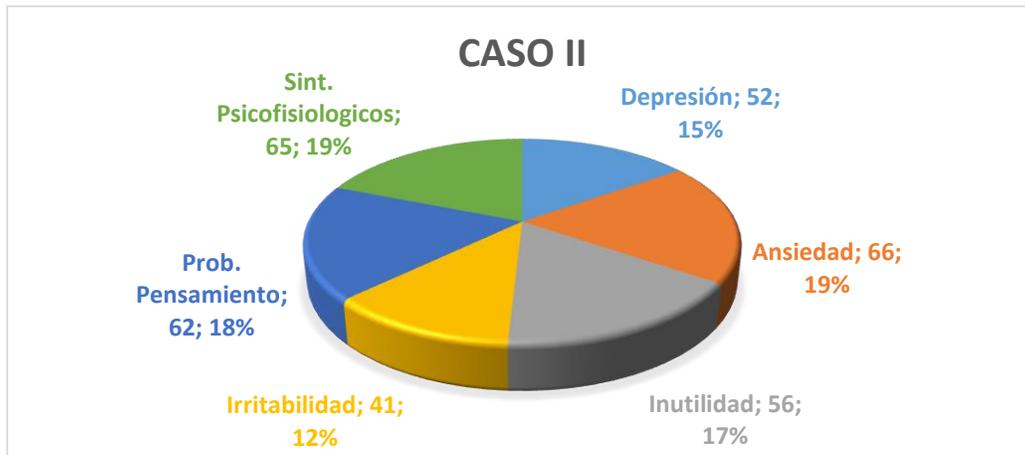
**Fuente: Datos del caso II**

### **Observaciones**

A partir de los resultados arrojados por la prueba, analizamos que el joven manifiesta altos grados de dificultad en el manejo de emociones y sensaciones en su vida.

Esto puede ser reflejado con actitudes de miedo y preocupación ante cualquier asunto que se presente en su día a día, llevándole a tener pensamientos molestos sobre sí mismo y valorando siempre las cosas desde la perspectiva de la negatividad; por lo general esto desencadena problemas en el estado físico de la persona, presentando dolores corporales de todo tipo, problemas de sueño y hasta puede llevarle a un estado de conciencia donde sienta que puede perder el control; puede dudar a menudo de si realiza bien las actividades y suele tener la idea de que necesita de alguien que le ayude, le falta seguridad y confianza resultando así en querer evitar o escapar de situaciones que ameriten de su plena capacidad.

### Ilustración 3. Caso II



Fuente: Tabla 5

### Interpretación porcentual

La interpretación de las puntuaciones escalares con un rango Muy Alto es:

Ansiedad con un porcentaje del 19%, seguido de las puntuaciones con un rango Alto que son: Síntomas Psicofisiológicos con 19% y Problemas de Pensamiento con un porcentaje del 18%, continuamos con el rango Normal/Alto en Inutilidad con un 17% y por último encontramos en el rango bajo la Depresión con un porcentaje del 15% y la Irritabilidad con un 12%.

### Caso III

#### Datos del sujeto:

**Id:** WM.

**Sexo:** Varón.

**Edad:** 9 años.

**Puntuaciones de escalas:**

**Depresión:** 49

**Ansiedad:** 44

**Inutilidad:** 63

**Irritabilidad:** 41

**Problemas de pensamiento:** 43

**Síntomas psicofisiológicos:** 41

**TABLA 6. CASO III**

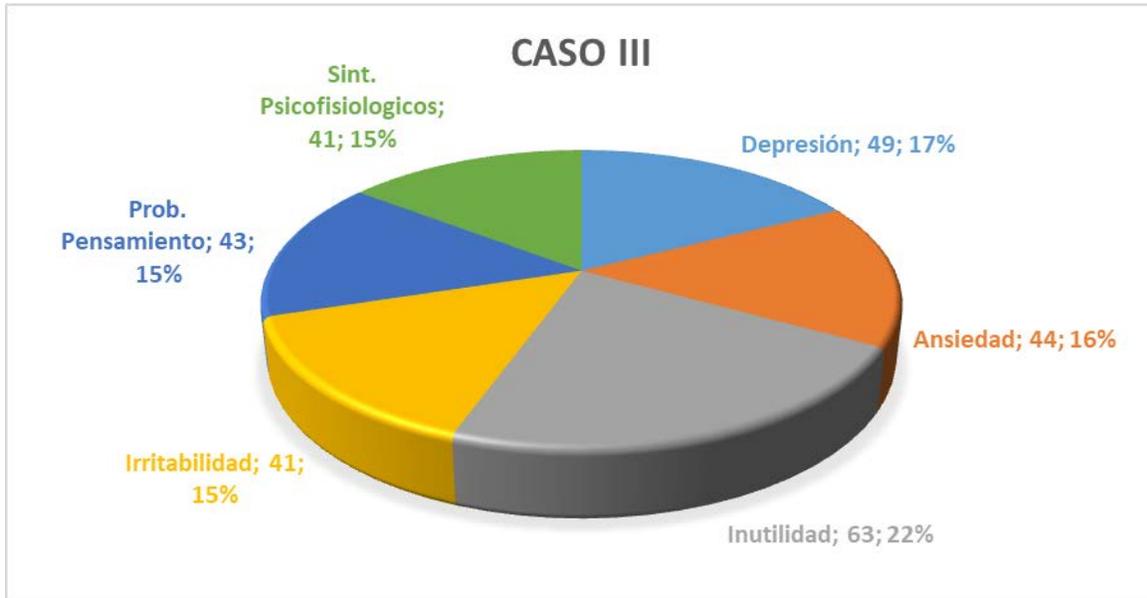
<b>Escalas</b>	<b>Puntuaciones</b>	<b>Porcentajes</b>
Depresión	49	Muy bajo
Ansiedad	44	Muy bajo
Inutilidad	63	Alto
Irritabilidad	41	Muy bajo
Prob. Pensamiento	43	Muy bajo
Sint. Psicofisiológicos	41	Muy bajo

**Fuente: Datos del caso III**

**Observaciones**

Según el análisis de los resultados, podemos observar que el joven se encuentra dentro del rango normal en la mayoría de las escalas, sin embargo tiene altos niveles en la sensación de inutilidad, esto se traduce a que se percibe con falta de confianza para enfrentarse a las tareas cotidianas del contexto vital, puede percibir que no realiza bien ninguna tarea, dudando de si sus ejecuciones están bien hechas y considerando la ayuda de otros para enfrentarse a cualquier situación que se le presente, esto podría llevarle a tener una actitud de escape o querer evitar y afrontar las situaciones.

#### Ilustración 4. Caso III.



Fuente: Tabla 6

#### Interpretación porcentual

La interpretación de las puntuaciones escalares con un rango Alto es:

Inutilidad con un porcentaje del 22%, el resto de las puntuaciones porcentuales entran dentro del rango Muy bajo siendo estas las siguientes: Depresión con 17%, Ansiedad con 16%, Prob. Pensamiento, Sint. Psicofisiológicos e Irritabilidad con 15%.

#### Caso IV

##### Datos del sujeto:

**Id:** VM.

**Sexo:** Varón.

**Edad:** 10 años.

##### Puntuaciones de escalas:

**Depresión:** 64

**Ansiedad:** 57

**Inutilidad: 63**

**Irritabilidad: 66**

**Problemas de pensamiento: 61**

**Síntomas psicofisiológicos: 57**

**Tabla 7. Caso IV**

<b>Escalas</b>	<b>Puntuaciones</b>	<b>Porcentajes</b>
Depresión	64	Alto
Ansiedad	57	Normal/Alto
Inutilidad	63	Alto
Irritabilidad	66	Muy alto
Prob. Pensamiento	61	Alto
Sint. Psicofisiológicos	57	Normal/Alto

**Fuente: Datos del caso IV**

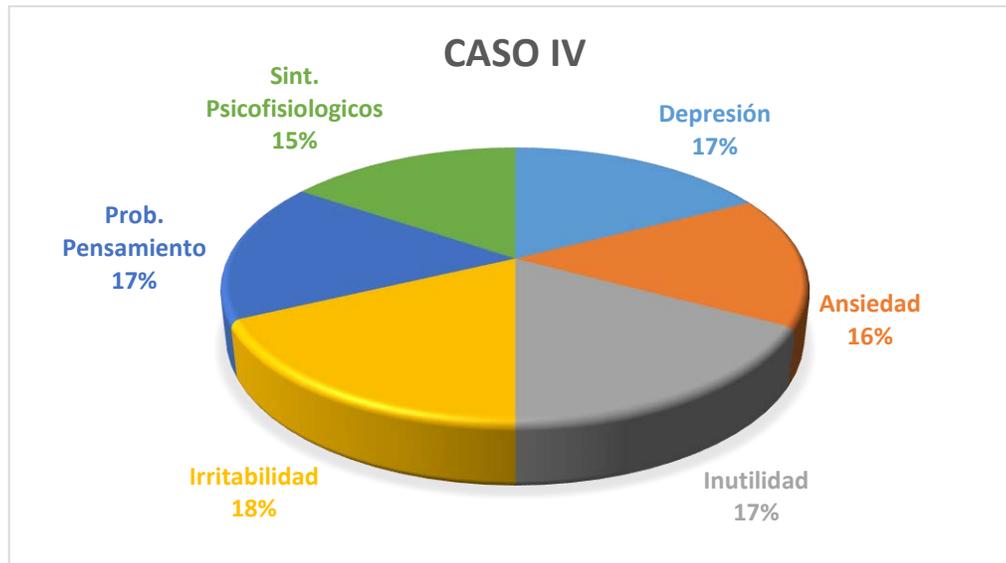
### **Observaciones**

A través del análisis de los resultados, podemos observar que el joven presenta un estado de ánimo depresivo con ansiedad elevada, esto desencadena una serie de sensaciones, emociones y problemas psicofisiológicos que se traducen en problemas de sueño, problemas alimenticios, pérdida de energía, dolores corporales, musculares y problemas respiratorios, disminución en la capacidad de pensar como también, pensamientos intrusivos y hasta suicidas.

En lo social, puede sentir agobio ante situaciones o lugares donde haya mucha gente, llevándole a sentir miedo a perder el control y esto a su vez le lleva a tener conductas de evitación y escape ante diferentes situaciones.

Se percibe así mismo como una persona con poca valía, que no puede hacer nada sin ayuda y de esta manera buscara escapar y no enfrentarse a los sucesos que le ocurran; se genera así una sensación interna de rabia con todo o todos los que le rodeen.

### Ilustración 5. Caso IV



Fuente: Tabla 7.

#### Interpretación porcentual

La interpretación de las puntuaciones escalares con un rango Muy Alto es:

Irritabilidad con un porcentaje del 18%, seguido de las puntuaciones con un rango Alto que son: Depresión, Inutilidad y Problemas del Pensamiento un porcentaje idéntico del 17%, continuamos con el rango Normal/Alto en la escala de Ansiedad con un 16% y por último encontramos los Síntomas psicofisiológicos con un porcentaje del 15%.

#### Caso V

##### Datos del sujeto

**Id:** PDL.

**Sexo:** Varón.

**Edad:** 12 años.

##### Puntuaciones de escalas:

**Depresión:** 53

**Ansiedad:** 45

**Inutilidad:** 58

**Irritabilidad: 46**

**Problemas de pensamiento: 47**

**Síntomas psicofisiológicos: 42**

**Tabla 8. Caso V.**

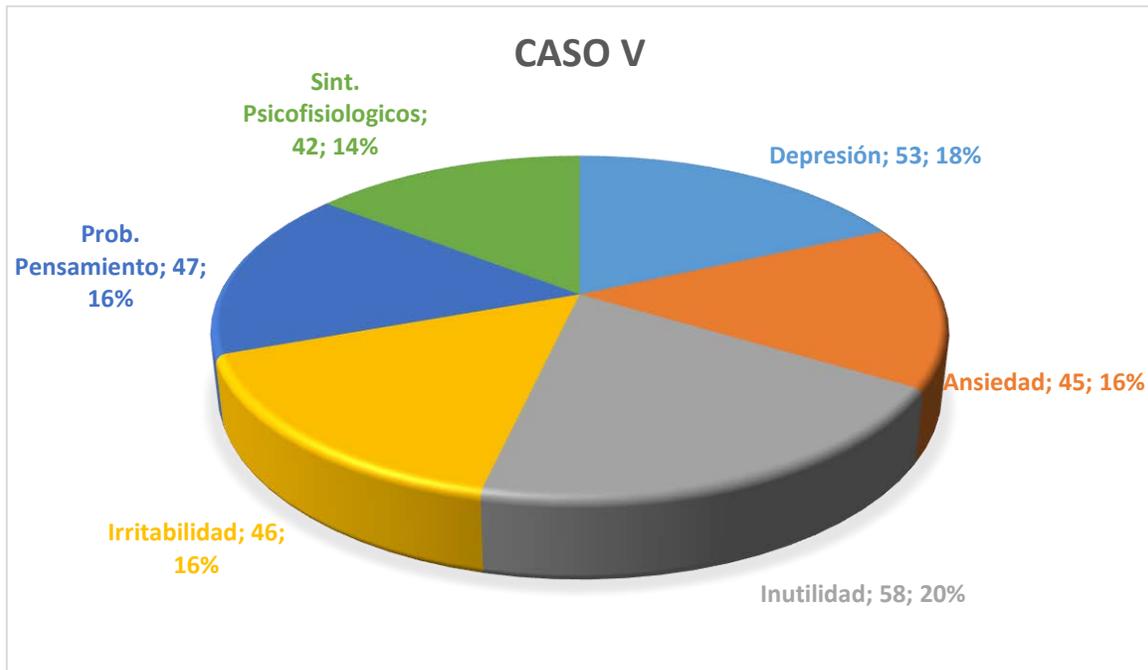
<b>Escalas</b>	<b>Puntuaciones</b>	<b>Porcentajes</b>
Depresión	53	Bajo
Ansiedad	45	Muy bajo
Inutilidad	58	Normal/Alto
Irritabilidad	46	Muy bajo
Prob. Pensamiento	47	Muy bajo
Sint. Psicofisiológicos	42	Muy bajo

**Fuente: Datos del caso V**

### **Observaciones**

Según el análisis de los resultados, podemos observar que el joven se encuentra dentro del rango normal en la mayoría de las escalas, sin embargo observamos que, puede percibirse como una persona que tiene poca valía o falta de confianza para enfrentarse a las tareas cotidianas del contexto vital, puede sentir que no realiza bien ninguna tarea si no tiene la ayuda o cuenta con las directrices de alguien que le guíe, de esta forma puede dudar de si sus ejecuciones están bien hechas y suele generarle pensamientos de inconformidad consigo mismo considerando, así mismo esto podría llevarle a tener una actitud de escape o querer evitar y afrontar las situaciones del cotidiano vivir.

## Ilustración 6. Caso V



**Fuente: Tabla 8.**

### Interpretación porcentual

La interpretación de las puntuaciones escalares con un rango Normal/Alto son:

Inutilidad con un porcentaje del 20%, le sigue la Depresión dentro del rango Bajo con 18%, y el resto de las puntuaciones porcentuales entran dentro del rango Muy bajo siendo estas las siguientes: Prob. Pensamiento, Irritabilidad y Ansiedad con 16% y los Sint. Psicofisiológicos con un 14%.

### Caso VI

#### Datos del sujeto:

**Id:** RD.

**Sexo:** Varón.

**Edad:** 12 años.

**Puntuaciones de escalas:**

**Depresión:** 49

**Ansiedad:** 47

**Inutilidad:** 48

**Irritabilidad:** 53

**Problemas de pensamiento:** 56

**Síntomas psicofisiológicos:** 42

**Tabla 9. Caso VI**

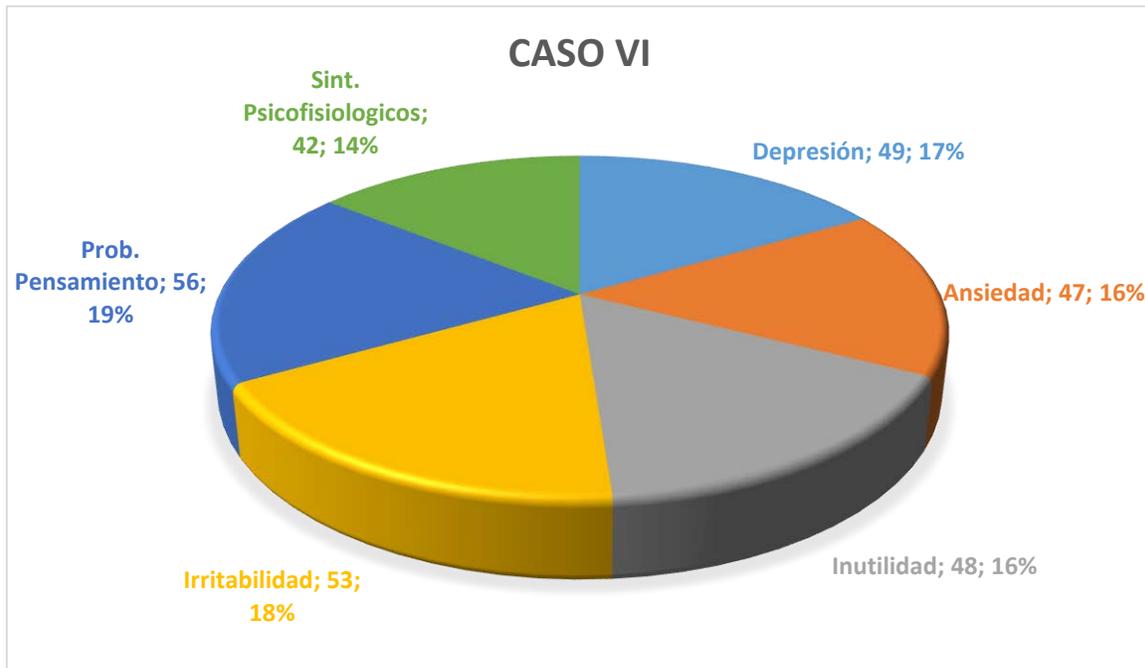
<b>Escalas</b>	<b>Puntuaciones</b>	<b>Porcentajes</b>
Depresión	49	Muy bajo
Ansiedad	47	Muy bajo
Inutilidad	48	Muy bajo
Irritabilidad	53	Bajo
Prob. Pensamiento	56	Normal/Alto
Sint. Psicofisiológicos	42	Muy bajo

**Fuente: Datos del caso VI**

**Observaciones**

A través del análisis de los resultados, podemos observar que el joven se encuentra dentro del rango normal en la mayoría de las escalas, solo que en algunas ocasiones puede tener pensamientos molestos e intrusivos, valorando todo desde un punto de vista negativo y generándole una sensación de miedo a poder perder el control ante ciertas situaciones.

### Ilustración 7. Caso VI



Fuente: Tabla 9.

### Interpretación porcentual

La interpretación de las puntuaciones escalares con un rango Normal/Alto son:

Prob. Pensamiento con un porcentaje de 19%, le sigue la Irritabilidad dentro del rango Bajo con 18%, y el resto de las puntuaciones porcentuales entran dentro del rango Muy bajo siendo estas las siguientes: Depresión 17%, Ansiedad e Inutilidad con 16% y los Sint. Psicofisiológicos con 14%.

### Caso VII

#### Datos del sujeto:

**Id:** BP.

**Sexo:** Hembra.

**Edad:** 9 años.

**Puntuaciones de escalas:**

**Depresión:** 51

**Ansiedad:** 53

**Inutilidad:** 44

**Irritabilidad:** 51

**Problemas de pensamiento:** 52

**Síntomas psicofisiológicos:** 60

**Tabla 10. Caso VII**

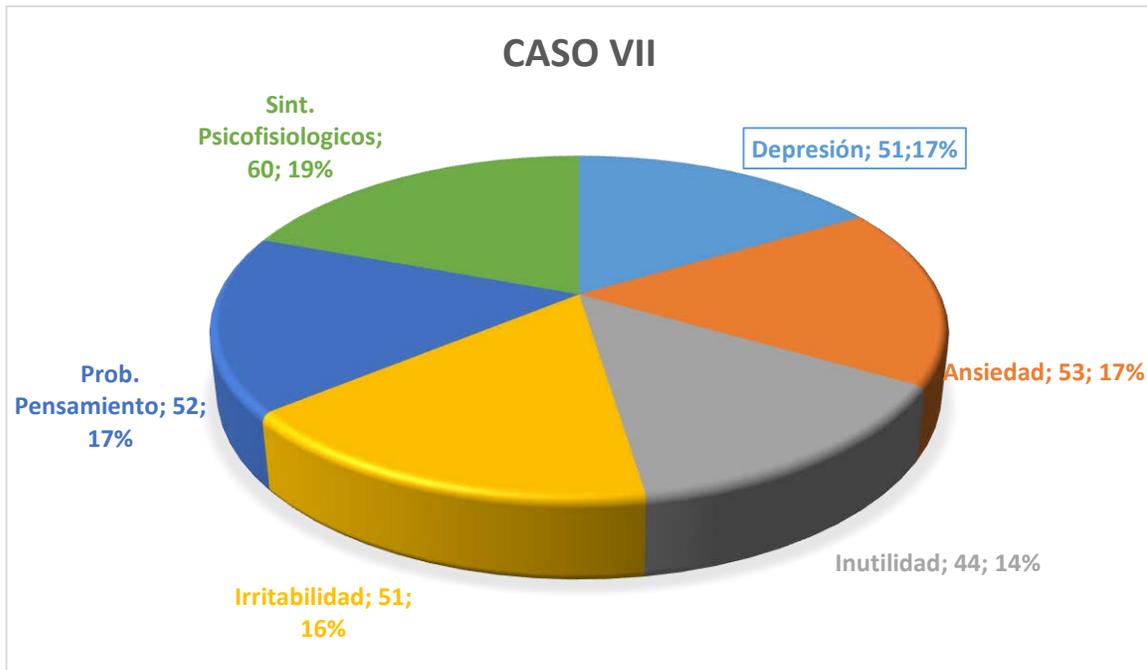
<b>Escalas</b>	<b>Puntuaciones</b>	<b>Porcentajes</b>
Depresión	51	Bajo
Ansiedad	53	Bajo
Inutilidad	44	Muy bajo
Irritabilidad	51	Bajo
Prob. Pensamiento	52	Bajo
Sint. Psicofisiológicos	60	Alto

**Fuente: Datos del caso VII**

**Observaciones**

Según el análisis de los resultados, podemos observar que la joven presenta síntomas físicos, como son: tensión muscular, dolores corporales, sensación de temblores en distintas partes del cuerpo, problemas respiratorios, de sueño (insomnio o hipersomnia), problemas alimenticios, etc. Que no necesariamente tengan una razón médica, sino que está reflejando sus preocupaciones o problemas internos de esta manera.

### Ilustración 8. Caso VII



Fuente: Tabla 10.

### Interpretación porcentual

Las interpretaciones de las puntuaciones escalares con un rango Alto son:

Sint. Psicofisiológicos con un porcentaje de 19%, el resto de las puntuaciones de las escalas estuvieron por debajo del rango y porcentaje esperado para el análisis, no obstante, observamos que la Ansiedad, los Prob. De Pensamiento y la Depresión tienen un 17%, en tanto la Irritabilidad presenta un 16% y la Inutilidad un 14%.

## **Caso VIII**

### **Datos del sujeto:**

**Id:** RM.

**Sexo:** Hembra.

**Edad:** 7 años.

### **Puntuaciones de escalas:**

**Depresión:** 56

**Ansiedad:** 55

**Inutilidad:** 52

**Irritabilidad:** 48

**Problemas de pensamiento:** 58

**Síntomas psicofisiológicos:** 53

**Tabla 11**

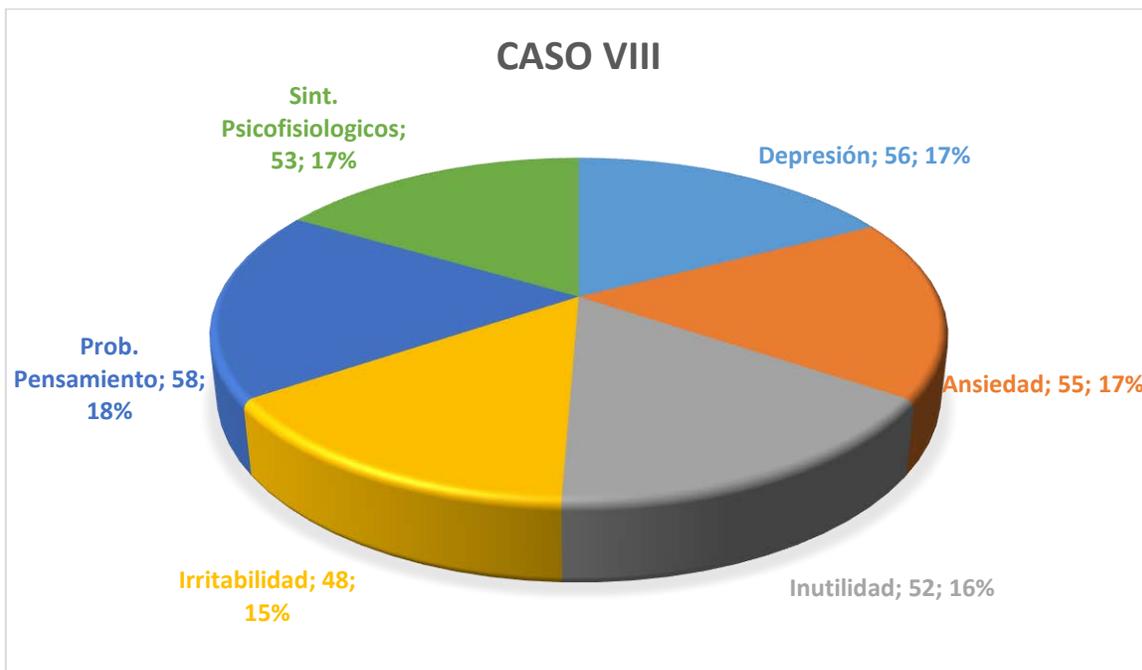
<b>Escalas</b>	<b>Puntuaciones</b>	<b>Porcentajes</b>
Depresión	51	Bajo
Ansiedad	53	Bajo
Inutilidad	44	Muy bajo
Irritabilidad	51	Bajo
Prob. Pensamiento	52	Bajo
Sint. Psicofisiológicos	60	Alto

**Fuente:** Datos del caso VIII

## Observaciones

A través del análisis de los resultados, podemos observar que la joven suele sentirse deprimida y ansiosa ante situaciones del cotidiano vivir, esto lleva a tener problemas de pensamiento con conductas de escape, síntomas físicos con dolores corporales, problemas de respiración, pensamientos intrusivos, molestos y suicidas, pérdida de energía y apetito; esto a su vez le hace ver las cosas negativamente, generándole una sensación de miedo a perder el control de sí misma.

**Ilustración 9. Caso VIII**



**Fuente: Tabla 11.**

### **Interpretación porcentual**

La interpretación de las puntuaciones escalares con un rango Normal/Alto son:

Problemas de pensamiento con un porcentaje de 18%, le sigue la Depresión, Síntomas Psicofisiológicos y la Ansiedad con 17%, el resto de las puntuaciones porcentuales entran dentro del rango Bajo que no tienen valor alguno sobre la muestra de estudio.

### **Caso IX**

#### **Datos del sujeto:**

**Id:** YC.

**Sexo:** Hembra.

**Edad:** 8 años.

#### **Puntuaciones de escalas:**

**Depresión:** 42

**Ansiedad:** 53

**Inutilidad:** 41

**Irritabilidad:** 41

**Problemas de pensamiento:** 55

**Síntomas psicofisiológicos:** 50

**Tabla 12. Caso IX**

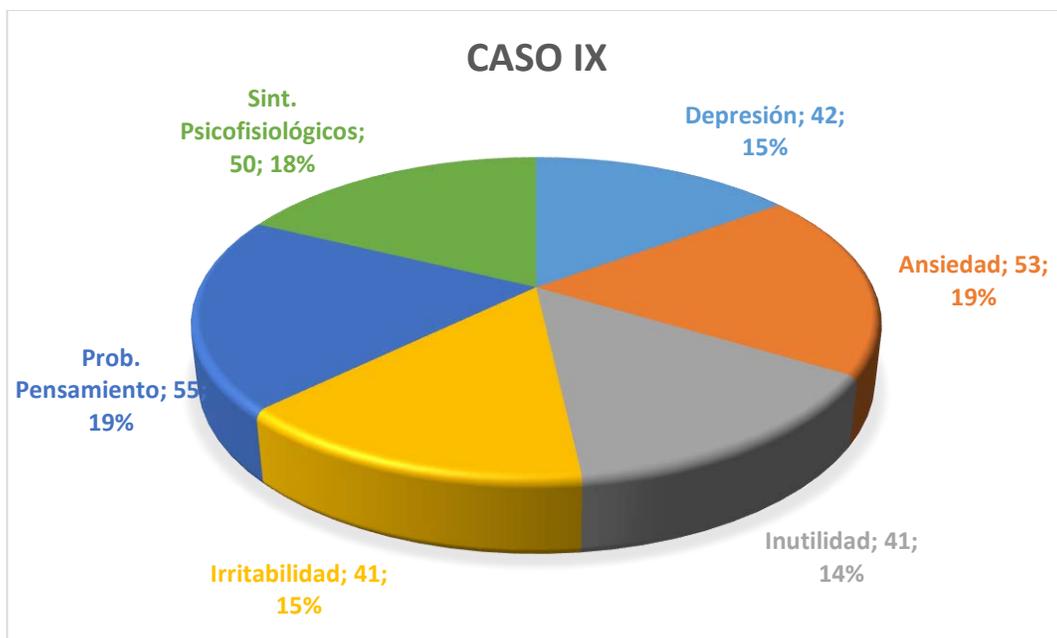
<b>Escalas</b>	<b>Puntuación</b>	<b>Porcentaje</b>
Depresión	42	Muy bajo
Ansiedad	53	Bajo
Inutilidad	41	Muy bajo
Irritabilidad	41	Muy bajo
Prob. Pensamiento	55	Normal/Alto
Sint. Psicofisiológicos	50	Bajo

**Fuente:** Datos del caso IX

## Observaciones

Según la observación del análisis de los resultados, podemos decir que la joven tiende a ver la vida desde la perspectiva de la negatividad, creándole así una serie de pensamientos molestos e intrusivos que pueden cegarle a ver la vida de una forma más tranquila y positiva y generándole miedo a controlarse frente a situaciones que le puedan ocurrir.

### Ilustración 10. Caso IX



Fuente: Tabla 12.

### Interpretación porcentual

La interpretación de la puntuación escalar con un rango Normal/Alto son:

Problemas de pensamiento con un porcentaje de 19%.

El resto de las escalas están dentro del rango bajo o muy bajo que no ha sido parte de la muestra de estudio.

## Caso X

### Datos del sujeto:

**Id:** RA.

**Sexo:** Varón.

**Edad:** 12 años.

### Puntuaciones de escalas:

**Depresión:** 50

**Ansiedad:** 51

**Inutilidad:** 46

**Irritabilidad:** 55

**Problemas de pensamiento:** 47

**Síntomas psicofisiológicos:** 52

**Tabla 13. Caso X**

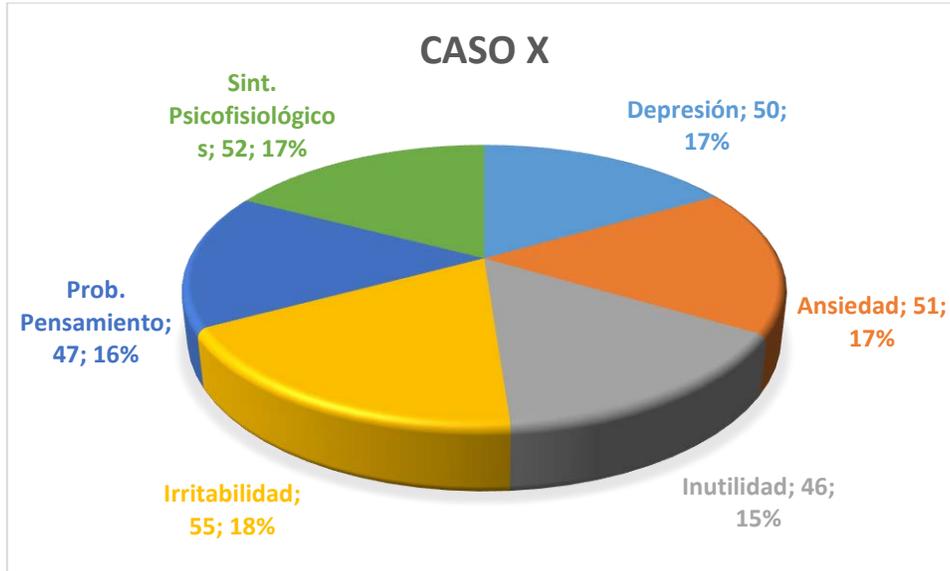
Escalas	Puntuación	Porcentaje
Depresión	50	Bajo
Ansiedad	51	Bajo
Inutilidad	46	Bajo
Irritabilidad	55	Normal/Alto
Prob. Pensamiento	47	Bajo
Sint. Psicofisiológicos	52	Bajo

**Fuente:** Datos del caso X

### Observaciones

Según la obtención de los resultados podemos decir que la joven tiene tendencia al enojo, suele enfadarse con facilidad y esto le lleva a sentir muy a menudo mucha rabia interna ante situaciones cotidianas. Esto puede llevarle a tener problemas con su entorno y hasta consigo misma ya que no puede mediar o relajarse con facilidad ante situaciones del día a día.

**Ilustración 11. Caso X**



**Fuente: Tabla 13.**

### **Interpretación porcentual**

La interpretación de la puntuación escalar con un rango Normal/Alto son:

Irritabilidad con un porcentaje de 18%.

El resto de las escalas están dentro del rango bajo que no ha sido parte de la muestra de estudio.

## Caso XI

### Datos del sujeto:

**Id:** EA.

**Sexo:** Hembra

**Edad:** 11 años.

### Puntuaciones de escalas:

**Depresión:** 63

**Ansiedad:** 59

**Inutilidad:** 65

**Irritabilidad:** 65

**Problemas de pensamiento:** 55

**Síntomas psicofisiológicos:** 61

**Tabla 14. Caso XI**

<b>Escalas</b>	<b>Puntuación</b>	<b>Porcentaje</b>
Depresión	63	Muy bajo
Ansiedad	59	Bajo
Inutilidad	65	Muy bajo
Irritabilidad	65	Muy bajo
Prob. Pensamiento	55	Normal/Alto
Sint. Psicofisiológicos	61	Bajo

**Fuente: Datos del caso XI**

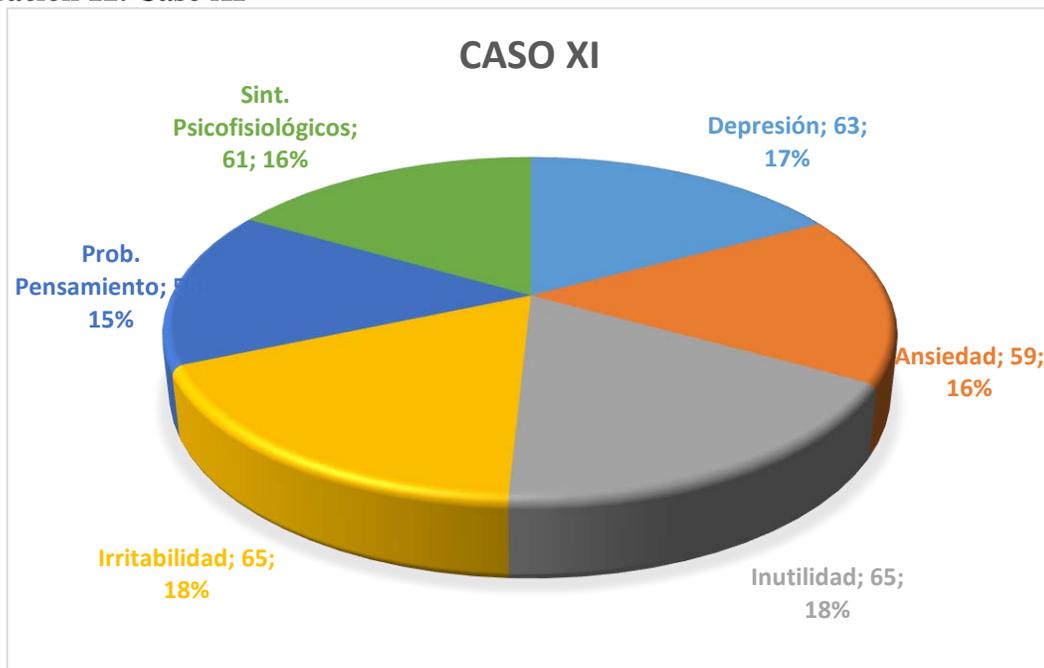
### Observaciones

Los resultados indican que el individuo presenta un estado de ánimo depresivo o irritable, problemas de sueño, pérdida del apetito, inclusive llegar a tener pensamientos suicidas. También muestra signos de ansiedad, lo cual es síntoma de tensión muscular y problemas

inherentes a una incorrecta respiración. Al no ser ansiedad extrema puede tener que ver con estar insatisfecho con sus expectativas de la vida o de sí mismo.

La inutilidad e irritabilidad mostrada se traduce a un manejo inadecuado de afrontamiento ante ciertas tareas. La irritabilidad es un componente de la depresión y no un síntoma estrictamente de conducta, lo cual lo llevará a mostrar signos fisiológicos, ya sean problemas respiratorios de sueño o temblores de manos.

**Ilustración 12. Caso XI**



**Fuente: Tabla 14.**

## Interpretación porcentual

La interpretación de las puntuaciones escalares con un rango Normal/Alto son: Ansiedad y Problemas de pensamiento con un porcentaje de 16% y el 15%, le sigue el rango Alto con la Irritabilidad e Inutilidad con 18%, la Depresión 17%, Sint. Psicofisiológicos con 16% y los Problemas de pensamiento con 15%.

### Caso XII

#### Datos del sujeto:

**Id:** GR.

**Sexo:** Hembra

**Edad:** 8 años.

#### Puntuaciones de escalas:

**Depresión:** 63

**Ansiedad:** 52

**Inutilidad:** 72

**Irritabilidad:** 48

**Problemas de pensamiento:** 47

**Síntomas psicofisiológicos:** 55

**Tabla 15. Caso XII**

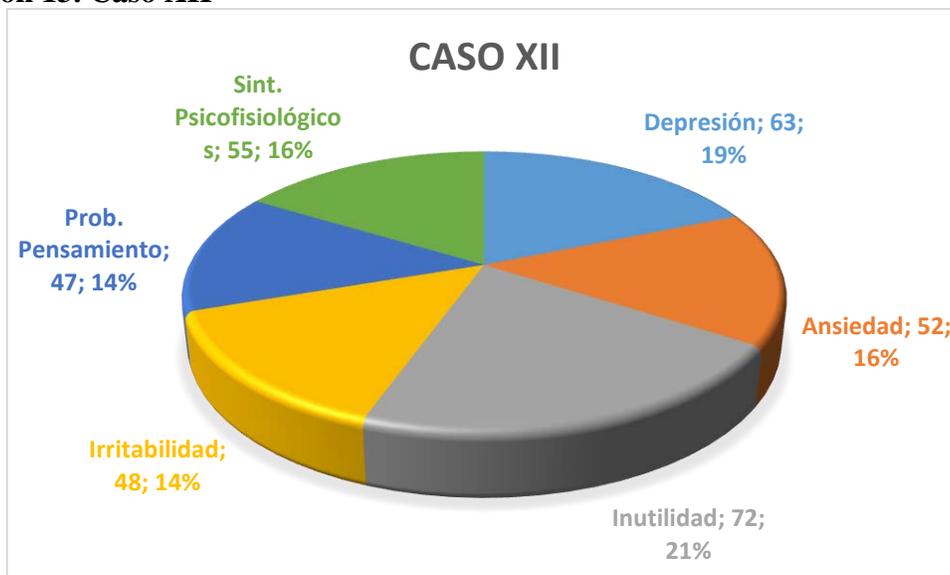
<b>Escalas</b>	<b>Puntuación</b>	<b>Porcentaje</b>
Depresión	63	Alto
Ansiedad	52	Bajo
Inutilidad	72	Muy alto
Irritabilidad	48	Bajo
Prob. Pensamiento	47	Bajo
Sint. Psicofisiológicos	55	Normal/Alto

**Fuente:** Datos del caso XII

## Observaciones

Los resultados indican que el niño tiene un estado de ánimo depresivo prácticamente sin ansiedad, lo que indica síntomas de apatía, también tiene pensamientos de inutilidad muy altos, esto se traduce a un inadecuado afrontamiento de ciertas tareas, ya sea en el hogar o en los estudios. Algunos síntomas fisiológicos serán evidentes, debido a la depresión como la falta o exceso de sueño, dolores corporales etc.

### Ilustración 13. Caso XII



Fuente: Tabla 15.

### Interpretación porcentual

La interpretación de las puntuaciones escalares con un rango Muy Alto es:

Inutilidad con un porcentaje del 21%, dentro del rango Alto observamos la Depresión con un 19% y los Síntomas psicofisiológicos con 16% que lo hacen parte del rango Normal/alto. El resto de las puntuaciones se encuentran por debajo del rango esperado para el estudio.

### **Caso XIII**

#### **Datos del sujeto:**

**Id:** IF.

**Sexo:** Varón.

**Edad:** 11 años.

#### **Puntuaciones de escalas:**

**Depresión:** 49

**Ansiedad:** 53

**Inutilidad:** 52

**Irritabilidad:** 51

**Problemas de pensamiento:** 50

**Síntomas psicofisiológicos:** 58

**Tabla 16. Caso XIII**

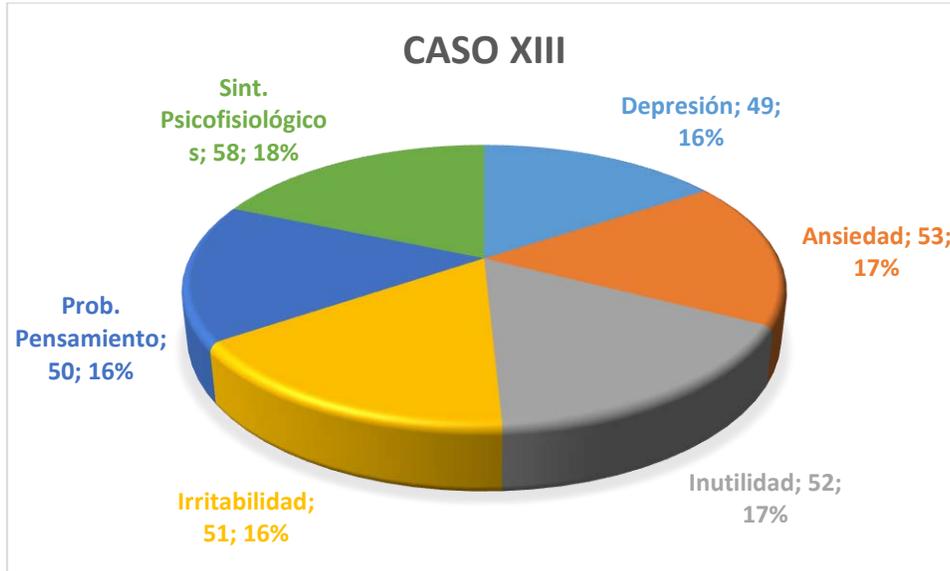
<b>Escalas</b>	<b>Puntuación</b>	<b>Porcentaje</b>
Depresión	49	Bajo
Ansiedad	53	Bajo
Inutilidad	52	Bajo
Irritabilidad	51	Bajo
Prob. Pensamiento	50	Bajo
Sint. Psicofisiológicos	58	Normal/Alto

**Fuente:** Datos del caso XIII

#### **Observaciones**

Según los resultados el sujeto muestra ciertos síntomas de ansiedad junto con inutilidad e irritabilidad lo que indica que se puede generar ciertas conductas de escape ante ciertas situaciones o tareas y generarle malestar fisiológico a causa de la evasión de estos.

### Ilustración 14. Caso XIII



Fuente: Tabla 16.

#### Interpretación porcentual

La interpretación de la puntuación escalar con un rango Normal/Alto son:

Síntomas psicofisiológicos con un porcentaje de 18%.

El resto de las puntuaciones están dentro del rango bajo o muy bajo que no ha sido parte de la muestra de estudio.

## Caso XIV

### Datos del sujeto:

**Id:** JPM.

**Sexo:** Varón

**Edad:** 11 años.

### Puntuaciones de escalas:

**Depresión:** 56

**Ansiedad:** 56

**Inutilidad:** 50

**Irritabilidad:** 55

**Problemas de pensamiento:** 55

**Síntomas psicofisiológicos:** 58

**Tabla 17. Caso XIV**

<b>Escalas</b>	<b>Puntuación</b>	<b>Porcentaje</b>
Depresión	56	Normal/Alto
Ansiedad	56	Normal/Alto
Inutilidad	50	Bajo
Irritabilidad	55	Normal/Alto
Prob. Pensamiento	55	Normal/Alto
Sint. Psicofisiológicos	58	Normal/Alto

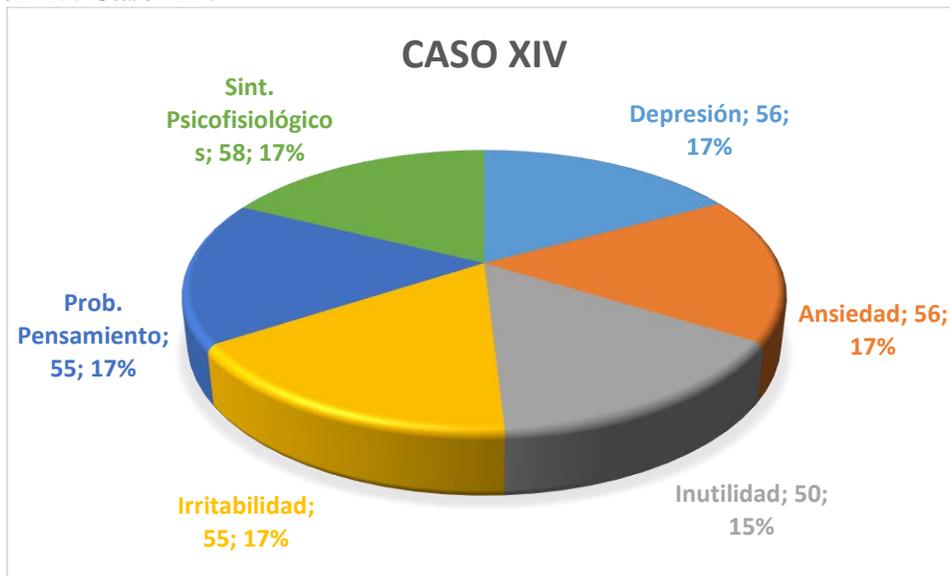
**Fuente:** Datos del caso XIV

### Observaciones

Los resultados indican un estado de ánimo de depresión y ansiedad, lo que lo llevará a una disminución de la capacidad para pensar, irritabilidad, insomnio o hipersomnia, acompañado de síntomas psicofisiológicos tal y como indica sus resultados; estos pueden ser: Inquietud motora, rigidez, dolores corporales, problemas respiratorios, dificultades en la

conciliación del sueño y temblor en las manos. La irritabilidad presente en la prueba, indica: facilidad para enfadarse, tener rabia ante las situaciones cotidianas, pero, pudiendo ser un componente de la depresión y a causa de los problemas del pensamiento y no estrictamente un factor de conducta.

**Ilustración 15. Caso XIV**



**Fuente: Tabla 17.**

### **Interpretación porcentual**

La interpretación de las puntuaciones escalares con un rango Normal/Alto son:

Síntomas psicofisiológicos, Depresión, Ansiedad, Irritabilidad y Problemas de pensamiento con un porcentaje de 17%.

La escala faltante está dentro del rango bajo que no ha sido parte de la muestra de estudio.

## Caso XV

### Datos del sujeto:

**Id:** LF.

**Sexo:** Varón

**Edad:** 11 años.

### Puntuaciones de escalas:

**Depresión:** 60

**Ansiedad:** 62

**Inutilidad:** 59

**Irritabilidad:** 59

**Problemas de pensamiento:** 50

**Síntomas psicofisiológicos:** 62

**Tabla 18 Caso XV**

<b>Escalas</b>	<b>Puntuación</b>	<b>Porcentaje</b>
Depresión	60	Normal/Alto
Ansiedad	62	Normal/Alto
Inutilidad	59	Normal/Alto
Irritabilidad	59	Normal/Alto
Prob. Pensamiento	50	Bajo
Sint. Psicofisiológicos	62	Alto

**Fuente:** Datos del caso XV

### Observaciones

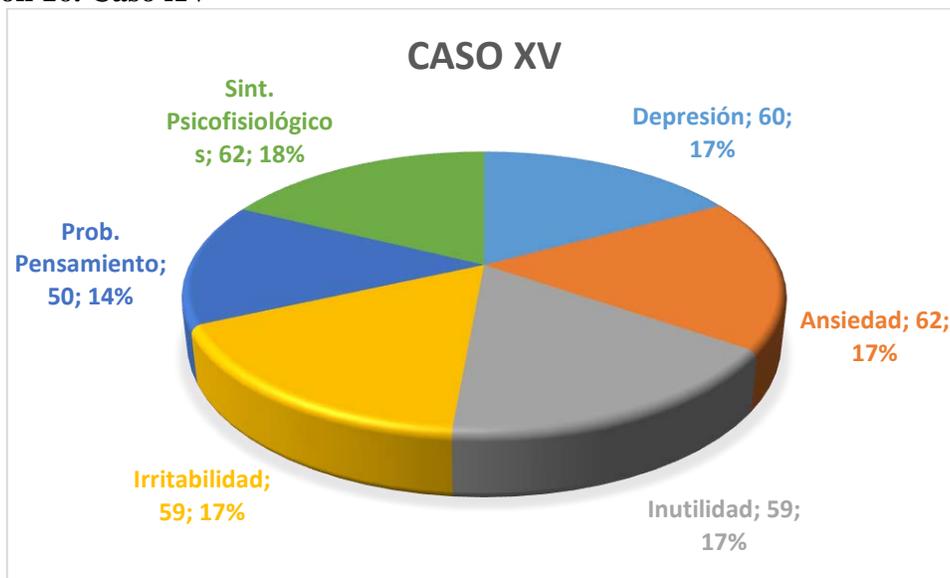
Los resultados muestran un estado muy depresivo, causándole pérdida de energía, sentimiento de inutilidad, problemas de sueño y disminución de la capacidad para pensar.

Existe comorbilidad entre la ansiedad y la depresión; por lo que sus síntomas psicofisiológicos de ansiedad son muestra directa de su depresión.

Los síntomas de la ansiedad podrían ser desorganización de la acción, y posibles alteraciones fisiológicas, como temblores y una incorrecta respiración.

Individuo se siente inútil ante las expectativas que tiene de sí mismo e insatisfacción por no poder responder ante las urgencias de la vida, causándole irritabilidad pudiéndose mostrar agresivo, ya sea física o verbalmente.

**Ilustración 16. Caso XV**



**Fuente: Tabla 18.**

### **Interpretación porcentual**

La interpretación de las puntuaciones escalares con un rango Normal/Alto son:

Síntomas psicofisiológicos con 18%, Ansiedad, Depresión, Inutilidad e Irritabilidad con 17%.

Los Problemas de pensamiento puntúan por debajo del rango esperado para el estudio.

## Caso XVI

### Datos del sujeto:

**Id:** MT.

**Sexo:** Hembra

**Edad:** 7 años.

### Puntuaciones de escalas:

**Depresión:** 55

**Ansiedad:** 67

**Inutilidad:** 62

**Irritabilidad:** 56

**Problemas de pensamiento:** 51

**Síntomas psicofisiológicos:** 66

**Tabla 19 Caso XVI**

<b>Escalas</b>	<b>Puntuación</b>	<b>Porcentaje</b>
Depresión	55	Muy bajo
Ansiedad	67	Bajo
Inutilidad	62	Muy bajo
Irritabilidad	56	Muy bajo
Prob. Pensamiento	51	Normal/Alto
Sint. Psicofisiológicos	66	Bajo

**Fuente:** Datos del caso XVI

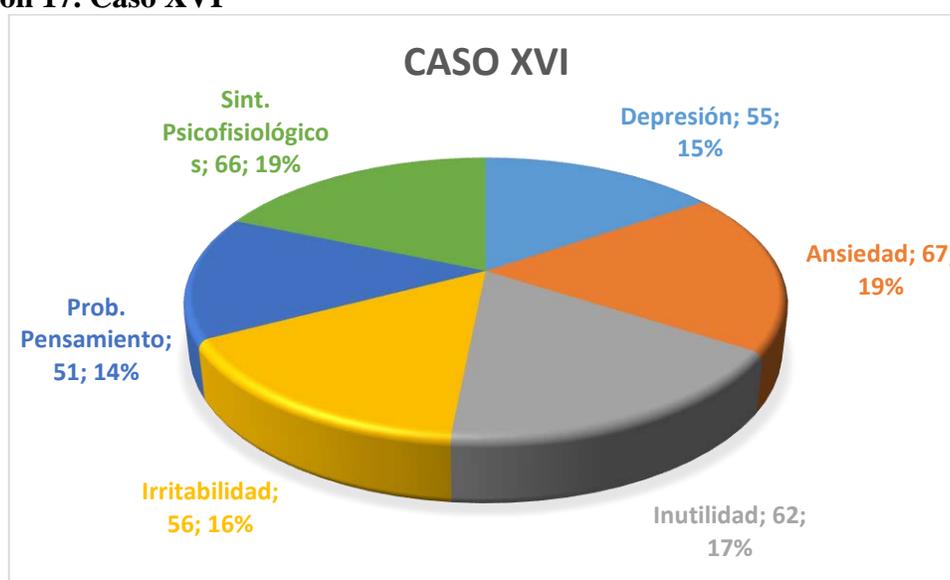
### Observaciones

Según los resultados el individuo muestra síntomas de depresión, puede mostrarse irritable con sentimientos de inutilidad.

Al estar puntuando tan alto en los niveles de ansiedad deja evidente que hay una desorganización a la hora de resolución d problemas y puede haber posibles alteraciones fisiológicas.

Los síntomas que le ocasionan pueden ser: problemas dermatológicos, problemas de respiración, problemas gastrointestinales, cefaleas.

**Ilustración 17. Caso XVI**



**Fuente: Tabla 19.**

### **Interpretación porcentual**

La interpretación de las puntuaciones escalares con un rango Muy alto es:

Ansiedad y los Síntomas psicofisiológicos con un porcentaje del 19%, seguido de las puntuaciones con un rango Alto que son: Inutilidad con 17%, Irritabilidad 16% y la Depresión con 15%.

La puntuación faltante se encuentra por debajo del rango esperado para el estudio.

## Caso XVII

### Datos del sujeto:

**Id:** LP.

**Sexo:** Hembra

**Edad:** 9 años.

### Puntuaciones de escalas:

**Depresión:** 57

**Ansiedad:** 56

**Inutilidad:** 61

**Irritabilidad:** 58

**Problemas de pensamiento:** 45

**Síntomas psicofisiológicos:** 57

**Tabla 20 Caso XVII**

<b>Escalas</b>	<b>Puntuación</b>	<b>Porcentaje</b>
Depresión	57	Normal/Alto
Ansiedad	56	Normal/Alto
Inutilidad	61	Alto
Irritabilidad	58	Normal/Alto
Prob. Pensamiento	45	Bajo
Sint. Psicofisiológicos	57	Normal/Alto

**Fuente:** Datos del caso XVII

### Observaciones

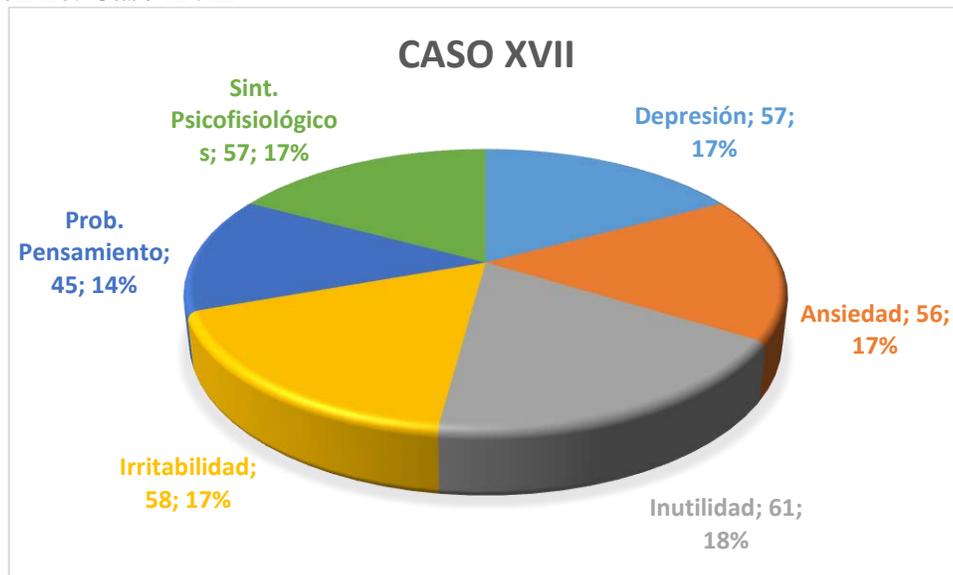
Los resultados muestran que el joven posee un estado muy depresivo, causándole pérdida de energía, sentimiento de inutilidad, problemas de sueño y disminución de la capacidad para pensar.

Existe comorbilidad entre la ansiedad y la depresión; por lo que sus síntomas psicofisiológicos de ansiedad son muestra directa de su depresión.

Los síntomas de la ansiedad podrían ser desorganización de la acción, y posibles alteraciones fisiológicas, como temblores y una incorrecta respiración.

El individuo se siente inútil ante las expectativas que tiene de sí mismo e insatisfacción por no poder responder ante las urgencias de la vida, causándole irritabilidad pudiéndose mostrar agresivo, ya sea física o verbalmente.

**Ilustración 18. Caso XVII**



**Fuente: Tabla 20.**

### **Interpretación porcentual**

La interpretación de las puntuaciones escalares con un rango Alto es:

Inutilidad con un porcentaje de 18%, el resto de las puntuaciones pertenecen al rango Normal/Alto con 17%, exceptuando los Problemas de pensamiento que se encuentra por debajo de la puntuación esperada para el estudio.

## Caso XVIII

### Datos del sujeto:

**Id:** MC.

**Sexo:** Hembra

**Edad:** 8 años.

### Puntuaciones de escalas:

**Depresión:** 58

**Ansiedad:** 55

**Inutilidad:** 60

**Irritabilidad:** 56

**Problemas de pensamiento:** 52

**Síntomas psicofisiológicos:** 54

**TABLA 21 CASO XVIII**

Escalas	Puntuación	Porcentaje
Depresión	58	Normal/Alto
Ansiedad	55	Normal/Alto
Inutilidad	60	Normal/Alto
Irritabilidad	56	Normal/Alto
Prob. Pensamiento	52	Bajo
Sint. Psicofisiológicos	54	Bajo

**Fuente:** Datos del caso XVIII

### Observaciones

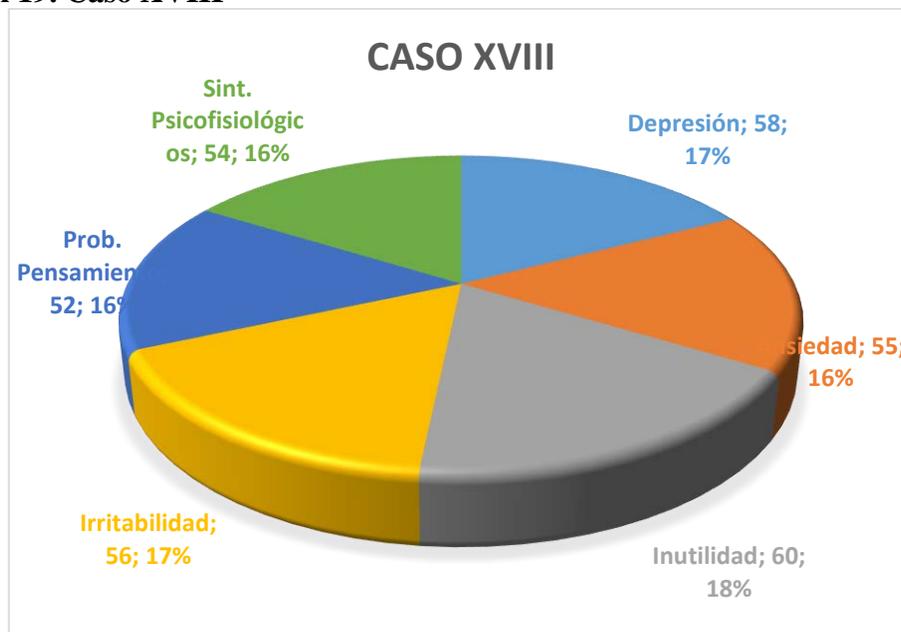
A través de los resultados podemos decir que la persona se encuentra dentro de un estado de ánimo depresivo e irritable esto conlleva a padecer problemas de sueño, disminución del apetito, pérdida de energía y problemas de pensamiento mezclado con conductas de escapa ante

situaciones sociales y agobio al estar entre mucha gente. Las situaciones cotidianas le causan rabia y molestia.

Esta persona tiene una percepción de sí mismo muy pobre en cuanto a su valor como ente social y puede percibir que es inútil y no puede hacer nada bien y sin ayuda, de igual manera puede presentar pensamientos intrusivos y molestos lo que le hace ver todo desde una perspectiva negativa, sentir miedo a perder el control y a las cosas que le puedan ocurrir.

Esto le lleva a presentar de manera física su molestia con dolores corporales, problemas respiratorios, temblores, etc.

**Ilustración 19. Caso XVIII**



**Fuente: Tabla 21.**

### **Interpretación porcentual**

La interpretación de las puntuaciones escalares con un rango Normal/Alto son:

Inutilidad con un porcentaje del 18%, le siguen la Depresión e Irritabilidad con 17%, la Ansiedad tiene un 16% dentro de la puntuación esperada para el estudio, mientras que los

Síntomas psicofisiológicos y los Problemas de pensamiento están fuera del rango de puntuación escogida para el estudio.

### **Caso XIX**

#### **Datos del sujeto:**

**Id:** PM.                      **Sexo:** Hembra                      **Edad:** 12 años.

#### **Puntuaciones de escalas:**

**Depresión:** 60

**Ansiedad:** 53

**Inutilidad:** 55

**Irritabilidad:** 62

**Problemas de pensamiento:** 57

**Síntomas psicofisiológicos:** 55

**TABLA 22 CASO XIX**

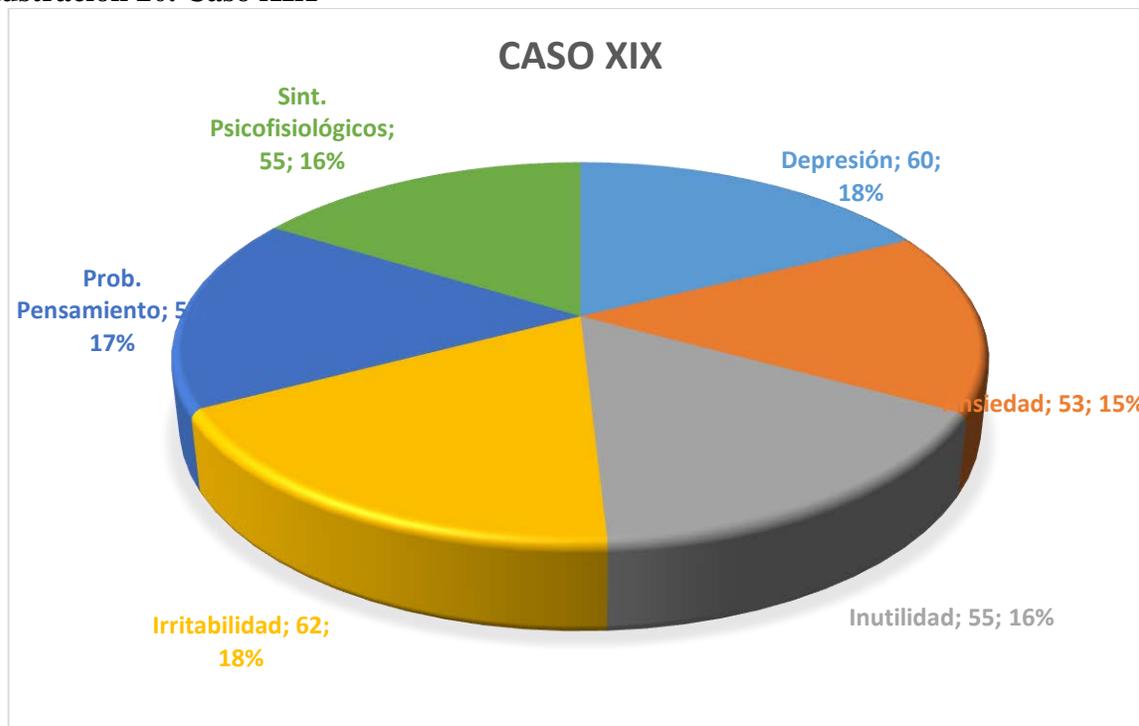
<b>Escalas</b>	<b>Puntuación</b>	<b>Porcentaje</b>
Depresión	60	Normal/Alto
Ansiedad	53	Bajo
Inutilidad	55	Normal/Alto
Irritabilidad	62	Alto
Prob. Pensamiento	57	Normal/Alto
Sint. Psicofisiológicos	55	Normal/Alto

**Fuente:** Datos del caso XIX

#### **Observaciones**

El individuo tiene notables síntomas de depresión que lo llevan a sentirse inútil y a tener tensión e irritabilidad. Esto se puede traducir en agresión ya sea verbal o física, a tener pensamientos suicidas, problemas de concentración y problemas para conciliar el sueño.

## Ilustración 20. Caso XIX



Fuente: Tabla 22.

### Interpretación porcentual

La interpretación de las puntuaciones escalares con un rango Alto es:

Irritabilidad con un porcentaje de 18%, seguido de las puntuaciones con un rango Alto que son: Depresión 18%, Problemas del Pensamiento 17%, Síntomas psicofisiológicos e Inutilidad con un porcentaje idéntico del 16%.

La última escala se encuentra fuera del rango estimado para el estudio.

## Caso XX

### Datos del sujeto:

**Id:** LG.

**Sexo:** Hembra

**Edad:** 8 años.

### Puntuaciones de escalas:

**Depresión:** 61

**Ansiedad:** 62

**Inutilidad:** 53

**Irritabilidad:** 69

**Problemas de pensamiento:** 64

**Síntomas psicofisiológicos:** 61

**TABLA 23 CASO XX**

<b>Escalas</b>	<b>Puntuación</b>	<b>Porcentaje</b>
Depresión	61	Alto
Ansiedad	62	Alto
Inutilidad	53	Bajo
Irritabilidad	69	Muy Alto
Prob. Pensamiento	64	Alto
Sint. Psicofisiológicos	61	Alto

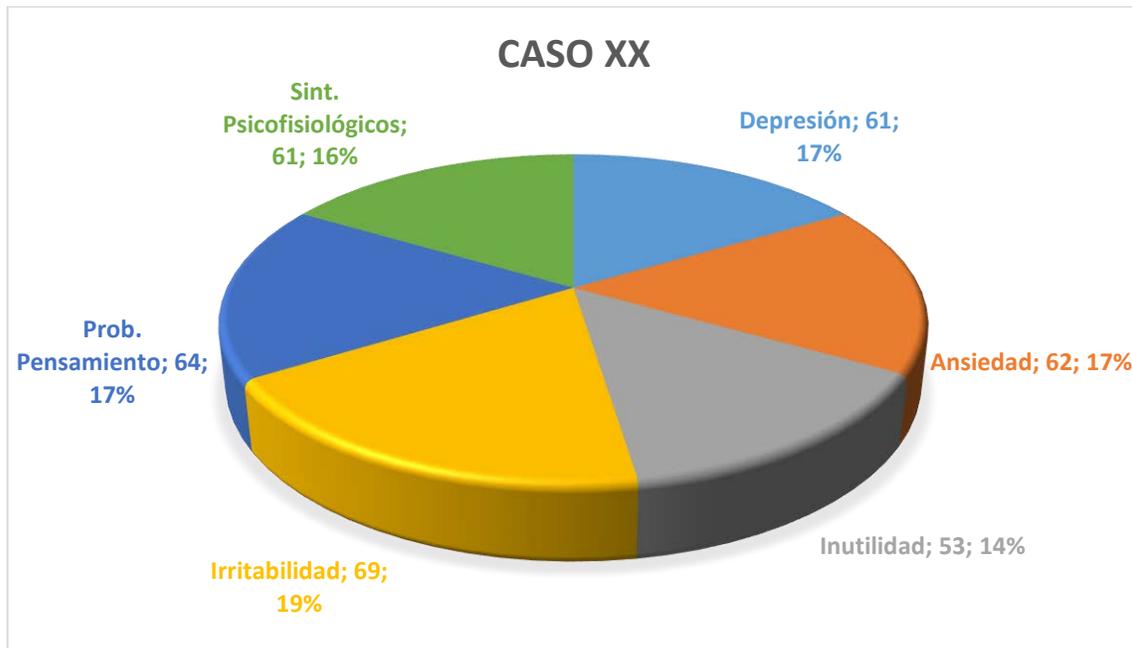
**Fuente:** Datos del caso XX

### Observaciones

Dentro del cuadro de resultados podemos notar que esta persona suele tener pensamientos molestos, intrusivos, suicidas que desencadenan entre si diferentes síntomas tanto internos como externos. Entre estos síntomas pueden aparecer: problemas respiratorios, de sueño, alimenticios, irritabilidad ante situaciones cotidianas, baja percepción de la propia valía,

miedo y agobio ante situaciones sociales, se percibe como una persona que no puede hacer las cosas bien ni por sí mismo y a desarrollar tensión con dolores corporales, temblor de manos, entre otros.

### Ilustración 21. Caso XX



Fuente: Tabla 23.

### Interpretación porcentual

La interpretación de las puntuaciones escalares con un rango Muy Alto es:

Irritabilidad con un porcentaje del 19%, seguido de las puntuaciones con un rango Alto que son: Problemas del Pensamiento, Ansiedad y Depresión con un porcentaje igual del 17% y los Síntomas psicofisiológicos con 16%.

La última escala no puntúa dentro del rango esperado para el estudio.

### Caso XXI

#### Datos del sujeto:

**Id:** EM.

**Sexo:** Hembra

**Edad:** 12 años.

**Puntuaciones de escalas:**

**Depresión:** 57

**Ansiedad:** 52

**Inutilidad:** 50

**Irritabilidad:** 64

**Problemas de pensamiento:** 54

**Síntomas psicofisiológicos:** 50

**TABLA 24 CASO XXI**

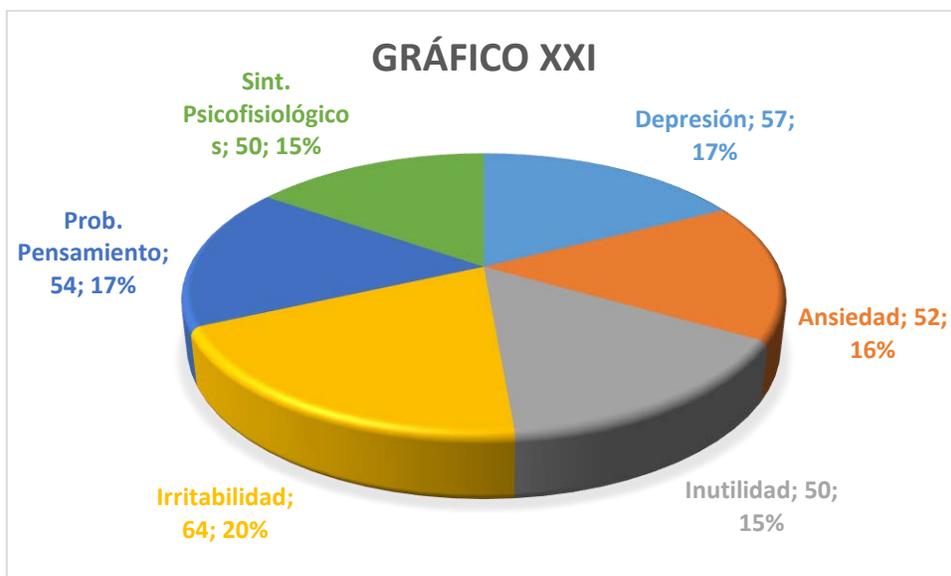
<b>Escalas</b>	<b>Puntuación</b>	<b>Porcentaje</b>
Depresión	57	Normal/Alto
Ansiedad	52	Bajo
Inutilidad	50	Bajo
Irritabilidad	64	Alto
Prob. Pensamiento	54	Bajo
Sint. Psicofisiológicos	50	Bajo

**Fuente: Datos del caso XXI**

**Observaciones**

Según lo observado en el resultado de los análisis podemos decir que la persona es irritable y tiene un estado de ánimo depresivo con pérdida de energía, falta de apetito, disminución de la capacidad de pensar y pensamiento suicida; suele enfadarse fácilmente y llevar consigo una sensación interna de rabia constante ante las situaciones cotidianas.

## Ilustración 22. Caso XXI



**Fuente:** Tabla 24.

### Interpretación porcentual

La interpretación de la puntuación escalar con un rango Alto es:

Irritabilidad con un porcentaje de 20%.

Dentro del rango Normal/Alto encontramos la Depresión con 17%, mientras que el resto de las escalas están dentro del rango bajo que no ha sido parte de la muestra de estudio.

### Tabla de puntuación total de las escalas

**Tabla No. 25**

<b>Variabes</b>	<b>Frecuencia</b>
Depresión	13
Ansiedad	11
Inutilidad	11
Irritabilidad	13
Problemas de pensamiento	10
Síntomas psicofisiológicos	13
Total	71

**Fuente: Datos De Todos Los Casos.**

De un total de 30 jóvenes que tomaron la prueba, solo 21 de ellos obtuvieron puntuaciones significativamente altas en las escalas de medición.

En la tabla 1 se desglosa la cantidad de personas que por escala obtuvieron altas puntuaciones en cada una de las variables.

## **Análisis comparativo de los resultados**

En una población de 30 jóvenes, solo 21 presentaron resultados relevantes en cuanto a las variables que fueron medidas y el 30% no presentó hallazgos significativos para los objetivos de investigación. En esta muestra predominaron el sexo femenino (53%) y de los jóvenes que tenían 12 años en el momento del estudio (33%). Fueron analizadas las siguientes escalas: depresión, ansiedad, inutilidad, irritabilidad, problemas de pensamiento y síntomas psicofisiológicos.

Al presentar las variables por orden de frecuencia, las de mayor número de veces fueron depresión, irritabilidad y síntomas psicofisiológicos (13), seguido de ansiedad e irritabilidad (11) y por último se encuentran los problemas de pensamiento (10). Así mismo, en cuanto a los impactos de la discapacidad auditiva o visual en la familia, se encontró que el 48% de los niños pertenecientes a la muestra, presentan ansiedad, seguido del 43% afectado por problemas de pensamiento, 29% padece depresión, sentimiento de inutilidad, irritabilidad y problemas psicofisiológicos.

## **Conclusión**

Al finalizar el análisis sobre las variables psicoemocionales y sociales que inciden en el desempeño académico de niños de 6 a 12 años que tienen hermanos con discapacidad auditiva y visual, periodo enero-julio 2019 arribaron las conclusiones siguientes:

Se pudieron determinar las etapas y competencias psicoemocionales y sociales, así como su relación con el desempeño académico de los niños con hermanos que tiene discapacidad auditiva y visual, desde los enfoques cognitivo y emocional.

Los niños en edades comprendidas entre los 6 y 12 años, pueden comprender y expresar sus sentimientos, lo que les ayudará a gestionar sus emociones. Al relacionarse con otros niños pueden experimentar enfado razonado o bien pueden reservar sus emociones. En las familias en las que alguno de los hijos demanda más que el resto, por su condición de discapacidad, los hermanos se pueden ver afectados a nivel emocional y comúnmente se vuelven niños reservados, lo que en el ámbito académico se relaciona con bajo.

Las familias de niños con discapacidad auditiva y visual viven una experiencia traumática que despierta conflictos psicológicos y provoca estilos de vinculación particulares entre los miembros, especialmente entre los hermanos, los cuales adoptan un rol de ayudante debido a los requerimientos particulares de su hermano portador de una discapacidad, como la necesidad de vías de comunicación alternativas, lo cual impacta el núcleo familiar a nivel emocional e induce a centrar las expectativas de futuro sobre el hijo sano. Cabe destacar que un miembro con discapacidad auditiva y/o visual provoca emociones negativas en los hermanos neurotípicos. El trato dispensado por los padres marca diferencias significativas en la crianza

de uno u otro y provoca dificultades entre los hermanos, es decir; los problemas conductuales del hermano con discapacidad se relacionan con el ajuste psicológico fraterno.

Se puede concluir que existen rasgos significativos en cuanto a la presencia de problemas emocionales que influyen de manera directa en el desempeño académico de los niños. Con la alta prevalencia de los problemas emocionales estudiados en el desarrollo de la investigación, la más relevante de las implicaciones para los que tienen hermanos con este tipo de discapacidad, es en cuanto al desarrollo de la dinámica familiar, pues factores como características familiares, clima afectivo, seguridad y tipo de crianza, se asocian al rendimiento académico, demostrando así que el fenómeno implica una predisposición compleja que condiciona el desarrollo psicoemocional y la socialización.

A pesar de la relación existente entre los problemas emocionales y el bajo rendimiento académico que acarrea el tener un hermano con discapacidad auditiva y visual, otros factores externos están asociados con el desempeño académico, como la falta de motivación y las expectativas excesivas, los cuales pueden interferir significativamente con el aprendizaje de los jóvenes entre los 6 y 12 años de edad y que dada su importancia bien pueden ser el objeto de investigaciones ulteriores.

En esta investigación se evidenció claramente que los jóvenes que representaron la muestra, presentan igual prevalencia en cuanto a problemas internalizantes como a problemas de tipo externalizantes, mostrando de forma significativa una relación entre los problemas emocionales y el desempeño académico.

## **Recomendaciones**

Instamos a las instituciones a crear charlas que doten a los miembros de las familias con estrategias de afrontamiento didácticas para un mejor desarrollo a la hora de estudiar, de igual forma que estas charlas estén sustentadas por temas de motivación personal y manejo de las emociones, para lograr así, un balance en cuanto a los temas de educación y ámbito familiar.

Orientar a los integrantes de estas familias para dotarlos de herramientas efectivas para la crianza de sus hijos, donde puedan canalizar sus emociones y no afectar directamente a los otros hermanos.

Guiar a los padres para que eduquen a los hermanos desde temprana edad, sobre la discapacidad de su hermano.

Sugerir a los padres que sean partícipes al momento de que el niño realice sus actividades, que les corrijan y dediquen tiempo a la revisión de las clases y tareas para que de esta manera actúen a tiempo si hay alguna falla académica y puedan detectar con más facilidad de donde surge el problema.

Aconsejamos a los padres, evitar atribuir responsabilidades que no corresponden a los hijos en torno a un hermano discapacitado.

Fomentar dentro las escuelas, el desarrollo de la inteligencia emocional para el manejo de la preocupación, vergüenza, miedo, sentimiento de pérdida, soledad y culpabilidad que afectan directamente a los miembros de familias que tienen hijos con alguna discapacidad.

Generar sentimientos de igualdad entre los hermanos.

Crear grupos de apoyo de la mano de la escuela y psicólogos capacitados, con otros hermanos de niños especiales donde convivan con niños de edades similares en un entorno en donde puedan compartir entre iguales sus experiencias, sentimientos, preocupaciones y miedos, así como recibir retroalimentación de otros jóvenes acerca de cómo han lidiado con las frustraciones y dificultades.

Alentamos a los psicólogos a establecer conjuntamente con la familia, una comunicación asertiva, respetuosa y efectiva entre todos sus miembros, para el buen desarrollo de su dinámica, el buen afrontamiento de las situaciones que se presenten y para el entendimiento sano de cada uno de ellos.

Estimular a los demás hermanos a aprender todo sobre la discapacidad o situación de enfermedad que atraviesa su hermano y a cómo lidiar con ella.

Mantener abiertas las líneas investigación para realizar más estudios en esta temática de urgencia.

## BIBLIOGRAFÍA

Adolfhs R (2002). Emoción y conocimiento en el cerebro humano, En: L Morgade (Ed.). *Emoción y Conocimiento, Barcelona: Turquetas*

Alfonso V (2006). Desarrollo de la personalidad En: Cordola A Descals A Gil M. *Psicología de Desarrollo en la Edad Escolar, Madrid: Pirámide*

Algozzine, B. y Algozzine, K.M. (2009). Facilitating academic achievement through school wide positive behavior support. In W. Sailor, G. Dunlap, G. Sugai y R. H. Horner (Eds.), *Handbook of positive behavior support* (pp. 521–550). New York: Springer.

Aguilera Ávila, L. (2013), Cáceres Rodríguez, C. (2015). Manual de la asignatura: Trabajo Social y Discapacidad.

Andolfi, N y Zwerling, G. (1985). *Dimensiones de la terapia familiar*. Piados, Buenos Aires.

Álvarez M Castro P Campo M Álvarez E (2005). Actitudes de los maestros ante las necesidades educativas específicas. *Psicothema 17 (4): 601*

Aspace.org (Septiembre de 2001) Recuperado de:  
[https://aspace.org/assets/uploads/publicaciones/e74e4-cif\\_2001.pdf](https://aspace.org/assets/uploads/publicaciones/e74e4-cif_2001.pdf)

Badia M (2005). Calidad de vida familiar: la familia como apoyo a la persona con parálisis cerebral. *Intervención Psicosocial* 14 (3): 341

Banet C (2013). Psychological construction: The Darwinian approach to the science of Emotion. *Emotion Review*, 5: 379.

Beavers, W. R. & Hampson, R. B. (2000). The Beavers systems model of family functioning. *Journal of Family Therapy*, 22, 128-143

Bert, C. (2006). La Fratrie à l'épreuve du handicap. Ediciones Erés, Ramonville Saint-Agne.

Bisquerra, R. (2003): «Educación emocional y competencias básicas para la vida». *Revista de Investigación Educativa (RIE)*, 21 (1), 7-43.

Biosca, S. y Maceda, I. (2004). Discapacidad e integración: familia, trabajo y sociedad. *Madrid*

Branden, N. *Como mejorar su auto-estima*. Piados, Buenos Aires, 1986.

Blondal, K.S. y Adalbjarnardottir, S. (2009). Parenting practices and school dropout: a longitudinal study. *Adolescence*, 44 (176), 729-49.

Cabezas, H. (2001). Los padres del niño con autismo: una guía de intervención. *Revista Electrónica Actualidades Investigativas en Educación* 1 (20): 16

Cantero, M. (2006). Desarrollo psicosocial: desarrollo afectivo En: Cordola A Descals Gil M. *Psicología del Desarrollo en la Edad Escolar, Madrid: Pirámide*

Castejón, J.L., & Pérez, A.M. (1998). Un modelo causal-explicativo sobre la influencia de las variables psicosociales en el rendimiento académico. A causal-explicative model about the influence of psycho-social variables on academic achievement. *Bordón*, 50, 171-185.

Cuskelly, M., y Gunn, P. (2006). Adjustment of children who have a sibling with Down syndrome: Perspectives of mothers, fathers and children. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50(12), 917-925.

Chóliz, M. (2005). Psicología de la emoción: el proceso emocional. Recuperado el 17 de diciembre de 2019, de: <http://www.uv.es/choliz/Proceso%20emocional.pdf>

Davidoff, L. (1980). Introducción a la psicología. *Mc Graw-Hill, México*

Day, C., y Leitch, R. (2001). Teachers' and teacher educators' lives: The role of emotion. *Teaching and Teacher Education*, 17(4), 403-415.

Descals, A. y Avilas, V. (2006). Desarrollo del lenguaje En: Cordola A Descals A Gil M. *Psicología del Desarrollo en la Edad Escolar, Madrid: Pirámide*

Dew, A., Balandin, S. y Llewellyn, G. (2008). The psychosocial impact in siblings of people with lifelong physical disability: a review of the literature. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 20, 485-507.

Dykens, E. (2006) Toward a positive psychology of mental retardation. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76(2), 185-93.

Dyke, P., Mulroy, S. y Leonard, H. (2009). Siblings of children with disabilities: challenges and opportunities. *Acta Pediátrica*, 98(1), 23-24.

Edel Navarro, R. (2003). El rendimiento académico: concepto, investigación y desarrollo *REICE: Revista Electrónica Iberoamericana sobre Calidad Eficacia y Cambio en Educación Vol.1 (2)*.

Eisenberg, N., Fabes, R. y Murphy, B. (1996). Parents reactions to children social competence and comforting behavior. *ChildrenDevelopment* 67 (5): 2247

Estrada, L. (1987). El ciclo vital de la familia. México: Posadas.

Fantova, F. (2000). Trabajar con las familias de las personas con discapacidades. *Siglo Cero*, 31 (6), 33-49.

Fishman, H.C. (1995). *Tratamiento de adolescentes con problemas. Un enfoque de terapia familiar*. España: Paidós.

Fresnillo, M. (2014). Desde la familia, la discapacidad se mira con otros ojos. *Revista Educación y Futuro Digital No. 9*

Fundación Derecho y Discapacidad (2015). Estudios sobre las necesidades de las familias de las personas con discapacidad. *Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales de Igualdad: 100*

García, T., Pintrich, P. R. (1994). Regulating motivation and cognition in the classroom: The role of self-schemas and self-regulatory strategies. En D. H. Schunk and B. J. Zimmerman (Eds.). *Self Regulation of learning and performance: Issues and educational applications*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

García Bacete, F.J. y Rosel Remírez, J. (1999). Características familiares y estimación de los resultados educativos de los alumnos por el profesor. *Psicothema*, vol. 11, núm. 3, pp. 587-600.

Gallardo, P. (2007). El desarrollo emocional en la educación primaria (6 -12 años). *Cuestiones Pedagógicas 18: 143*

Gil, M. (2006). Desarrollo físico y motor. En Condola A Descals A Gil M. *Psicología en el Desarrollo en la Edad Escolar, Madrid: Pirámide*

Guevara Benítez, Y. y González Soto, E. (2012). Las familias ante la discapacidad. *Revista Electrónica de Psicología Vol. 15(3). IZTACALA.*

González, M<sup>a</sup>. T. (1999). Algo sobre autoestima: qué es y cómo se expresa. *Revista de Pedagogía de la Universidad de Salamanca*, 11, 217-232.

González Pineda, J. A. (2003). El rendimiento escolar. Un análisis de variables que lo condicionan. *Revista Galego-Portuguesa de Psicoloxía e Educación*, 8, 247.

Hansen, B. (2003) Desarrollo en la edad adulta. México: Manual Moderno.

Hodapp, H.M., Masters Glidden, L. y Kaiser, A.P. (2006). Hermanos/as de personas con discapacidad: Hacia una agenda de investigación. Vol. 43, 5, 334-338.

Horton y Hunt. Sociología. Mc Graw Hill. Bogotá, 1977.

Iriarte, C. y Banola, S. (2016). Revisión de estudios sobre la vivencia emocional de la discapacidad por parte de hermanos: *100*

Kancyper, L. (1997). Resenha: La confrontación generacional: estudio psicoanalítico.

*Revista de Psicoanálisis*. Buenos Aires, 54(1), 257-8.

Lang, P. J., & Bradley, M. M. (2010). Emotion and the Motivational Brain. *Biological Psychology*, 84, 437-450.

Lassen, S. R., Steele, M. M. y Sailor, W. (2006). The relationship of school-wide positive behavior support to academic achievement in an urban middle school. *Psychology in the Schools*, 43, 701–712.

Levav, M. (2005). Neuropsicología de la emoción. Particularidades de la infancia, *Revista Argentina de Neuropsicología* 5, 15

Le Doux, J. y Hoffman, J. (2018). The subjective experience of emotion. A fear full view. *Current Opinion Behavioral Science* 19: 72

Lobato, D. (1992). Hermanos y hermanas de niños con necesidades especiales. *Madrid: Inersso*.

Mauss, I. B., y Robinson, M. D. (2009). Measures of emotion: A review. *Cognition and emotion*, 23(2), 209-237.

Marchesi, A. (1995). El desarrollo cognitivo y lingüístico de los niños sordos. *Madrid: Alianza Editorial*.

Martínez, M. (2008). Epistemología y metodología cualitativa en las ciencias sociales. México: Editorial Trillas.

Mayan, M. (2001). Una introducción a los métodos cualitativos: Módulo de entrenamiento para estudiantes y profesores. Alberta: Qual Institute Press. Recuperado de <http://www.ualberta.ca/~iiqm/pdfs/introduccion.pdf> [Fecha de acceso: 18 de diciembre, 2019].

Miller, I.W., Kabacoff, R.I., Epstein, N.B., Bishop, D.S., Keitner, G.I., Baldwin, L.M. & Van der Spuy, H.I.J. (1994). The development of a clinical rating scale for the McMaster Model of Family Functioning. *Family Process*, 33, 53-69.

Mora Rojas, I.M. (1994). Los cuatro factores clave de Virginia. *Revista Costarricense de Trabajo Social*. Universidad de Costa Rica.

Moreno, A. (1996). La familia popular venezolana. SIC. 590, p. 441-442.

Mussen, C. & Kagan, Y. (1997) Desarrollo de la personalidad del niño. Trillás, México.

Núñez, B. y Rodríguez, L. (2005). Los hermanos de personas con discapacidad: una asignatura pendiente *Buenos Aires: AMAR*

Núñez, B., Rodríguez, L. y Lanciano, S. (2015). El vínculo fraterno cuando uno de los hermanos tiene discapacidad. *Revista Española sobre Discapacidad Intelectual* Vol. 36 (4) No. 216: 74

Núñez, B. (1998). El niño discapacitado, su familia y su docente. *Buenos Aires. Grupo Himedial*

Oliva, A. (2006). Relaciones familiares y desarrollo adolescente. *Anuario de Psicología*, Vol. 37, No. 3, diciembre, 2006, pp. 209-223. *Universidad de Barcelona, España.*

Olson, D. H., Sprenkle, D. H. & Russell, C. S. (1979). Circumplex model of marital and family systems: I. Cohesion and adaptability dimensions, family types, and clinical applications. *Family Process*, 18, 3-28.

Ortiz, M. (2007). Experiencias en la intervención psicológica con familias de personas dependientes. *Intervención Psicosocial* 16(1): 105

Ortíz, M.J., Apodaca, P., Etxebarria, I., Fuentes, M.J. y López, F. (2007). Predictores de la educación moral en las familias actuales. *Journal Infancia y Aprendizaje*, vol. 30, núm. 2.

Orjales, I. y Polaino-Lorente, A. (1993). Impacto y consecuencias psicopatológicas del retraso mental en la familia. *Revista Complutense de Educación*, 4(2), 65-95.

Paniagua, G. (2002). La familia de niños con necesidades especiales. En Marchesi A., Coll, C. y Palacios, J. (Eds.) *Desarrollo Psicológico y Educación*. 3. Trastornos del Desarrollo y necesidades educativas especiales. 2da ed. (pp. 469-489) Madrid: Alianza Editorial.

Papalia, D., Olds., S. y Feldman, R. (2012). *Desarrollo humano*. México: McGraw-Hill.

Patrikakou, E.N. (1996). Investigating the academic achievement of adolescents with learning disabilities: A structural modeling approach. *Journal of Educational Psychology*, 88, 435-450.

Peck, M. *La nueva psicología del amor*. Emece, Buenos Aires, 1986.

Pessoa, L. (2008): «On the relationship between emotion and cognition». *Nature Reviews. Neuroscience*, 9 (2), 148-58.

Ponce Ribas, A. (2007). Apoyando a los hermanos: Tres propuestas de intervención con hermanos de personas con discapacidad intelectual. *Cuadernos de buenas prácticas FEAPS*.

Powell, T. y Ogle, P. (1991). *El niño especial. El papel de sus hermanos en la educación*. Grupo Editorial Norma, Bogotá, Colombia.

Purves, D., Augustines, G.D., Fitzpatrick, L., Katz, A., Lamantia, A. y McNamara, J. (2001). *Invitación a la neurociencia*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.

Platone, M. (1999). *Familia y sociedad: El enfoque sistémico del cambio*. Caracas: Universidad Central de Venezuela.

Recagno, I. Platone, M. (1998). La familia Venezolana Contemporánea: Retos y Alternativas *AVEPSO*, (9), 63-71.

Reina, M. Oliva, A (2015). De la competencia emocional a la autoestima y satisfacción vital en adolescentes. *Psicología Conductual*, 23, 2: 345

Rizo, A.M. (1991). *El proceso de crecimiento integral*. Guadalajara.

Rodrigo, M. y Palacios, J. (coords.). (1998). *Familia y desarrollo humano*. Madrid: Alianza.

Saarni, C., Mumme, D. L., & Campos, J. J. (1998). Emotional development: Action, communication and understanding. In W. Damon (Ed.), *Handbook of child psychology* (5th ed., pp. 237-309). New York: Wiley.

Rudasill, K.M., Gallagher, K.C. y White, J.M. (2010). Temperamental attention and activity, classroom emotional support, and academic achievement in third grade, *J Sch Psychol.*, 48 (2), 113-34.

Saarni, C., Mumme, D. y Campo, J. (1998). Emotional development: action, communication and understanding In.: W Damon (Ed) N Eisenberg. *Handbook of Child Psychology Vol.3 Social, Emotional and Personality Development New York: Wiley*

Sarto, M.P. (2004). Familia y discapacidad. Recuperado el 17 de diciembre de 2019 de:  
<http://campus.usal.es/--inicio/actividades/actasuruguay2001/5.pdf>.

Satir, V. (1977). *Nuevas relaciones humanas en el núcleo familiar*. México, PAX

Satir, V. (1982). *Relaciones humanas en el núcleo familiar*. México, PAX.

Satir, V. (1988). *Relaciones humanas en el núcleo familiar*. México, PAX.

Satir, V. (1989). *El primer paso para ser amado*. México, PAX.

Satir, V. (1991). *Talleres de comunicación con el enfoque Satir. Manual de trabajo práctico*. México, PAX.

Satir, V. (1995). *Terapia familiar paso a paso*. México, PAX.

Seguí, J.D., Ortíz-Tallo, M. y De Diego, Y. (2008). Factores asociados al estrés del cuidador primario de niños con autismo: Sobrecarga, psicopatología y estado de salud. *Anales de Psicología*, 24(1), 100-105.

Serrano, C., Sevilla, H. y Lara, D. (2016). Desarrollo emocional. Evolución de las competencias emocionales en la infancia. *International Journal of Developmental and Educational Psychology Vol.1 (1): 81*

Simón y col. *Vocabulario de la terapia familiar*. Gedisa, Buenos Aires, 1988.

Scelles, R. (2006) La riqueza del vínculo fraterno. *Revista Síndrome de Down*, 91, 129-135.

Schalock, R. (1999): <<Hacia una nueva concepción de la discapacidad>>, en *Siglo Cero. Revista española sobre Discapacidad Intelectual* 1, vol. 30, pp. 5-20.

Schorn, M. (2002). El niño y el adolescente sordo. Reflexiones psicoanalíticas. Buenos Aires: Editorial S. A.

Stake, R.E. (1999). Investigación con estudio de casos. Madrid: Ediciones Morata.

Sroufe, A. (2005). Desarrollo emocional: la organización de la vida emocional en los primeros años. *México: Oxford*

Stelzer, F. Cervigni, M (2011). *Desempeño académico y funciones ejecutivas en infancia y adolescencia. Una revisión de la literatura*. Revista de Investigación en Educación, nº 9 (1), 2011, pp. 148-156.

Stoneman, Z. (2005). Siblings of children with disabilities. *Mental Retardation* 43 (5): 339

Vallejo Casarín, A., & Mazadiego Infante, T. (2006). Familia y rendimiento académico. *Revista de Educación y Desarrollo*, 1 (1), 55-85.

Valmaseda y Díaz- Estébanez (1999). Definición de sordera central.

Villaroel, V. (2001). Relación entre autoconcepto y rendimiento académico. *Psyche Vol. 10 (1): 18*

West, A., Noden, P., & Edge, A. (1998). Parental involvement in education in and out of school. *British Educational Research Journal*, 24,461-484.

Watson, M. (2017). El estado actual de la investigación y la intervención sobre la vivencia emocional de los hermanos ante la discapacidad. *Redes 35: 71*

Webmati.es (03 de septiembre de 2015). Deficiencia, discapacidad y minusvalía. Recuperado de:

[http://www.webmati.es/index.php?option=com\\_content&view=article&id=13:deficiencia-discapacidad-y-minusvalia&catid=13&Itemid=160](http://www.webmati.es/index.php?option=com_content&view=article&id=13:deficiencia-discapacidad-y-minusvalia&catid=13&Itemid=160)

Zaccagnini, J.L. (2004). Qué es la inteligencia emocional: la relación entre pensamientos y sentimientos en la vida cotidiana. Madrid: Biblioteca Nueva.

## **ANEXOS**

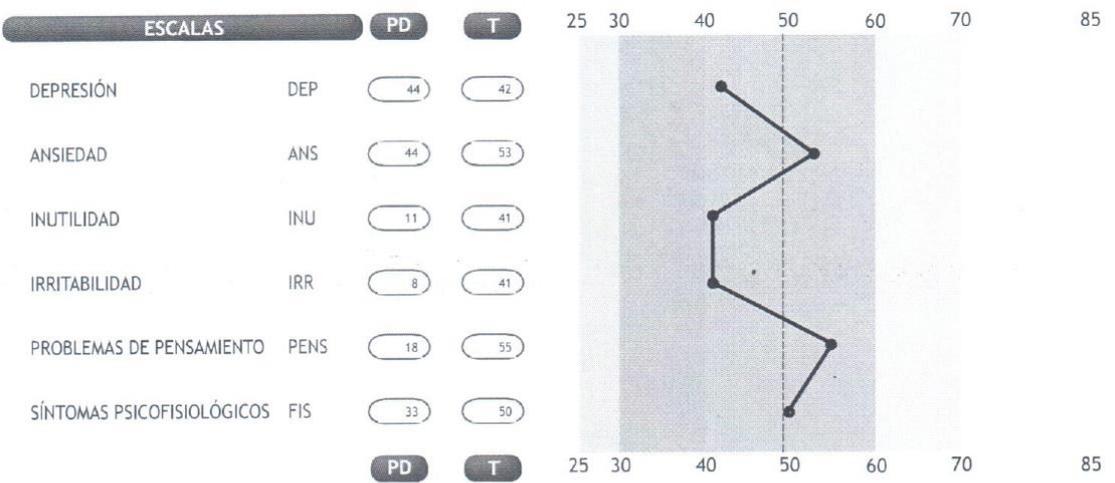
**PERFIL** **CECAD** **ANSIEDAD Y DEPRESIÓN**

**Id:** Yoe9

**Edad:** 8 años      **Sexo:** Mujer      **Fecha de aplicación:** 23/05/2019

**Baremo:** 7 a 12 años. Mujeres

**Responsable de la aplicación:** Estefania Demey, Mikaela Sáez



**OBSERVACIONES:**

NOTA: T, escala típica con media=50 y desviación típica=10.

22 de febrero, 2019.  
Santo Domingo, R.D.

**Lic. Ana Yuderkis Sánchez**  
**Directora**  
**Centro para discapacitados José Manuel Rodríguez**  
Sus Manos.-  
Ciudad.-

Estimada Lic. Sanchez,

Cortésmente, solicitamos la autorización para que las jóvenes Estefania Demey y Mikaela Saez, **matrículas 09-0858 y 12-1510**, estudiantes de la carrera de Psicología Clínica, puedan realizar una investigación que le servirá de soporte en la elaboración de su tesis de grado, titulada **“Variables psicoemocionales y sociales que inciden en el desempeño académico de niños de 7 a 12 años que tienen hermanos con discapacidad auditiva y visual en el Distrito Nacional en el periodo Enero - Julio 2019.”**

Contando con su colaboración,

Con sentimientos de alta consideración y estima, le saluda,



  
**Lic. Adrian Teonilda De Oleo**  
Directora Dpto. de Psicología





**UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO HENRÍQUEZ UREÑA.**

**Facultad De Humanidades Y Educación.**

**Departamento de Psicología.**

Estimado padre o madre, le pedimos su colaboración de manera confidencial para la realización de la tesis de trabajo de grado titulada: Estudio de la Dinámica en Familias con Hijos con discapacidad auditiva de la Escuela Nacional para sordos de Santo Domingo, en el periodo enero-mayo 2018. Los datos suministrados serán únicamente con fines académicos.

**Ficha de participantes en la investigación:**

Nombre del padre o tutor: \_\_\_\_\_

Telf. \_\_\_\_\_ celular: \_\_\_\_\_

Correo: \_\_\_\_\_

Nombre del madre o tutora: \_\_\_\_\_

Telf. \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Correo: \_\_\_\_\_

**Prefiere que lo contactemos vía:**

Celular: \_\_\_ telf. residencia: \_\_\_ Correo: \_\_\_

**Prefiere lo contactemos en la tanda:**

Matutina: \_\_ Vespertina: \_\_\_ Nocturna: \_\_\_



**CONSENTIMIENTO INFORMADO  
PARA EVALUACION PSICOLOGICA**

Yo \_\_\_\_\_, de Cédula de Identidad Personal y Electoral No. \_\_\_\_\_ certifico que he sido informado(a) con la claridad y veracidad debida respecto al proceso de evaluación psicológica (entrevistas y pruebas psicológicas) que el (la) estudiante de psicología \_\_\_\_\_ me ha invitado a participar; que actué consecuente, libre y voluntariamente como colaborador (a), contribuyendo a éste procedimiento académico de forma activa. Soy conocedor(a) de la autonomía suficiente que poseo para retirarme u oponerme a este proceso de evaluación cuando lo estime conveniente y sin necesidad de justificación alguna. Por este medio expreso que he recibido una explicación clara y completa de los tipos y naturaleza de la (s) prueba (s) psicológica (as) que me serán administradas, así como el propósito por el cual se me somete a este procedimiento psicológico y forma en la que serán utilizados los resultados, los cuales se me explico se manejaran con estricta confidencialidad y solo con mi consentimiento se le podrán presentar a otra persona y/o institución pública o privada.

Por último certifico mediante nombre y firma más abajo, que se me ha informado que se respetara la buena fe, la confiabilidad e intimidad de la información por mí suministrada en las entrevistas y sesiones de evaluación, lo mismo que mi seguridad física y psicológica.

Nombre: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Estudiante de Psicología  
Documento de identidad \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Paciente  
Documento de identidad \_\_\_\_\_ edad: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Persona responsable (en caso de paciente menor de edad)  
Documento de identidad \_\_\_\_\_

INSTITUTO DE AYUDA AL SORDO  
**SANTA ROSA, INC.**

Ciencia y Corazón

Calle Dr. Luis F. Thomán #616, El Millón, Santo Domingo, República Dominicana  
Tel: (809) 534-2025 | 809-537-0707 | 809-740-6963  
Email: [ayuda.al.sordo@gobierno.net.do](mailto:ayuda.al.sordo@gobierno.net.do) • [www.institutoentorosa.org](http://www.institutoentorosa.org)  
RNC: 4-01-03394-1

**CENTRO AUDIOLÓGICO DOMINICANO**  
Tel.: 809-534-2025 | 809-537-0707 | 809-740-6963

**RECIBO No. 5971**

Fecha: 4/7/19

Recibí del Señor: Estereya de Mey

La suma de: detacinta de vacunas Bsd

Por concepto: Apoyo familiar Participante a Trabajo de Teje

Efectivo:  Tarjeta de Credito  Cheque No. \_\_\_\_\_

Por RD\$: 750.00

[Firma Autorizada]  
Firma Autorizada

# CECAD

Nombre y apellidos:

Sexo:  Varón  Mujer

Edad

Fecha de la evaluación:  /  /

Centro/Colegio:

Grupo/Curso:

## INSTRUCCIONES

A continuación hay una lista de cosas que le ocurren a las personas y que las personas piensan o sienten. Te rogamos que contestes con la máxima seriedad y sinceridad a todas las cuestiones que te proponemos, aún sabiendo que son muy personales. Las contestaciones son absolutamente confidenciales. Lee cuidadosamente cada frase y elige la opción que mejor describe lo que piensas o te sucede entre las siguientes:

Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
-------	------------	---------------	--------------	---------

**NO DEJES NINGUNA FRASE SIN CONTESTAR.**



Autores: L. Lozano, E. García Cueto y L. M. Lozano  
Obra ganadora del Premio TEA Ediciones 2006.

Copyright © 2007 by TEA Ediciones, S.A.U. - Edita: TEA Ediciones, S.A.U.; Fray Bernardino de Sahagún, 24; 28036 MADRID - Este ejemplar está impreso en DOS TINTAS. Si le presentan otro en tinta negra es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio, NO LA UTILICE - Prohibida la reproducción total o parcial. Todos los derechos reservados. Printed in Spain. Impreso en España.

# CECAD

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1	<input type="radio"/>				
2	<input type="checkbox"/>				
3	<input type="radio"/>				
4	<input type="checkbox"/>				
5	<input type="radio"/>				
6	<input type="checkbox"/>				
7	<input type="radio"/>				
8	<input type="checkbox"/>				
9	<input type="radio"/>				
10	<input type="checkbox"/>				
11	<input type="radio"/>				
12	<input type="checkbox"/>				
13	<input type="radio"/>				
14	<input type="checkbox"/>				
15	<input type="radio"/>				
16	<input type="checkbox"/>				
17	<input type="radio"/>				
18	<input type="checkbox"/>				
19	<input type="radio"/>				
20	<input type="checkbox"/>				
21	<input type="radio"/>				
22	<input type="checkbox"/>				
23	<input type="radio"/>				
24	<input type="checkbox"/>				
25	<input type="radio"/>				

**NO TE DETENGAS. CONTINÚA EN LA PÁGINA SIGUIENTE.**

# CECAD

		Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
26	Tiendo a pensar lo peor.	<input type="checkbox"/>				
27	Me tiemblan las manos.	<input type="radio"/>				
28	Necesito que otros me ayuden para hacer las cosas bien.	<input type="checkbox"/>				
29	Me enfado sin motivos.	<input type="radio"/>				
30	No sirvo para nada.	<input type="checkbox"/>				
31	Tengo miedo a no saber hacer bien las tareas.	<input type="radio"/>				
32	Tengo pensamientos que no se me quitan y que me molestan.	<input type="checkbox"/>				
33	Siento una opresión en el pecho que me corta la respiración.	<input type="radio"/>				
34	Durante el día paso con facilidad de estar alegre a estar triste.	<input type="checkbox"/>				
35	Me cuesta trabajo ponerme a pensar sobre las cosas.	<input type="radio"/>				
36	Me siento preocupado por cosas que me puedan ocurrir.	<input type="checkbox"/>				
37	Cuando me levanto por las mañanas me siento cansado.	<input type="radio"/>				
38	Tengo miedo de que la gente se burle de mí.	<input type="checkbox"/>				
39	Me siento con rabia por dentro.	<input type="radio"/>				
40	Me canso más rápido que los demás.	<input type="checkbox"/>				
41	Cuando tengo que realizar una tarea dudo si hacerla de una forma o de otra.	<input type="radio"/>				
42	Quiero estar solo.	<input type="checkbox"/>				
43	Me agobio en los sitios con mucha gente (centros comerciales, cines, etc.).	<input type="radio"/>				
44	Me siento muy solo.	<input type="checkbox"/>				
45	Aunque las cosas tengan una parte positiva y buena, yo suelo fijarme en la negativa o mala.	<input type="radio"/>				
46	Tengo pesadillas y terrores nocturnos.	<input type="checkbox"/>				
47	Me siento triste.	<input type="radio"/>				
48	Siento dolores por diferentes partes de mi cuerpo.	<input type="checkbox"/>				
49	Me siento vacío.	<input type="radio"/>				
50	Pienso que no valgo para nada.	<input type="checkbox"/>				

**FIN DE LA PRUEBA. COMPRUEBA QUE HAS CONTESTADO A TODAS LAS CUESTIONES.**

**A la vanguardia de  
la evaluación psicológica**



**[www.teaediciones.com](http://www.teaediciones.com)**









