"AÑO DE LA PROMOCIÓN DE LA INDUSTRIA RESPONSABLE Y DEL COMPROMISO CLIMÁTICO"

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA

(Creada Por Ley N° 25265)

FACULTAD DE EDUCACIÓN

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE EDUCACIÓN ESPECIAL

TESIS

"DEPRESIÓN EN FAMILIARES DE ESTUDIANTES CON RETRASO MENTAL DEL CENTRO EDUCATIVO BÁSICO ESPECIAL 35001 DE HUANCAVELICA"

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:
PSICOPEDAGOGÍA

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
LICENCIADO EN EDUCACIÓN ESPECIAL

PRESENTADO POR:
Br: BALTAZAR SULLCA, Cynthia
Br: TELLO VERGARA, Ricardo Dante

HUANCAVELICA – PERÚ
2014

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA

(CREADA POR LEY N° 25265)
Ciudad Universitaria Paturpampa – Teléf. (067) 452456

FACULTAD DE EDUCACIÓN

SECRETARÍA DOCENTE

"AÑO DE LA PROMOCIÓN DE LA INDUSTRIA RESPONSABLE Y DEL COMPROMISO CLIMÁTICO"

87

ACTA DE SUSTENTACION DE TESIS

En la Ciudad Universitaria de Paturpampa, en el auditorio de la Facultad de Educación a los .....12.. días del mes de .SETIEMBRE.....del año 2014, a horas.....4:00pm...,se reunieron, los miembros del Jurado Calificador, conformado de la siguiente manera:

Presidente: ...Mg. JESÚS MERY ARIAS HUAÑUCO.....

Secretario: ...Dra. ANTONIETA DEL PILAR URIOL ALVA.....

Vocal: Lic. MILAGROS PIÑAS ZAMUDIO.....

Designados con resolución N° 0979-2014-D-FED-UNH del proyecto de investigación Titulado:

"DEPRESIÓN EN FAMILIARES DE ESTUDIANTES CON RETRASO MENTAL DEL CENTRO EDUCATIVO BÁSICO ESPECIAL 35007 DE HUANCAVELICA.....

....."

Cuyos autores son:
BACHILLER (S): ...BALTAZAR SULLCA, CYNTHIA.....

.....TELLO VERGARA, RICARDO DANTE.....

A fin de proceder con la calificación de la sustentación del proyecto de investigación antes citado.

Finalizada la sustentación; se invitó al público presente y a los sustentantes abandonar el recinto; y, luego de una amplia deliberación por parte del jurado, se llegó al siguiente resultado:

Bachiller: ...BALTAZAR SULLCA, CYNTHIA.....

APROBADO POR...UNANIMIDAD.....

DESAPROBADO POR.....

Bachiller: .....TELLO VERGARA, RICARDO DANTE.....

APROBADO POR.....UNANIMIDAD.....

DESAPROBADO POR .....

En conformidad a lo actuado ~~firmamos~~ al pie.

Presidente

Secretario

Vocal

ASESORA:

MG. GLADYS MARGARITA ESPINOZA HERRERA

A Dios, mi madre, a mis familiares; mi hija, quien es el motor para seguir adelante día a día, siendo fuente de inspiración para concretizar este proyecto. A todas personas que apoyaron la concretización de obtener el título profesional.

C.B.S.

A Dios, mis padres, mi familia, mi hija y a todos los que permitieron que alcance lo que esperaba, a la Universidad Nacional de Huancavelica por darme la oportunidad de realizar mi carrera profesional.

R.D.T.V.

CH

ÍNDICE

Pag

CAPÍTULO I
PROBLEMA

I. PORTADA
II. DEDICATORIA
III. RESUMEN
IV. INTRODUCCIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 08
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA 09
1.3. OBJETIVO: GENERAL Y ESPECÍFICOS 09
1.4. JUSTIFICACIÓN 10

CAPÍTULO II
MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES 11
2.2 BASES TEÓRICAS 14
2.2.1 FAMILIA 14
2.2.1.1 ASPECTOS CULTURALES DE LA FAMILIA 15
2.2.1.2 FUNCIONES DE LA FAMILIA 16
2.2.1.3 ANÁLISIS DE LA FAMILIA POR DENTRO 17
2.2.1.4 EVOLUCIÓN DE LA FAMILIA 18
2.2.1.5 LA FAMILIA DE LAS PERSONAS CON RETRASO MENTAL 19
2.2.1.6 LA FAMILIA DEL NIÑO Y DE LA NIÑA CON DIAGNOSTICO DE RETRASO MENTAL 20
2.2.1.7 EL MOMENTO DE AFRONTAR LA REALIDAD 20
2.2.1.8 LAS HABILIDADES DE INTERACCIÓN SOCIAL Y LA PREPARACIÓN DE LAS FAMILIAS DE LOS NIÑOS Y DE LAS NIÑAS CON DIAGNÓSTICO DE RETRASO MENTAL DESDE LAS PRIMERAS EDADES 23
2.2.1.9 FUNDAMENTOS TEÓRICOS QUE SUSTENTAN LAS ACTIVIDADES DIRIGIDAS A LA PREPARACIÓN DE LAS FAMILIAS DE LOS NIÑOS Y DE LAS NIÑAS CON DIAGNÓSTICO DE RETRASO MENTAL DESDE LAS PRIMERAS EDADES EN EL DESARROLLO DE HABILIDADES DE INTERACCIÓN SOCIAL 26
2.2.2 RETRASO MENTAL 36
2.2.2.1 DEFINICIÓN 37
2.2.2.2 DIAGNOSTICO Y SÍNTOMAS DEL RETRASO MENTAL 37
2.2.2.3 NIVELES O TIPOS DE RETRASO MENTAL 38
2.2.2.4 CAUSAS DEL RETRASO MENTAL 40
2.2.2.5 ATENCIÓN DE LAS PERSONAS CON RETRASO MENTAL 42
2.2.3 DEPRESIÓN 46
2.2.2.3.1 DEFINICIÓN 47
2.2.2.3.2 SÍNTOMAS Y DIAGNOSTICO 47

2.2.2.3.3 CAUSAS DE LA DEPRESIÓN 49
2.2.2.3.4 CONSECUENCIAS DE LA DEPRESIÓN 50
2.2.2.3.5 TRATAMIENTO 50
2.3 HIPÓTESIS 53
2.4 VARIABLES DE ESTUDIO 53

CAPÍTULO III
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 ÁMBITO DE ESTUDIO 55
3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN 55
3.3 NIVEL DE INVESTIGACIÓN 56
3.4 MÉTODO DE INVESTIGACIÓN 56
3.5 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN 57
3.6 POBLACIÓN, MUESTRA, MUESTREO 57
3.7 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS 58
3.8 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS 61
3.9 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS 61

CAPÍTULO IV
RESULTADOS

4.1 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS 63
4.2 DISCUSIÓN 69

CONCLUSIONES 71
RECOMENDACIONES 72
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA 73

RESUMEN

El trabajo de Investigación surgió por la necesidad de conocer ¿cuál es el grado o nivel de depresión que presentan los familiares directos de los niños con Retraso Mental del Centro de Educación Básica Especial N° 35001 de Huancavelica?, el objetivo fue determinar el nivel de depresión en los mencionados familiares, la muestra y población fueron 08 familiares directos - padre o madre - del niños con retraso mental matriculado en el CEBE 35001 de Huancavelica, El método empleado es el descriptivo; El instrumento utilizado fue el Cuestionario de Depresión de Beck, instrumento válido, confiable y estandarizado de uso en nuestro país. Los resultados muestran que la presencia de Depresión en los familiares del niño con Retraso mental del Centro de Educación Básica Especial 35001 de Huancavelica, se da en el 50% de los evaluados. La depresión se presenta en un 25% en el nivel severo; en un 12,5% en el nivel leve a moderado y en el 12,5% presentan depresión en el nivel moderado a severo. Los familiares del niño con retraso mental oscilan entre sin presencia de depresión en un 12,5% y con presencia de depresión severa en un 12,5%, no hay familiares que presenten otro tipo de depresión. Los familiares de los niños con retraso mental presentan depresión (leve, moderada y severa) y el 37,5% no presenta depresión. Lo que muestra que si hay diferencias significativas entre el parentesco de los niños en mención. Respecto a la presencia de depresión no existen diferencias significativas, respecto a la presencia de depresión sin embargo la presencia de depresión severa se da a mayor edad del familiar del niño con Retraso Mental.

Palabras clave: Depresión, familiar, retraso mental, CEBE 35001

INTRODUCCIÓN

SEÑOR PRESIDENTE:

SEÑORES MIEMBROS DEL JURADO:

En cumplimiento al Reglamento de Grados y Títulos, ponemos a consideración de ustedes el trabajo de Investigación titulado: "Depresión en familiares de estudiantes con Retraso Mental del Centro Educativo Básico Especial 35001 de Huancavelica", trabajo que surgió para responder a la interrogante: ¿Cuál es el nivel de depresión en familiares de los estudiantes con Retraso Mental del Centro Educativo Básico Especial 35001 de Huancavelica?; el objetivo fue, determinar el nivel de depresión en familiares de los estudiantes con Retraso Mental del Centro Educativo Básico Especial 35001 de Huancavelica; los antecedentes muestran que la depresión está presente en varios tipos de grupos humanos entre ellos las puérperas, o en post menopaúsicas. Lo más resaltante es que no se han realizado trabajos de investigación relacionados al grado o nivel de depresión de los familiares directos como es el caso del presente trabajo, que nos muestre cual es el estado de ánimo, como es que manifiestan las emociones y sentimientos- en la manifestación o presencia de depresión- en los familiares de estos niños con retraso mental. Por ello la descripción del presente será importante, en la discusión de resultados.

El trabajo se organiza en cuatro capítulos los cuales se presentan de la siguiente manera: Capítulo I: se presenta el planteamiento del problema, en que se describe la problemática respecto a la necesidad de conocer el nivel de depresión que presentan los sujetos investigados en la muestra en la institución que se eligió como ámbito de estudio; en el Capítulo II se describe el Marco Teórico, primeramente con los antecedentes de estudio, seguido de las bases teóricas respecto a la familia y la familia de las personas con retraso mental, depresión sus manifestaciones, causa y efectos en las personas, así como se enfocó la discapacidad cognitiva, conocida así pero también el Retraso mental como es conocido en la actualidad y, finalmente la definición de términos específicos. En el Capítulo III, se enmarca el aspecto metodológico de Investigación, siendo el método descriptivo como método general y el método específico es el descriptivo simple, se trata de describir al detalle la variable de estudio. En el Capítulo IV, se realiza la presentación y el análisis e interpretación de los resultados, en ella se abordan los temas específicos de los resultados obtenidos en cuadros

estadísticos y comparaciones según edad, sexo del familiar del niño con Retraso Mental del Centro Educativo Básico Especial 35001 de Huancavelica, datos que se obtuvieron luego de la aplicación del instrumento, mostrando el resultado en tablas y figuras, a continuación se realizó la discusión de los resultados, las conclusiones y recomendaciones del caso.

Se agradece a todas las personas que contribuyeron en la concretización del presente trabajo de investigación.

Los autores

CAPÍTULO I
PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los familiares de los niños que asisten al Centro Educativo Básico Especial 35001 de Huancavelica, en condición de familiares de estos niños se hallan en contacto permanente con los niños y vivencian la marginación y exclusión social por parte de personas e incluso instituciones los mismos que afectan en la persona como familiar que es. En algunos casos se ha hallado que los familiares se preocupan y expresan en su rostro preocupación entre otros que nos indicaría que están padeciendo algún problema emocional como la depresión, ansiedad, impotencia entre otros.

Asimismo en algunas ocasiones manifiestan sus deseos de no hacer nada, desgano y en contadas ocasiones su sentimiento de no valer nada, debido a su autoconcepto negativo que posee, esto le conduce a una pobre imagen de el mismo y sus sentimientos negativos hacia el carcomen su autoestima.

Esto se aprecia en la mayoría de los familiares de los niños con discapacidad o retraso mental leve que asisten a la institución, además familiares que los asisten dicen que estos mismos síntomas lo presentan en casi todos los niños, esto se debe a que la depresión se manifiesta en conductas no solo en el Centro Educativo Básico Especial 35001 de Huancavelica, sino también en otros ambientes donde se desempeña, como consecuencia el niño no cumple con sus

actividades en su totalidad en casa, en su familia, en la escuela y todo lo que realiza diariamente.

La depresión se manifiesta en los síntomas de sentimientos de inferioridad por un periodo mayor a seis meses, algunas veces por causa injustificada, esto se debe a que la persona que padece por lo general presenta conductas poco 'conscientes' e incontrolables por un periodo más o menos largo de tiempo, como consecuencia la persona no podrá solucionar solo el problema de la depresión que presenta.

Como resultado de lo planteado el problema queda formulado en lo siguiente interrogante:

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es el nivel de depresión en familiares de los estudiantes con Retraso Mental del Centro Educativo Básico Especial 35001 de Huancavelica?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 GENERAL

Determinar el nivel de depresión en familiares de los estudiantes con Retraso Mental del Centro Educativo Básico Especial 35001 de Huancavelica.

1.3.2 ESPECÍFICOS

- Identificar a los familiares de los estudiantes con retardo mental leve del Centro Educativo Básico Especial 35001 de Huancavelica.
- Describir el nivel de depresión en los familiares de los estudiantes con retardo mental leve del Centro Educativo Básico Especial 35001 de Huancavelica.
- Analizar los resultados finales de la investigación a través del análisis estadístico de carácter cuantitativo y cualitativo.

77

1.4 JUSTIFICACIÓN

Justificación teórica, se enmarca en el marco filosófico del idealismo, así mismo se enmarca dentro de las ciencias psicológicas y la pedagogía. Metodológicamente se hace uso del método descriptivo, asimismo sus familiares o tutores de los niños con retraso mental que presentan depresión no se tiene el diagnostico científico y menos el nivel de los síntomas. Por ello es necesario conocerlo y servirá para tomar acciones de prevención de las consecuencias de la depresión cuya más grave consecuencia es el suicidio.

Teniendo en cuenta que no existen datos a fin de trabajar con niños con discapacidad, y menos con los familiares de estos niños, es necesario investigar este tema, por cuanto obteniendo este dato se podrán tomar las acciones correctas a fin tener logros significativos como resultado de la acción pedagógica que realizamos los docentes que atendemos a los niños con necesidades educativas especiales, como lo haremos en este caso en niños con retraso mental de la cuidad de Huancavelica.

En este sentido se justifica el presente trabajo por ser de tipo sustantivo e incrementará los conocimientos del entorno de los niños que es atendido en el Centro Educativo Básico. Por ello nuestra preocupación de incrementar nuestros conocimientos al respecto.

1.5 LIMITACIONES

La principal limitación fue en los familiares de los niños con Retraso Mental del Centro Educativo Básico Especial 35001 de Huancavelica, quienes como muestra mostraron resistencia a ser evaluados, esta limitación se superó con la sensibilización, raport y empatía de los evaluadores con el apoyo de las profesoras del CEBE 35001, a ellas quedamos agradecidos por sus apoyo en la conclusión del presente proyecto.

CAPÍTULO II
MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES

2.1.1 EN EL ÁMBITO INTERNACIONAL

Stough, Laura M. (Maestra de alumnos excepcionales). (1999): "Identificando la Depresión en Estudiantes con Retardo Mental". Cuyo problema de investigación fue: ¿Cuáles son las creencias respecto a la depresión que presentan los estudiantes con Retardo Mental? El objetivo fue: Conocer las creencias respecto a la depresión que presentan los estudiantes con Retardo Mental. La muestra fueron un promedio de 123 personas de la muestra que estuvo compuesta por familiares de los discapacitados, maestros de estos estudiantes de la Ciudad de Málaga-España. El instrumento fue un cuestionario con preguntas abiertas a los evaluados. Se llegó a la conclusión que existen creencia que las personas con Retardo Mental siempre están felices, satisfechas y libres de preocupaciones constituye un mito. En realidad, los alumnos con Retardo Mental se hallan en situación de riesgo de padecer los mismos tipos de desórdenes psicológicos que los alumnos sin deficiencias cognitivas. Resulta importante que los maestros estén conscientes de este factor de riesgo para poder referir oportunamente a sus alumnos para un diagnóstico y tratamiento precoz. Llegó a las siguientes conclusiones: Los maestros, familiares y otros terapeutas son usualmente quienes se percatan de que un niño con retardo mental está experimentando dificultades. Es muy común que la persona deprimida demuestre un estado de

ánimo generalizado de tristeza los muchachos con retardo mental pueden expresar su tristeza mediante el aislamiento o reduciendo su nivel o forma de interacción social con sus compañeros, por ejemplo, tornándose irritables e inclusive agresivos. Asimismo, los maestros deben prestar atención cuando los alumnos manifiestan un comporta-miento inusual e inapropiado, por ejemplo, conductas oposicionistas o de auto-agresión. Las personas con depresión usualmente experimentan cambios en sus funciones vegetativas, tales como patrones de alimentación y de sueño. Los docentes deben estar alertas ante cambios en los niveles generalizados de actividad de sus alumnos (disminución o incremento). Un alumno que permanecía usualmente calmado y era metódico en su proceder podría mostrar señales de hiperactividad, mientras que un alumno que usualmente manifestaba un nivel de actividad elevado podría comenzar a aislarse o a reducir su respuesta a los estímulos.

2.1.2 EN EL ÁMBITO NACIONAL

Vasquez Julcahuanga E. R. Y Sangama Mori R, (2012) tesis de pregrado para la obtención del título profesional de licenciado en enfermería. *"Relación entre Características sociodemográficas y riesgo de depresión posparto en puérperas que Consultan en la Clínica Corpomedic Tarapoto"* fue planteado como descriptivo correlacional de corte transversal, con enfoque cuantitativo, el mismo tuvo como objetivo determinar la relación entre las características socio demográficas y la depresión posparto en las puérperas que consultaron en la clínica corpomedic tarapoto. La muestra estuvo representada por 30 puérperas que cumplieron con los criterios de inclusión. Para la recolección de la información se utilizó como técnica el cuestionario y dos instrumentos: la entrevista estructurada, para identificar las características sociodemográficas de las puérperas y el test de preguntas cerradas estandarizadas; la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) que fue previamente solicitada al autor para identificar el riesgo de depresión en las puérperas. Los datos obtenidos fueron sistematizados usando el paquete estadístico Microsoft Excel 2007 y SPSS versión 17.0. Los hallazgos encontrados fueron: El mayor riesgo de depresión posparto en las puérperas fue 66,7% y 33,3% no presentaron riego de depresión. El 73,3 % de jóvenes tuvieron entre 20 a 30 años de edad, 80% tuvieron unión estable, el 36,7% fue ama de casa, 50,0% primíparas; el 46,7% refirió tener un solo hijo, el 30,0% poseía estudios de secundaria completa, el 40,0% tuvo ingresos entre 100

a 500 nuevos soles, el 60,0% manifestó embarazo deseado y el 56,7% refirió parto por cesárea. No existió una asociación significativa entre Riesgo de Depresión Posparto y las Características Socio demográficas: edad, estado Civil, Ocupación, Paridad, Número de Hijos Vivos, Nivel Educacional y Nivel de Ingreso, pero se encontró una asociación significativa entre Riesgo de Depresión Posparto y el Tipo de Embarazo y asociación significativa entre Riesgo de Depresión Posparto y el Tipo de Parto, en puérperas de la clínica corpomedic Tarapoto.

2.1.3 EN EL ÁMBITO LOCAL

Enciso Dueñas, J. Y. Santiago Huaman, R W (2010), tesis de pregrado para la obtención del título profesional de licenciado en enfermería. *"Factores Psicosociales Y Depresión En Mujeres Post Menopaúsicas Sin Tratamiento Hormonal Del Programa Juntos En El Distrito Ascensión – Huancavelica"* tuvo como problema de investigación. ¿Cuáles son los factores psicosociales principales que se relacionan con la depresión en mujeres post menopaúsicas sin tratamiento hormonal del programa Juntos en el distrito Ascensión – Huancavelica? el objetivo fue: determinar los factores psicosociales principales que se relacionan con la depresión en mujeres post menopaúsicas sin tratamiento hormonal de los programas juntos en el distrito Ascensión – Huancavelica. teniendo como hipótesis el nivel de educación, autoestima, ocupación, entorno familiar e interacción social se relacionan con la depresión en mujeres post menopaúsicas sin tratamiento hormonal del programa juntos en el distrito Ascensión – Huancavelica: el tipo de investigación es aplicada porque se caracteriza por su interés en la aplicación de los conocimientos teóricos a determinada situación concreta, busca conocer, para hacer, para actuar, para construir y para modificar los conocimientos. se realizó un estudio descriptivo correlacional ; para lo cual se tuvo como unidad de análisis 50 mujeres post menopaúsicas sin tratamiento hormonal y se utilizó el muestreo no probabilístico intencional, y para la recolección de datos se utilizó la técnica de entrevista y escala psicométrica de autoestima y Rosemberg adulto y de depresión de Yesavage y los resultados fueron: se observó que el 38% de las mujeres post menopaúsicas tienen un nivel educativo de primaria incompleta que presentan depresión probable, el 14% tienen depresión establecida; el 2% no presenta depresión; los que no tiene escolaridad el 10% presenta depresión establecida, el 8% presenta depresión establecida; los que tienen primaria completa el 6% tienen depresión probable; del mismo modo

el 2% tiene depresión establecida y no depresión; el 8% tiene secundaria incompleta y no presenta depresión probable mientras que el 6% presenta depresión establecida; los que tienen secundaria completa equivale al 4% tienen depresión establecida; por lo tanto se observa que el 34% de las mujeres tienen autoestima media y depresión probable, 14% tiene depresión establecida; el 18% que presenta autoestima baja tienen depresión establecida, el 12% tiene depresión probable; y el 12% tiene autoestima elevado y no presenta depresión el 10% tiene depresión probable y por último se muestra que el 46% de las mujeres son amas de casa y tienen depresión probable seguido del 28% que tiene depresión establecida, el 2% no presenta depresión, el 10% son comerciantes que tienen depresión probable y el 10% no tiene depresión, el 4% tiene depresión establecida como también se observa en el 38% de las mujeres post menopaúsicas tiene un entorno familiar medianamente favorable que tiene depresión probable, el 28% que tiene depresión establecida, el 2% no presenta depresión con entorno familiar favorable, el 18% tiene depresión probable< el 10% no tiene depresión, el 4% tiene depresión establecida del mismo modo se muestra que el 32% de las mujeres tienen interacción social positiva y depresión probable, el 10% tienen depresión establecida y no depresión, el 24% tiene interacción social negativa y depresión probable, el 22% tiene depresión establecida y el 2% no tiene depresión por el cual se constituye que los factores (aspecto individual> nivel de educación, autoestima y ocupación) y (aspecto social entorno familiar) se relacionan con depresión en mujeres post menopaúsicas sin tratamiento hormonal del programa juntos en el distrito Ascensión – Huancavelica.

2.2 BASES TEÓRICAS

2.2.1 LA FAMILIA

Partimos de la base de que la familia es el contexto en el que se desarrolla gran parte de la vida de la mayoría de las personas. Cuando en el seno de una familia nace un niño con una discapacidad, o una discapacidad sobreviene o le es diagnosticada a un miembro de la familia, no cabe duda de que este acontecimiento afecta a cada uno de los miembros y al conjunto. Tampoco cabe duda de que el

contexto familiar es al menos durante un buen número de años, el entorno que más va a influir sobre la persona (con o sin discapacidad).

Sin embargo, si antes de estudiar el tema de la familia de la persona con discapacidad no hacemos una reflexión sobre la familia en general, corremos el riesgo de atribuir a la presencia del hijo o miembro con discapacidad fenómenos que obedecen a otros factores y que se dan en otras familias.

En la actualidad uno de los acercamientos más usuales al mundo de la familia es el de la teoría sistémica que ve a la familia como un sistema abierto que interacciona con los distintos subsistemas que la componen y con su entorno y que pasa por distintas etapas.

Vamos a referirnos brevemente al contexto cultural de la familia, a sus funciones y elementos y a su ciclo vital.

2.2.1.1 ASPECTOS CULTURALES DE LA FAMILIA

Una definición de familia sería: "grupo de personas emparentadas entre sí que viven juntas". A lo largo de la historia y dependiendo en gran medida de la evolución política, económica y cultural de las diferentes sociedades, ha ido cambiando la fisonomía y las funciones del grupo familiar. Es decir, que el tipo de familia que vemos hoy en día y en el que nos insertamos es distinto del que ha habido en otras épocas. De hecho vivimos en un momento de crisis y cambio en la familia.

En este fin de milenio, la familia patriarcal, piedra angular del patriarcado, se ve desafiada por los procesos interrelacionados de la transformación del trabajo y de la conciencia de las mujeres.

Las fuerzas impulsoras que subyacen en estos procesos son el ascenso de una economía informacional global, los cambios tecnológicos en la reproducción de la especie humana y el empuje vigoroso de las luchas de las mujeres y de un movimiento feminista multifacético, tres tendencias que se han desarrollado desde finales de los años sesenta.

Y va más allá, aunque se enfatiza que no se trata de la desaparición de la familia, sino de su profunda diversificación y del cambio en su sistema de poder.

De forma clara en el mundo occidental, "los matrimonios tardíos, la frecuencia de las parejas de hecho y las altas tasas de divorcio y separación se combinan para producir un perfil cada vez más diverso de vida familiar y no familiar.

2.2.1.2 FUNCIONES DE LA FAMILIA

Desde el punto de vista social la familia cumple unas funciones (*Montserrat Freixa Niella*, 1993). Como en toda institución social, tienen que ver con la satisfacción de las necesidades de sus miembros. Desde este punto de vista, podríamos hacer una síntesis de cinco posibles funciones:

1. Económica: proveer recursos

2. Cuidado físico: proveer seguridad, descanso, recuperación

3. Afectividad: proveer cariño, amor, estima.

4. Educación: proveer oportunidades de aprendizaje, socialización, autodefinición.

5. Orientación: proveer referencias.

Mas, como hemos dicho, procesos como la ampliación de la cobertura escolar, los cambios económicos, el crecimiento de las ciudades, los avances científicos, los cambios en la moral sexual, la prolongación de la esperanza de vida, etc. están haciendo cambiar el papel de la familia.

2.2.1.3 ANÁLISIS DE LA FAMILIA POR DENTRO ELEMENTOS DEL SISTEMA

A continuación, apuntamos algunas cuestiones en las que nos tendríamos que fijar para estudiar una familia.

Entorno físico y humano en el que se desenvuelve.

• Tamaño.

• Características de sus componentes: edad, sexo, forma de ser, etc.

• Valores, normas, expectativas, ideas presentes en la familia: la familia se constituye como mundo de sentido como espacio en el que se construyen y se comparten ideas, valores, etc.

• Estructura formal o explícita: subsistemas en que habitualmente está dividida la familia, que, básicamente, serían el conyugal (en el que se dan las relaciones entre marido y mujer), el parental (en el que se dan las relaciones entre padres e hijos o hijas) y el fraternal (en el que se dan las relaciones entre hijos).

• Estructura informal: roles, canales de comunicación, subgrupos, status, etc.(Las relaciones no sólo se estructuran o regulan desde lo explícito (el hecho de ser padre o hijo, etc.) sino desde lo implícito, desde la historia concreta en cada caso).

• Ritmo de actividades, horario, ritos y celebraciones, etc.

Estas son algunas de las cosas que podemos contemplar para conocer mejor y entender lo que pasa en una familia. Un determinado conflicto, por ejemplo, puede explicarse haciendo referencia a todos esos factores y no a uno solo.

2.2.1.4 EVOLUCIÓN DE LA FAMILIA

Este sistema familiar que hemos descrito no está quieto, sino que evoluciona y se va reajustando. Hechos como la evolución en la relación de la pareja, el nacimiento de un hijo, la pérdida de trabajo de uno de los cónyuges, etc., provocan un cambio en todo el sistema y el conjunto familiar debe responder a esas nuevas situaciones.

El ciclo de vida familiar podríamos verlo como una progresión de etapas de desarrollo, En cada etapa se da un aprendizaje y un desempeño de determinadas tareas. Entre etapa y etapa hay un momento de transición que suele ser inaugurado por algún evento o ritual que señalan el

cambio hacia una nueva etapa: matrimonio, embarazo, primer hijo, siguientes hijos, escolarización, adolescencia de los hijos, hijos que salen de casa, jubilación, etc.

Todo cambio o reto ante el que se encuentra una familia y sus miembros produce estrés (reacción ante un estímulo que se percibe como amenazante). Ante ese estrés (Verdugo y Bermejo, 1994) respondemos con esfuerzos cognitivos y conductuales de afrontamiento en un contexto en el que podemos encontrar recursos que nos ayuden. En la medida en que tengamos éxito pasamos a una nueva etapa (diríamos superior) en el desarrollo de la familia (y por ende de sus miembros).

Existen diversos esquemas a la hora de representar el ciclo vital familiar, mas, en todo caso, "la descripción del ciclo vital normativo tiene cada vez más desviaciones con respecto a la norma mayoritaria". Ello no invalida el concepto de ciclo vital pero previene contra visiones mecanicistas que pretenden ver siempre el mismo ciclo en todas las familias.

2.2.1.5 LA FAMILIA DE LAS PERSONAS CON RETRASO MENTAL

Normalmente en el contexto familiar, el nacimiento de un hijo ocasiona cambios y reestructuración de las funciones de cada uno de sus miembros. En el caso de una familia con un hijo(a) con diagnóstico de retraso mental (RM), el impacto psicológico causado provoca cambios y reacciones emocionales que, sin una intervención inmediata, originan modos y pautas de actuación incorrectos que laceran a todos los miembros de la familia y, en particular, al niño o la niña con diagnóstico de RM. Estas familias son muy diversas y, al igual que otras, están formadas por múltiples componentes y subsistemas interconectados y que son interdependientes. Al nacer el hijo o la hija, la adaptación al cambio es un gran reto, aunque superable, para el éxito de la vida familiar, siempre que sus miembros reciban la información y el apoyo adecuados. Son familias normales que viven en condiciones excepcionales, capaces de lograr los resultados deseados y hasta enfrentarse al desafío de buscar alternativas tendentes a niveles de normalización cada vez más favorecedores para el niño y la niña con diagnóstico de RM.

Muchas han sido las parejas que a lo largo de estos años han llegado a consulta psicológica con profundas conmociones por el nacimiento de un bebé que dio al traste con todo el caudal de ideales concebidos, más aún cuando comienzan a interiorizar las repercusiones sociales para con el niño/a y las formas más adecuadas para que este pueda enfrentarse a un medio lo menos restrictivo posible.

Las investigaciones teóricas y empíricas justifican el papel rector concedido a la familia en la educación y la formación de los hijos, sin embargo, en Cuba el trabajo con las familias de los niños y las niñas con diagnóstico de RM en las primeras edades no satisface aún las expectativas del estado porque son evidentes las opiniones contradictorias sobre el éxito de la familia en su misión formativa e impulsora del desarrollo de los hijos, así como en cuanto a la necesidad de realzar su protagonismo como agente principal en la socialización y la educación, lo cual promovería cambios de actitud en su funcionamiento para que realmente se convierta en generadora de desarrollo. Es indiscutible también la carencia de medios personales y profesionales para el diagnóstico y la preparación dada su diversidad, que incluyan concepciones y estilos dirigidos a la búsqueda de potencialidades, de sus fuerzas y recursos protectores que favorezcan una mejor comprensión.

2.2.1.6 LA FAMILIA DEL NIÑO Y DE LA NIÑA CON DIAGNÓSTICO DE RETRASO MENTAL

La vida en familia discurre por disímiles momentos, pero el nacimiento de un niño o de una niña, es un acontecimiento clave para los padres, quienes comienzan a imaginar cómo será ese nuevo miembro y qué efecto causará, así como el nuevo rol que les corresponde desempeñar a partir del nacimiento del bebé, incluyendo la responsabilidad de la satisfacción de las necesidades materiales y, sobre todo de su cuidado general.

El nacimiento de un hijo(a) significa cambios y reestructuración de las funciones de los padres, hijos o demás miembros en el contexto familiar, pero en el caso de un niño o niña con diagnóstico de RM, las expectativas familiares se transforman y, como consecuencia, las relaciones interpersonales entre progenitores y, en ocasiones, entre todos los miembros de la familia pierden su armonía y equilibrio emocional

Autores como Juan Perera Mezquida consideran que ante la presencia de un miembro con cualquier tipo de discapacidad, la familia, si no ha asimilado el hecho, se vuelve vulnerable y las expectativas familiares cambian, produciéndose toda una serie de sentimientos complejos, contradictorios y difíciles de explicar y con las consecuentes interrogantes: ¿Cómo ha podido ocurrir?, ¿Qué hemos hecho?, ¿Por qué ha sucedido? Habitualmente, todos los padres reaccionan con una conmoción y tristeza profunda ante la noticia del nacimiento de un hijo(a) con diagnóstico de RM el descubrimiento de la discapacidad en un momento temprano de la vida del hijo lo vivencian los padres como una pérdida muy dolorosa, constituyendo una gran lesión al concepto que tienen de sí mismos, o como señalan varios autores, una herida narcisista. Ellos se pueden cuestionar o perder las esperanzas en torno al hijo y al ideal de familia que tenían formado (Castro Alegret, 1995).

Dicho de forma general, y teniendo en cuenta la revisión bibliográfica y la experiencia de los autores en el trabajo con estas familias a través de las consultas de estimulación a sus hijos, las ~~familias suelen sentir:~~

Conmoción ante algo totalmente inesperado que da al traste con los ideales planteados de los padres;

Negación y, por tanto, autoengaño para no aceptar lo que realmente es evidente;

Tristeza, aflicción, pena y vergüenza, no sólo por el niño y la niña, sino por ellos mismos, al considerar el fruto de la unión como una construcción personal imperfecta;

Ansiedad, hostilidad y rechazo hacia el hijo(a), la familia y hasta la sociedad;

Sentido de la culpa que desencadena un proceso de culpabilidades y la idea de un embarazo no deseado por ambas partes.

Según algunos estudios realizados (Andreu Solsana, 1995), los padres, y en particular las madres, experimentan reacciones emocionales diversas que se traducen en posturas muy diferenciadas según las características individuales.

A consideración del autor, hay tres rasgos de actuación que conducen a emociones extremas, a saber:

El inicio de lo inesperado.

La aparición de la depresión y la tristeza.

El momento de afrontar la realidad.

El impacto inicial de lo inesperado proviene del cambio repentino del concepto que los padres tienen de sí mismos, de la familia y del futuro. En sentido general, los padres albergan grandes esperanzas con los hijos(as), pero al nacer un niño o niña con diagnóstico de RM, las expectativas se frustran. Sufren un fuerte trastorno emocional y confusión al conocer el "problema" del hijo(a). En este sentido, si dolorosa es la noticia del diagnóstico en el momento del parto, más traumática es aun cuando se sabe tardíamente. La forma en que se comunica a los padres el diagnóstico de su hijo(a), agudiza el impacto inicial de lo inesperado.

Los padres se enfrentan a una situación de conflictos que termina en depresión y tristeza y genera sentimientos de angustia y grandes problemas personales. Como todos los progenitores sienten el deseo y la obligación de amar al hijo, acariciarlo, protegerlo, mimarlo; pero, en ocasiones, los sentimientos son ambivalentes y llegan hasta el rechazo.

En estos casos, surgen situaciones bien determinadas en cuanto a la posición adoptada por la familia: la no aceptación del "problema" y la aceptación del mismo.

Las familias que adoptan desde el inicio la postura de la no aceptación se distinguen por ser por un lado, evasivas, escapistas, inmaduras; negativas ante la evidencia, el diálogo y la búsqueda de alternativas a favor de la aceptación, mientras que por otro toman la discapacidad como algo irreparable, sin solución ni posibilidades de alcanzar una situación normal. Estas posturas conducen a otras actitudes que entorpecen a largo plazo el desarrollo integral del niño o de la niña como persona. Entre ellas, mencionamos:

La protección excesiva: Amparan excesivamente al niño o a la niña dentro y fuera del ámbito familiar.

El rechazo: Son incapaces de valorarlos del mismo modo que a los otros miembros de la familia.

El abandono: Muestran un rechazo absoluto; se despreocupan no sólo del trato, sino también de los cuidados físicos y las atenciones primarias.

La escasa valoración: Son incapaces de valorar las posibilidades y aptitudes del hijo(a). El trato constante y permanente como si fuera un niño pequeño perjudica y afecta considerablemente el proceso de maduración del hijo(a).

Las falsas expectativas: En su anhelo de no aceptar la realidad, esperan y exigen más de lo que los hijos(as) pueden dar, y provocan situaciones de frustración y desánimo perjudiciales para la relación interfamiliar.

Las familias que asumen la postura de la aceptación, adoptan una actitud más realista, toman conciencia de las posibilidades y las limitaciones de los hijos(as), favorecen y potencian al máximo sus capacidades y, por consiguiente, buscan las vías para alcanzar la integración y la normalización del niño(a) en la sociedad.

En este caso, los padres logran resolver su crisis de valores, aceptan al hijo(a) tal cual es y le proporcionan el mismo amor que al resto de los hijos(as), si los hubiera. Gracias a la aceptación, se establece el equilibrio entre el reconocimiento de las limitaciones del menor y los recursos necesarios para contrarrestarlas.

2.2.1.7 EL MOMENTO DE AFRONTAR LA REALIDAD

Señala el inicio de la aceptación. Los padres deben ocuparse también de realidades más concretas: económicas, sociales, educativas, etc. La vida de la familia, generalmente, se torna aburrida, monótona. El círculo de amistades disminuye y también las actividades en el tipo libre.

La mujer se iguala al hombre en las actividades laborales y sociales; sin embargo, en el hogar no siempre es así. Al nacer el hijo(a) la madre es, por lo general, quien abandona todo tipo de responsabilidades excepto las propias del hogar y el cuidado del hijo(a), sobre todo en las edades más tempranas. Tal situación se agudiza aún más para la madre con un hijo(a) con diagnóstico de RM, como la única encargada de su atención dados los criterios familiares de que sólo ella sabe cómo tratarlo y atenderlo, controlar sus medicamentos, sus actitudes y su alimentación.

Una reacción típica después del primer período de crisis, es la de buscar muchas y variadas opiniones de diversos especialistas para hallar una respuesta que niegue el diagnóstico inicial e incluso el pronóstico. Es fácil intuir hasta qué punto un hijo con diagnóstico de RM pone a prueba la estructura de la familia. La carga emotiva y de trabajo, de por sí engorrosa en condiciones normales, se hace difícilmente tolerable cuando el hijo(a) provoca graves preocupaciones por su estado de salud. Las necesidades de atención y ayuda aumentan extraordinariamente. La igualdad de la pareja, la notoria nuclearidad de la familia contemporánea y la persistente dependencia de los hijos(as), son otros tantos puntos neurálgicos sobre los cuales la fuerza perturbadora de la información-diagnóstico incide con efecto desestabilizador.

La situación misma de la familia no orientada provoca, en la mayoría de los casos, el olvido y la desatención de los hermanos llamados "normales" para dedicarle casi todo el tiempo al de la discapacidad, porque "él lo necesita más". En ocasiones, las exigencias de los otros hijos(as) afectan los lazos afectivos con estos a favor del que sufre el diagnóstico de RM. Las características más comunes de esta situación son las siguientes (Vidal Lucena, 1995):

La disminución de la atención emocional y física debido a la dedicación que requiere el niño o la niña con "problemas".

La distribución de los roles o papeles de atención: la madre al niño o niña con RM y el padre u otro familiar al resto de los hermanos.

Las responsabilidades adjudicadas a los hermanos normales para la atención y el cuidado del otro.

La disminución de las relaciones de juego entre hermanos.

Las rivalidades por las atenciones desviadas al otro hermano con diagnóstico de RM.

La evasión de las relaciones con el hermano que presenta esta discapacidad.

La disminución del tiempo de ocio y los paseos sociales.

Por otra parte, cuando el niño o la niña con diagnóstico de RM es el primogénito, aparece el miedo, lógico por demás, a volver a procrear. En un sinnúmero de casos, los padres deciden tener un solo hijo(a) o, en ocasiones, recurren a la adopción como la forma de aumentar la familia sin temores ni riesgos.

Aspecto de crucial importancia es el relativo a la comunicación, vista como el eje de toda la interacción en la cotidianidad familiar. Mediante la comunicación y el rol que desempeñado por los miembros de la familia se trasmiten valores, experiencias, hábitos, normas, costumbres, modos y pautas de comportamiento; se aportan reflexiones, valoraciones, vivencias y motivaciones; se propicia, además, la incorporación correcta de patrones y valores sociales con métodos de gratificación y sanción; se plantean estímulos para modificar ideas, costumbres y actitudes. La comunicación es la expresión más completa de las relaciones humanas.

En este sentido, Torres González (2005) apunta que para lograr una comunicación afectiva y desarrolladora se debe:

Tener conciencia de la necesidad de la comunicación.

Comprender que comunicarse es salud, es calidad de vida.

Saber que hablarse, mirarse, acariciarse, escucharse, abrazarse, olerse, guardar el silencio necesario, es comunicación.

Fomentar la riqueza y la calidad de la comunicación en beneficio de la funcionabilidad familiar.

Negociar los estilos de la comunicación.

La mencionada autora señala que para lograrlo es necesario:

Trasmitir mensajes claros, directos, en el contexto adecuado.

Privilegiar el contenido de las necesidades afectivas y los intereses.

Monitorear y retroalimentar permanentemente los aciertos y los desaciertos.

Respetar la identidad, el espacio, el tiempo, el ritmo, la intimidad y la diversidad.

Escuchar, intercambiar, estimular la crítica adecuada como un no a la violencia.

Buscar el equilibrio entre la comunicación verbal y la gestual.

Con frecuencia, se observa un retraimiento en el trato habitual con las personas con diagnóstico de RM, lo cual afecta la comunicación por desconocimiento, al no considerarlos como personas. En el seno familiar, la comunicación se afecta igualmente; en ocasiones por situaciones extremas – tales como el silencio absurdo o la comunicación excesiva con matices de ofensas y discriminaciones injustas – provocadas, entre otras causas, por la ausencia de preparación de la familia y el impacto del nacimiento del niño y de la niña con diagnóstico de RM.

La comunicación, por tanto, es un problema de ajuste personal que va más allá de los objetos físicos para entrar en lo que los objetos significan para el que habla y actúa. Para comunicarnos con otros, hay que compartir previamente los valores de la realidad objetiva en sí, y lo que esta realidad representa para la persona que escucha o habla.

Conviene señalar que, para comprender la situación de la familia ante el nacimiento de un hijo(a) con diagnóstico de RM, con la consiguiente afectación de las relaciones interpersonales y, por ende, del flujo adecuado de la comunicación, se hace necesario alcanzar no sólo el nivel

de la comprensión, sino también el de compromiso y ayuda a esa familia. Así, es imprescindible ubicarse en la situación de los integrantes de ese grupo social, compartir sus sentimientos y disponerse a ayudarlos, sin olvidar que el niño(a) es un miembro más de la familia igual a todos los demás. Los distintos son los adultos.

Razones suficientes para considerar el concepto de familia de Gómez Cardoso (2007) como síntesis de la relación familia y retraso mental y que se expresa en términos de considerar a este grupo humano como la estructura funcional básica donde se inicia el proceso de socialización y a partir de la cual se comienza a compartir y fomentar la unidad de sus miembros, con la consiguiente aceptación, respeto y consideración. Es, en última instancia, donde se debe favorecer la diversidad, y propiciar un estilo de vida que potencie y desarrolle al niño y a la niña con diagnóstico de RM, sobre la base de la armonía, la seguridad, y la estimulación, con el propósito de satisfacer sus necesidades.

2.2.1.8 LAS HABILIDADES SOCIALES DE LAS FAMILIAS DE LOS NIÑOS Y DE LAS NIÑAS CON DIAGNÓSTICO DE RETRASO MENTAL DESDE LAS PRIMERAS EDADES

En el proceso de preparación a las familias de los niños y las niñas con diagnóstico presuntivo de retraso mental en lo relacionado con el desarrollo de habilidades de interacción social de sus hijos, es necesario partir de las regularidades que presentan estos y consecuentemente tenerlas en cuenta en el abordaje a este complejo proceso.

La comunicación interpersonal es una parte esencial de la actividad humana en mayor o menor medida muchos de los problemas de las personas están mediatizados por sus relaciones con los demás. El uso explícito del término habilidades significa que la conducta interpersonal consiste en un conjunto de capacidades de actuación aprendidas. El modelo conductual enfatiza que la capacidad de respuesta tiene que adquirirse y que consiste en un conjunto identificable de capacidades específicas, Además la probabilidad de ocurrencia de cualquier habilidad en cualquier situación crítica está determinada por factores ambientales, variables de la persona y de su poder de comunicación que traería consigo la interacción (Cruz Santiago, 2009)

Las habilidades básicas para la interacción social pueden afectarse por largos periodos de aislamiento, por perturbaciones cognitivas o afectivas y además se deben readaptar en función de las costumbre sociales donde la persona esté inmersa. En definitiva se puede decir que una respuesta socialmente habilidosa sería el resultado final de una cadena de conductas que empezaría, con una recepción correcta de estímulos interpersonales relevantes, seguiría con el procesamiento flexible de estos estímulos para generar y evaluar las posibles opciones de respuesta de las cuales se seleccionaría la mejor, las situaciones varían desde las formas íntimas hasta las más formales.

La interacción social humana se vale de la conversación que consiste normalmente en una mezcla de resolución de problemas y transmisión de la información, por una parte, y el mantenimiento de las relaciones sociales y el disfrute de la interacción con los demás, por otra. Existen grandes diferencias en la habilidad de los individuos para utilizar el lenguaje que se relacionan principalmente con la inteligencia, la educación y el entrenamiento.

La inadecuación social puede tener sus raíces o estar mantenida a veces, por determinados factores cognitivos, como pueden ser las percepciones, actitudes o expectativas erróneas. Ciertas clases de pensamientos pueden facilitar la ejecución de conductas socialmente habilidosas mientras que otros pueden inhibir u obstaculizar las mismas.

La importancia de la relación entre la conducta y sus consecuencias y los patrones únicos que pueden provenir de determinadas clases de relaciones exige una búsqueda cuidadosa de las consecuencias que mantienen las conductas no deseables, así como de las conductas deseables que podrían ser reforzadas. Si una conducta no deseada no se manifiesta en una situación determinada, existen varias posibilidades que pueden explicarlo, incluyendo el reforzamiento poco frecuente, el castigo de la conducta o un fracaso para desarrollar la conducta.

Las habilidades son acciones en el desarrollo de la personalidad de los escolares con diagnóstico presuntivo de retraso mental por lo que se analiza el concepto partiendo de que habilidades es la disposición para la realización rápida, exacta y consciente de cualquier acciones sobre la base de los conocimientos asimilados y de la experiencia las habilidades

sociales constituyen la disposición para la realización rápida de acciones que conlleven al conocimiento de una serie de tareas que enfrenta el individuo al desarrollarse de una forma individual y colectiva dentro de la sociedad. Habilidades sociales son las conductas o destrezas sociales específicas requeridas para ejecutar competentemente una tarea de índole interpersonal (por ejemplo, hacer amigos o negarse a una petición).

El término habilidad es un conjunto de comportamiento adquirido y aprendido y no un rasgo de la personalidad. Las habilidades sociales son un conjunto de comportamientos interpersonales complejo que se ponen en juego en la interacción con otras personas y que se hace necesario crear un sistema de actividades de habilidades básicas de interacción social que conlleve a los niños y las niñas con diagnóstico presuntivo de retraso mental desde las primeras edades a una formación dentro del colectivo, la familia y la comunidad más completa para su andar futuro.

Las habilidades sociales son un numeroso y variado conjunto de conductas que se ponen en juego en situaciones de interacción social, es decir, en situaciones en las que hay que relacionarse con otras personas. Son ejemplos pedir un favor, disculparse por haber llegado tarde a una cita, expresar enfadado, compartir o responder a las bromas de los compañeros. La Interacción social se refiere a las conductas necesarias para interactuar y relacionarse con los iguales y con los adultos de forma efectiva y mutuamente satisfactoria. Es importante considerar que:

Las habilidades básicas de interacción social son conductas y repertorios de conductas adquiridos principalmente a través del aprendizaje siendo una variable crucial en el proceso de aprendizaje el entorno interpersonal en el que se desarrolla y aprende el niño. Ningún niño nace sabiendo relacionarse adecuadamente con sus iguales. A lo largo del proceso de socialización en la familia, la escuela y la comunidad, se van aprendiendo las habilidades y conductas que permiten al escolar interactuar efectiva y satisfactoriamente con los demás.

Las habilidades básicas de interacción social contienen componentes y manifiestos de conducta verbal, emocional y afectiva, ansiedad y alegría y cognitivos, percepción social,

atribuciones, autolenguaje. Las habilidades de interacción social son un conjunto de conductas que los escolares hacen, sienten, dicen y piensan.

Las habilidades básicas de interacción social son respuestas específicas a situaciones concretas. Esto lleva al tema de la especificidad situacional. La efectividad de la conducta social depende del contexto concreto de interacción y de los parámetros de la situación específica. Una conducta interpersonal puede ser o no hábil en función de las personas que intervienen (edad, sexo, objetivos, relación, intereses) y de la situación en que tiene lugar (clase, escuela, parque, comunidad, discoteca, casa)

Las habilidad básicas de interacción social se ponen en juego siempre en contextos interpersonales; son conductas que se dan siempre en relación a otras personas (iguales o adultas) lo que significa que están implicadas más de una persona. La interacción social es bidireccional, interdependiente y recíproca por naturaleza y requiere el comportamiento interrelacionado de dos o más individuos. Para que se produzca una interacción es necesario la iniciación por una persona y la respuesta de la otra persona.

Actualmente es unánime la opinión de que las habilidades sociales se adquieren mediante una combinación del proceso del desarrollo social y del aprendizaje escolar. Ningún niño o niña nace simpático, tímido o socialmente hábil; a lo largo de la vida se va aprendiendo hacer de un modo determinado, de forma que las respuestas que emite en sujeto en una situación interpersonal depende de lo aprendido en sus interacciones anteriores con el medio social. El sujeto en su interacción con el medio va aprendiendo un comportamiento social que se muestra después en su forma de actuar.

Las conductas y habilidades de interacción social se aprenden. Autores como Caballo (1987, 1991) y Kelly (1987), consideran que las habilidades de interacción social se aprenden de la misma forma que otros tipos de conductas, a través de los siguientes mecanismos: aprendizajes por experiencia directa, por observación, verbal o instruccional e interpersonal.

En el proceso de aprendizaje el niño y la niña va interiorizando conocimientos que son los que le posibilitan que se produzcan transformaciones, es esto lo que generalmente no se ve en

la zona de desarrollo próximo, y con lo que puede hacer con ayuda y en lo que ejecuta por sí solo, y no en las transformaciones que se producen, en las habilidades que se han interiorizado.

El paradigma socio-histórico-cultural considera el desarrollo integral de la personalidad de los niños y las niñas, como producto de su actividad y comunicación en el proceso de enseñanza-aprendizaje-educación-formación, en el que actúan como dos contrarios dialécticos lo biológico y lo social. Siendo éste el objetivo supremo de los sistemas educativos, en la actualidad, como la luz hacia la solución del problema fundamental de la educación del niño y de la niña con diagnóstico de retraso mental.

En los niños y las niñas con diagnóstico de retraso mental desde las primeras edades se observan diferentes formas de desarrollo insuficiente de los procesos y propiedades físicas, que desempeñan un papel fundamental en la formación de las habilidades indispensables para la actividad práctica y docente. Sólo el trabajo con las familias encauzado a la corrección del desarrollo psíquico y la utilización de medios especiales de la enseñanza pueden alcanzar resultados exitosos en la formación de las habilidades necesarias.

Es importante que la familia conozca que la formación de habilidades debe hacerse en estrecha relación con el trabajo correctivo-educativo para la superación de particularidades negativas de su actividad. En estos niños y niñas las habilidades se forman en el proceso del juego y de su propia actividad práctica con objetivos definidos, a partir de aplicar niveles de ayuda.

Para el desarrollo de las habilidades básicas de interacción social la familia debe conocer que la actividad de los escolares con diagnóstico de retraso mental, se caracteriza por el trastorno de su unidad de propósitos. Este se manifiesta en que, en ausencia de la influencia dirigente de padres y educadores, ellos empiezan a cumplir la tarea planteada sin la orientación que debe precederla, sin el análisis de sus condiciones y exigencias y sin un plan premeditado. El trastorno de la unidad de propósitos se manifiesta también en la ausencia de la debida actitud crítica hacia los resultados obtenidos y el estímulo frente a los logros.

Estas primeras interacciones que ocurren inicialmente en el entorno familiar tienen un carácter fundamentalmente espontáneo, mientras que al producirse el ingreso de los niños y las niñas a una institución educativa estas relaciones se establecen como consecuencia de programas organizados y previamente planificados dirigidos esencialmente a conducir el proceso de enseñanza aprendizaje. Por lo tanto las fuentes del desarrollo intelectual son: la interacción con los otros y el proceso de enseñanza aprendizaje, las cuales deberán generar contradicciones internas en el propio sujeto de desarrollo, que se constituirán en móviles, que le permitirá elevarse a niveles superiores su inteligencia.

La enseñanza de los niños y las niñas con diagnóstico presuntivo de retraso mental es compleja, unido a que no existe un programa específico pedagógico metodológico para este tipo de escolar que oriente las habilidades básicas de interacción social por orden y nivel; aspecto tan importante y necesario para la vida futura de estas personas. La creación de lineamientos para la formación de habilidades desde la escuela, aseguran el tránsito de los escolares cumpliendo la función de preparar al mismo para incorporarse a la vida social y laboral.

La educación de habilidades básicas para la interacción social de este escolar transita por las mismas regularidades en la formación que la esfera cognoscitiva, pasa por iguales etapas formativas, pero con un ritmo más lento, en correspondencia con la formación del resto de sus procesos intelectuales y emocionales. Las regularidades de los niños y las niñas con diagnóstico presuntivo de retraso mental son cuestiones importantes a tener en cuenta en el fomento y desarrollo de las habilidades básicas de interacción social; elementos todos que deben ser del conocimiento exhaustivo de las familias para potenciar el desarrollo de tan necesarias habilidades en el desempeño a fin de cuentas como personas. Veamos:

En cuanto a las sensopercepciones:

El ritmo de la sensopercepción visual es lenta, presentan poca agudeza visual.

Estrecha limitación del volumen del material percibido. Lentitud y estrechez sensoperceptual.

Insuficiente diferenciación sensoperceptual.

Insuficiente actividad y debilidad de la orientación hacia la finalidad o propósito de la actividad.

No diferencian de forma adecuada las expresiones de los rostros de personas y esquemas presentados en láminas.

Establecen inadecuadamente las diferencias entre objetos parecidos.

Perciben mejor los objetos cercanos o que se destacan por forma, tamaño o color.

Deficiente integridad sensoperceptual.

Insuficiente constancia sensoperceptual.

Dificultad en la selectividad sensoperceptual.

Dificultades en la percepción visual y para discriminar los colores. Dificultad para comprender lo observado en las láminas.

Dificultades en la percepción táctil y visual.

Su tiempo de reacción es mucho más prolongado.

Dificultades en el reconocimiento de objetos al variar su posición en el espacio

Relacionadas con el pensamiento:

Permanece concreto y en gran medida se puede decir que tiene un carácter descriptivo y superficial. Se produce debido a la debilidad que presentan sus generalizaciones.

Insuficiente desarrollo del pensamiento lógico verbal

Presentan debilidad en el análisis y síntesis, lo que influye en el resto de los procesos del pensamiento como la abstracción y la generalización, en la posibilidad de representar un objeto

como un todo único. Destacan menos partes, el análisis es desorganizado, se les dificulta la descomposición escalonada.

Dificultades para encontrar la relación entre las partes de un objeto.

Abstraen del objeto observado mucha menor cantidad de propiedades.

Disgregación del pensamiento (emite ideas incoherentes)

Es frecuente que comparen propiedades que no tienen relación entre sí.

Tienden a un pensamiento estereotipado.

Existe debilidad de la función que regula el pensamiento, ya que no meditan sus acciones, no prevén sus resultados y no emplean su pensamiento con el fin de actuar correctamente.

Al comparar es frecuente el deslizamiento.

Al comparar objetos heterogéneos generalmente indican sus nombres y usos.

Falta de juicio crítico.

Presentan inconsecuencias en sus razonamientos y en general tienen lentitud y dificultades en los procesos del pensamiento.

Dificultades para planificar sus acciones.

Referidas al lenguaje:

Desde el punto de vista fonológico:

Fallas en la pronunciación de los fonemas.

Dificultades en la identificación y diferenciación de los sonidos.

Insuficiencias en la diferenciación de los movimientos articulatorios.

Problemas para la pronunciación de palabras con estructura sonora silábica complejas.

Desde el punto de vista léxico-semántico:

El vocabulario activo y pasivo insuficientemente desarrollados y con una marcada desproporción entre ambos.

El vocabulario activo no siempre corresponde a su significado real por una incorrecta asimilación de las palabras que lo conforman.

Utilizan palabras para designar objetos determinados y no como generalización (no emplean la palabra como concepto).

Pobreza de las representaciones.

Serias dificultades en la construcción gramatical (agramatismos).

Alteran el orden de las palabras en la oración, presentan problemas de concordancia, así como falta de habilidad para construir oraciones y efectuar preguntas.

Incomprensión de formas que dan belleza al lenguaje: refranes, proverbios, descripción literaria.

Cuando emplean el lenguaje en imágenes lo hacen en sus formas más sencillas y por imitación de los que le rodean, sin hacer un análisis consciente de su uso.

Habla:

De ritmo lento, monótona, poco fluida. Se efectúa en un mismo tiempo sin inflexiones, en una idéntica entonación.

Voz:

No siempre trasladan los matices de las emociones y sentimientos que encierra el enunciado verbal. Se aprecia falta de colorido, modulaciones entonacionales y de inflexibilidad en el tono.

En cuanto a la memoria:

Está afectada a corto y largo plazo, la mecánica y la lógica.

Débil memorización condicionada por percibir el material sin tratar de fijarlo.

Rápido olvido e inexactitud de sus reproducciones.

Muestran imposibilidad de recordar cualquier información (nombres, palabras aisladas en el momento necesario) olvido específico. Luego aparecen como si surgieran en la conciencia (base fisiológica: inhibición interna de las actividades corticales).

La memoria mecánica presenta un retraso considerable, aunque es la que alcanza mayor desarrollo.

La memoria lógica es posible desarrollarla con estrategias adecuadas a partir de la compensación y corrección de los defectos.

Memoria involuntaria mejor desarrollada que la voluntaria.

Generalmente cuando reproducen un material verbal tienden a añadirle datos.

La reproducción tiene un carácter desordenado.

Las representaciones son deficientes.

Tendencia a reproducir objetos en una posición diferente a la mostrada.

Imaginación:

Pobre imaginación.

Imaginación inexacta.

Imaginación reconstructiva sobre la base de la descripción oral se asemejan.

Posibilidades creadoras limitadas.

Atención:

Presentan un nivel de desarrollo muy bajo.

Poca capacidad para concentrar la atención. Dificultades para mantenerse concentrado durante un período de tiempo en una actividad.

Dificultades en la selección adecuada del objeto o actividad.

Dificultades en la estabilidad.

Dificultades en la distribución de la atención.

Prevalece la atención involuntaria.

Son extremadamente distraídos.

Las emociones y los sentimientos son inmaduros, no están bien diferenciados, no presentan matices sutiles, sus sentimientos pueden ser extremos, primitivos.

Pobre desarrollo de los sentimientos y emociones intelectuales y estéticos.

Algunos son muy excitables, otros lloran fácilmente.

Aparecen emociones que no se corresponden con el estímulo.

Puede aparecer labilidad afectiva.

Debilidad en la regulación de los sentimientos.

Puede aparecer euforia y disforia.

Puede aparecer apatía.

Generalmente atribuyen los éxitos a la suerte.

Existe debilidad de la regulación intelectual de sus sentimientos, lo que lleva a que los sentimientos espirituales estén afectados en su formación (sentimiento del deber, responsabilidad abnegación).

Tienen disminuida la autoestima y confianza en sí mismos, experimentan el fracaso y las frustraciones.

Se puede observar estados de ánimos patológicos como: disforia, euforias, apatía.

Existe debilidad e inestabilidad de los intereses y cierta incapacidad de llevar hasta su fin las tareas iniciadas.

Dificultades en su autovaloración, por sobrestimación de sus posibilidades y falta de actitud crítica hacia sus juicios y acciones.

Generalmente bajo nivel de aspiraciones. Valoración inadecuada de sus posibilidades.

Las necesidades y motivos se caracterizan por la pobreza de los mismos y las dificultades para realizar subordinación de los motivos

Incomprensión de los objetivos hacia cuya realización se encamina la actividad.

Limitado desarrollo de los motivos cognoscitivos.

Predominio de necesidades individuales de carácter social.

Los motivos para la actividad no están bien concientizados.

Predominan los motivos cercanos.

Pobres motivos estéticos.

Dificultades en la formación de necesidades culturales.

Sus intereses son inconstantes.

Son más dependientes de la motivación extrínseca que de la intrínseca.

Son poco perseverantes, indecisos.

Son generalmente dependientes.

Dificultades en la regulación de la conducta.

Otras regularidades:

Escaso control muscular.

Problemas para establecer las relaciones de parentesco.

Dificultades en la orientación témporo-espacial.

Ritmo de trabajo lento.

Preferencia constante por el juego.

No se apropia de la ayuda o no la asimila adecuadamente.

Se muestran poco comunicativos, tímidos, en otros casos agresivos.

Inmadurez psicofísica.

Risas inmotivadas.

No logran comprender el sentido y la lógica de las narraciones, cuentos, etc.

Persistencia en la misma actividad.

Movimientos torpes, mala coordinación.

Movimientos estereotipados.

Dificultades en la conducta.

2.2.1.9 LAS FAMILIAS DE LOS NIÑOS Y DE LAS NIÑAS CON DIAGNÓSTICO DE RETRASO MENTAL

Las actividades dirigidas a la preparación de las familias de los niños y las niñas con diagnóstico presuntivo de retraso mental desde las primeras edades se sustentan en una serie de fundamentos teóricos de gran significación filosófica, sociológica, pedagógica y psicológica. Los fundamentos filosóficos que sirven de soporte a las actividades se nutren de las tesis fundamentales aportadas por el materialismo dialéctico e histórico que, como metodología general, son la base del estudio de las habilidades de interacción social en los niños y las niñas con diagnóstico presuntivo de retraso mental desde las primeras edades.

Desde el punto de vista sociológico, y en plena coincidencia con Rodríguez Rivero (2007), quien se basa en la individualización como proceso inseparable de la socialización. El proceso de socialización del sujeto se fundamenta la actividad práctica, y de él se derivan las funciones cognitiva, valorativa y comunicativa de la personalidad; el desarrollo del individuo bajo la influencia de la educación y el medio social y natural tiene lugar como una dialéctica entre objetivación y subjetivación de los contenidos sociales.

Los fundamentos pedagógicos y psicológicos son el resultado de esta metodología general, parten de la concepción dialéctico materialista de la personalidad, la cual plantea que las relaciones sociales y el medio social donde se desarrolla el niño y la niña, contribuyen a formar

su personalidad, es decir, bajo el efecto de la educación y sus acciones organizadas por los adultos, también de la comunicación entre el niño, sus padres y otros adultos.

La idea rectora de las actividades en sus fundamentos pedagógicos es la educación como conductora del desarrollo y la implementación de un proceso educativo centrado en las necesidades de estos niños y niñas como condición fundamental para el desarrollo integral de su personalidad. Tienen en cuenta, además, la educación en el colectivo; la utilización de métodos que propicien la activación del conocimiento, la comunicación, la socialización y la participación cooperativa y creadora desde una posición sistémica, flexible y dinámica; el vínculo con la realidad, así como la concepción de las actividades con un carácter sistémico e integrador.

Desde el punto de vista psicológico el modelo se adscribe al postulado sobre la comprensión de la individualidad de la personalidad acorde con el Enfoque Histórico Cultural de Vigostky (1989). Este proceso de formación de la personalidad comprende tres componentes: el cognitivo, el afectivo y el volitivo.

2.2.2 RETRASO MENTAL:

2.2.2.1 DEFINICIÓN

El retraso mental se define como una dificultad básica en el aprendizaje y ejecución de determinadas habilidades de La vida diaria. Deben existir limitaciones funcionales relacionadas no solo como la inteligencia conceptual, sino también con La inteligencia práctica e inteligencia social.

> *Un estado de defecto mental de nacimiento, o desde una temprana edad, debido a un desarrollo cerebral incompleto, a consecuencia del cual la persona afectada es incapaz de desempeñar sus derechos como un miembro de la sociedad en la posición de la vida a la cual el pertenece por nacimiento (Tredgold, 1908; citado en Verdugo, M.A., 2002).*

El funcionamiento intelectual significativamente inferior a La media se define como un Cociente Intelectual de 70-75 o inferior, obtenido mediante evaluaciones realizadas con uno o más test de inteligencia, administrados individualmente por un especialista y desarrollados para evaluar el funcionamiento intelectual. Estos datos deben ser revisados por un equipo multidisciplinar y validado con informaciones obtenidas mediante test adicionales o información evaluativa de distinta procedencia.

Deben existir limitaciones en habilidades adaptativas, ya que en funcionamiento intelectual limitado, por sí solo, no es suficiente para un diagnóstico de retraso mental. Además, su impacto debe ser lo suficientemente amplio como para afectar, al menos, a dos áreas diferentes de habilidades adaptativas. Incluir La limitación en dos pretende evitar errores diagnósticos Al evaluar individuos con limitaciones que son producto de otras explicaciones distintas a la de retraso mental.

Las áreas de habilidades de adaptación incluidas en La definición son; comunicación, autocuidado, vida en el hogar, habilidades sociales, utilización de La comunidad, autodirección, salud y seguridad, habilidades académicas funcionales, tiempo libre y trabajo, estas áreas son esenciales para un adecuado funcionamiento en La vida y con frecuencia, las personas con retraso mental requieren apoyo en las mismas, dado que las destrezas relevantes dentro de cada área de habilidades adaptativas pueden variar con la edad, La evaluación del funcionamiento debe tener en cuenta la edad cronológica de La persona.

La definición termina estableciendo que el retraso mental debe manifestarse antes de los 18 años de edad, pues esta edad es la que se considera en nuestra sociedad el momento en que un individuo asume generalmente roles de adulto. En otras sociedades, donde se adopten criterios distintos, podía ser más apropiado establecer otra edad. Por otro lado, La inclusión de este contenido en La definición obedece también a La necesidad de diferenciar El retraso mental en otros trastornes o patologías.(Luckasson; 1992, *citado en Verdugo, M.A., 2002).*

2.2.2.2 DIAGNOSTICO Y SÍNTOMAS DEL RETRASO MENTAL

Un diagnóstico de la presencia de retraso mental, con la definición actual, requiere encontrar que la inteligencia y conducta adaptativa de la persona estén significativamente por debajo del promedio y que esa combinación este presente durante el periodo de desarrollo. Ordinariamente esto requiere la administración de una evaluación individualizada de la inteligencia, una evaluación individualizada de la conducta adaptativa, y una decisión tomada basándose en la revisión de documentos y entrevistas con observadores relevantes respecto de que la discapacidad estaba presente antes de los 18 años.

Hacer un diagnóstico de retraso mental puede ser problemático en algunos casos, requiriendo la aplicación del juicio clínico. El juicio clínico es pedido a menudo cuando: (a) la persona proviene de un ambiente cultural y/o lingüístico que difiere significativamente del ordinario; (b) la información anterior está ausente o incompleta; (c) por razón de seguridad médicas, el funcionamiento individual en conducta adaptativa no puede evaluarse de acuerdo con la definición y premisas del 2002; (d) los procedimientos de evaluación estandarizados no son apropiados porque la persona tiene múltiples discapacidades, limitaciones motoras o sensoriales y/o conductas problemáticas que limitan el uso o la interpretación valida de instrumentos estandarizados; hay un peligro de efectos de la práctica debido al uso repetido al mismo instrumento fuera de los intervalos temporales recomendados; (e) el individuo usa un lenguaje, dialecto o sistema de comunicación que difiere significativamente del utilizado en la normalización del instrumento;(f) la persona es muy joven y tiene limitaciones potenciales del lenguaje o habilidades de ejecución (g)surgen dificultades para relacionar informantes o para validar las observaciones de los informantes; (h)la observación directa de la ejecución actual de la persona ha estado limitada y se necesita observación directa adicional; (i) se presentan dificultades cuando se quiere determinar si se ha cumplido el criterio de la edad del inicio, lo cual con frecuencia es problemático en personas mayores. Cada uno de estas situaciones puede requerir el uso del juicio clínico para tomar decisiones y/ o integrar la información de un equipo interdisciplinar cuya función es armonizar la evaluación multidimensional y la información contextual.

Además, algunas de las premisas esenciales para la aplicación de la definición de 2002 de retraso mental anticipan el juicio clínico. Por ejemplo, ni la premisa 1. ("las

limitaciones en el funcionamiento presente debe considerarse en el contexto de ambientes comunitarios típicos de los iguales en edad y cultura") ni la premisa 2. ("una evaluación valida ha de tener en cuenta la diversidad cultural y lingüística, así como las diferencias en comunicación en aspectos sensoriales, motores y comporta mentales") puede ser adecuadamente abordada sin ejercicio de un juicio clínico competente.

El juicio clínico puede ser problemático especialmente se separa de las observaciones directas de profesionales entrenados y de datos revolantes de la evaluación como afirmaron Salvia e Ysseldyke (1991).

2.2.2.3 NIVELES O TIPOS DE RETRASO MENTAL

La clasificación del retraso mental más aceptada, por la organización mundial de la salud (OMS), se resume en los siguientes párrafos:

- **Retraso Mental leve:** Los individuos afectados de retraso mental leve adquieren tarde el lenguaje, pero la mayoría alcanzan la capacidad de expresarse en la actividad cotidiana, de mantener una conversación y de ser abordados en una entrevista clínica. La mayoría de los afectados llegan a alcanzar una independencia completa para el cuidado de su persona (comer, lavarse, vestirse, controlar los esfínteres), para actividades prácticas y para las propias de la vida doméstica, aunque el desarrollo tenga lugar de un modo considerablemente más lento de lo normal. Las mayores dificultades se presentan en las actividades escolares y muchos tienen problemas específicos en lectura y escritura. La mayoría de los que se encuentran en los límites superiores del retraso mental leve pueden desempeñar trabajos que requieren aptitudes de tipo práctico, más que académicas, entre ellas los trabajos manuales semicualificados.

En general, las dificultades emocionales, sociales y del comportamiento de los enfermos con retraso mental leve, así como las necesidades terapéuticas y de soporte derivadas de ellos, están más próximas a las que necesitan las personas de inteligencia normal que a los problemas específicos propios de los enfermos con retraso mental moderado o grave.

Pautas para el diagnóstico

Si se utilizan test de CI estandarizados de un modo adecuado el rango 50-55 al 70 corresponde a un retraso mental leve. La comprensión y el uso del lenguaje tienden a tener un retraso de grado diverso y se presentan problemas en la expresión del lenguaje que interfieren con la posibilidad de lograr una independencia, y que puedan persistir en la vida adulta. En un número variable de los afectados pueden presentarse además otros trastornos tales como autismo, otros trastornos del desarrollo, epilepsia, trastorno disocial o discapacidades somáticas.

- **Retraso Mental Moderado**: Los individuos incluidos en esta categoría presentan una lentitud en el desarrollo de la comprensión y del uso del lenguaje y alcanzan en esta área un dominio limitado. La adquisición de la capacidad de cuidado personal y de las funciones motrices también está retrasada, de tal manera que algunos de los afectados necesitan una supervisión permanente. Aunque los progresos escolares son limitados, algunos aprenden lo esencial para la lectura, la escritura y el cálculo.

De adultos, las personas moderadamente retrasadas suelen ser capaces de realizar trabajos prácticos sencillos, si las tareas están cuidadosamente estructuradas y se les supervisa de un modo adecuado. Rara vez pueden conseguir una vida completamente independiente en la edad adulta. Sin embargo, por lo general, estos enfermos son físicamente activos y tienen una total capacidad de movimientos. La mayoría de ellos alcanza un desarrollo normal de su capacidad social para relacionarse con los demás y para participar en actividades sociales simples.

Pautas para el diagnóstico

El CI está comprendido entre 35-40 y 50-55. En este grupo lo más frecuente es que haya discrepancias entre los perfiles de rendimiento y así hay individuos con niveles más altos para tareas viso-espaciales que para otras dependientes del lenguaje, mientras que otros son marcadamente torpes, pero son capaces de participar en relaciones sociales o conversaciones simples. El nivel de desarrollo del lenguaje es variable. Algunos aprenden a

gesticular con las manos para compensar, hasta cierto grado, los problemas del habla. En una proporción pequeña pero significativa están presentes un autismo infantil o trastornos del desarrollo, los cuales tienen una gran repercusión en el cuadro clínico y en el tipo de tratamiento necesario. También son frecuentes la epilepsia, el déficits neurológicos y las alteraciones somáticas.

- **Retraso Mental Grave:** Tanto el cuadro clínico, como la etiología orgánica y la asociación con otros trastornos son similares a los del retraso mental moderado. Padecen un grado marcado de déficit motor o de la presencia de otro déficit que indica la presencia de un daño o una anomalía del desarrollo del sistema nervioso central, de significación clínica.

Pautas para el diagnóstico

El CI está comprendido entre 20-25 y 35-40.

- **Retraso Mental Profundo:** El cociente intelectual en esta categoría es inferior a 20-25, lo que significa en la práctica que los afectados están totalmente incapacitados para comprender instrucciones o requerimientos o para actuar de acuerdo con ellas. La mayoría tiene una movilidad muy restringida o totalmente inexistente, no controlan esfínteres y son capaces en el mejor de los casos sólo de formas muy rudimentarias de comunicación no verbal. Poseen una muy limitada capacidad para cuidar sus necesidades básicas y requieren ayuda y supervisión constantes.

2.2.2.4 CAUSAS DEL RETRASO MENTAL

En el manual de 1992 de la ARM. Que incluye la actual definición de retraso mental se propone otra forma de agrupación (Luckasson; 1992, *citado en Verdugo, M.A., 2002*). El autor sugiere que las causas del retraso mental pueden ser agrupadas en función al momento de aparición. Utilizando este sistema, puede organizarse en tres grupos.

a) *Causas prenatales.* Desordenes cromosómicos, problemas de metabolismo, problemas en la formación y desarrollo del cerebro e influencias ambientales.

b) *Causas perinatales.* Problemas neonatales o intrauterinos, aunque no son muy comunes, los problemas derivados al momento del parto también pueden influir en la aparición del retraso mental. El proceso del nacimiento puede ser peligroso tanto como para el bebe y como para la madre y de este momento pueden derivarse una gran variedad de discapacidades, incluidas en el retraso mental.
c) *Causas posnatales.* Daños en la cabeza, infecciones, desordenes tóxicos metabólicos, malnutrición, depravación ambiental y otros problemas ocasionados después del nacimiento.

Etiología del retardo mental.

Los primeros trabajos médicos sobre retraso mental centraron su interés en el estudio de las anomalías o malformaciones físicas que suelen acompañarlo. Se pensaba que existía una estrecha correlación entre retraso mental y malformaciones físicas. Sin embargo, posteriores observaciones pusieron de manifiesto que la deficiencia mental no siempre se acompaña de defectos físicos observables. Esto es especialmente cierto en aquellos casos de retraso mental familiar, hereditario o endógeno, y sobre todo en el grupo "borderline".

Asimismo a STRAUSS Y H. WERNER *(Tredgold, 1908; citado en Verdugo, M.A., 2002)*, demostraron la incidencia de déficit motores en menos del 50% de los casos diagnosticados de retraso mental exógeno. No obstante, otros trabajos señalan como a medida que el CI es más bajo los trastornos patológicos "médicos" aumentaran tal como se puede observar en el cuadro.

PATOLOGÍA CRECIENTE	PATOLOGÍA DECRECIENTE
Cociente de inteligencia 0 ⟵ 50 a 54 ⟶ 70	
Secuelas graves del sistema nervioso central Durante los periodos prenatal, natal y post natal. Anomalías citogenéticas. ~~Efectos de genes mayores.~~ Frecuencia de síndrome de cuando en cuando.	Variabilidad poligénica. Factores de experiencia y socio ambientales. Secuelas benignas de enfermedad de ~~sistema nerviosos central.~~ Frecuencia de síndromes: raros (variantes benignas: citogenéticas y de genes mayores). (Garrard, 1968)

Dos grandes corrientes o interpretaciones del retraso mental se han desarrollado a partir de la década de los años 60. Una de ellas defiende la existencia de una afectación orgánica o estructural como causa del retraso mental. Esta afectación puede consistir, bien en una alteración de los procesos inhibitorios, un defecto de los procesos de sanción cortical o un déficit de la memoria inmediata. La otra corriente, atribuye al menor rendimiento intelectual y social del niño retrasado a una falta de motivación y de estímulos ambientales adecuados para un correcto aprendizaje. Esto sucedería, si no en todos, en un porcentaje muy elevado de casos, las familias de los niños afectados de retraso mental suelen caracterizarse por una historia de fracasos sociales, situaciones de aislamiento y de privación cultural y atípicos sistema de valores que facilitan la instauración del retraso, estas familias presentarían una "sensibilidad anormal" a los índices sociales, que se traducen en una reducción o exclusión de las experiencias necesarias para el desarrollo normal de la inteligencia y la conducta adaptativa.

Los trabajos de investigación sobre la memoria inmediata defienden la teoría de que los ~~niños afectados de retraso mental se caracterizan por un engrama defectuoso de los~~ estímulos, que no conserva la memoria inmediata, el tiempo suficiente para permitir las

modificaciones que implica la memoria a largo plazo. Es decir, la deficiencia en la memoria inmediata dificulta el trasvase de la información a la memoria a largo plazo.

Otros estudios sobre la etiología del retraso mental señalan tres causas fundamentales del mismo:

a) Alteraciones del sistema nerviosos.
b) Carencia cultural.
c) Trastorno de la conducta (entendiendo esto último como un problema de déficit del comportamiento).

Algunos autores insisten en la necesidad de considerar el retraso mental no como un síntoma, sino como una forma de comportamiento. En realidad, el retraso mental implicaría una dificultad de aprendizaje defectuosa en relación con uno (o varios) de los factores siguientes:

1. Anomalía fisiológica.

2. Ausencia de estimulación ambiental.

3. Mecanismos comporta mentales adquiridos que obstaculizan el progreso del aprendizaje y de la adaptación. Este enfoque abre nuevas perspectivas a la clasificación de retraso mental y al estudio científico del mismo.

A finales de la década de los años 60, tres concepciones básicas son formuladas sobre el retraso mental:

La primera de ellas entiende el retraso mental como una variación poligénica que aparece naturalmente en la población, se trataría de un fenómeno asociado al desarrollo. Es la postura genetista. De acuerdo con este enfoque, la variación en el desarrollo cognitivo está determinada en gran medida por variaciones poligénicas, y los retrasos de carácter familiar representa en parte inferior de la distribución genética. Aunque los factores ambientales fueran idénticos para toda la población,

seguirían existiendo diferencias considerables de cociente intelectual entre unos individuos y otros.

La segunda concepción es la teoría diferencial de Spitz y Kouniny la tercera es la postura representada por Luria y Ellis, que entiende el retraso mental esencialmente como un déficit. Ambas teorías sostienen que el ritmo de desarrollo de la función cognitiva en el retraso mental, así como el nivel de desarrollo que alcanza dicha función cognitiva no depende exclusivamente de factores genéticos, sino también de las circunstancias ambientales. Por tanto, sujetos con dotación genética similar pueden alcanzar niveles diferentes de desarrollo cognitivo.

Estas distintas interpretaciones de retraso mental van a tener claras repercusiones en las actitudes y métodos educativos que se adopten frente al mismo, Así por ejemplo, Jessen sostiene que los factores genéticos son mucho más importantes que lo factores ambientales en la determinación de diferencias de cociente intelectual.

2.2.2.5 ATENCIÓN DE LAS PERSONAS CON RETRASO MENTAL.

Desde mediados de la década de los 80 el paradigma de apoyos ha producido al menos dos impactos significativos en los programas educativos y de habilitación. En primer lugar, el nivel o intensidad de las necesitados de apoyo de una persona se está empleando como base para planificar los servicios y sistemas, así como para establecer criterios de financiación, en segundo lugar, la orientación de apoyos a reunido las practicas relacionadas con la planificación centrada en la persona, las oportunidades de crecimiento personal y desarrollo, la inclusión en la comunidad y capacidad (*empowerment).* Aunque el concepto de apoyos no es el modo alguno novedoso, *lo que es nuevo es la creencia de que una juiciosa aplicación de los apoyos pueden mejorar las capacidades funcionales de las personas con retraso mental.* Esta creencia se va plasmada en la actual importancia del empleo con apoyo, la vivienda con apoyo y la educación inclusiva. La importancia de los apoyos radica en que prometen proporcionar unas bases más naturales eficientes y continuadas para mejorar los resultados personales.

Claves de apoyos y del paradigma de apoyas:

- El funcionamiento individual surge de la interacción de los apoyos con las dimensiones de capacidades intelectuales; conducta adaptativa; participación, interacciones y roles sociales; salud; y contexto.
- El propósito fundamental de proporcionar apoyos a personas con retraso mental es mejorar los resultados personales relacionados con la independencia, relaciones, contribuciones, participación en la escuela y en la comunidad y bienestar personal.
- La evaluación de las necesidades de apoyo puede tener distinta relevancia, dependiendo de si se realiza con propósitos clasificadores o de planificación de apoyos.
- Los servicios constituyen un tipo de apoyos proporcionados por profesionales y agencias.

El actual interés conceptual y práctico sobre el empleo de los apoyos trascienden en las disciplinas y áreas de rehabilitación, incluyendo la educación, familias, empleo, medicina y vida en la comunidad; esta acentuación de los apoyos y sistemas de apoyos es congruente tanto con conceptos psicológicos como sociales. Psicológicamente, el concepto de apoyos está en armonía con la noción de *zona de desarrollo próximo*, definido como la distancia entre los problemas que un individuo resuelve de modo independiente y los que resuelven con ayuda. Como expusieron Vygotsky (1986) y Schamhorst y Buchel (1990).

2.2.3 DEPRESIÓN

2.2.3.1 DEFINICIÓN

La depresión es una alteración patológica del estado del ánimo con descenso del humor que termina en tristeza, acompañada de diversos síntomas y signos de tipo vegetativo, emocionales, del pensamiento, del comportamiento y de los ritmos vitales que persisten por tiempo habitualmente prolongado (a lo menos de dos semanas). Con

frecuencia tiende a manifestarse en el curso de la vida, con aparición de varios episodios, adquiriendo un curso básico o recurrente con tendencia a la recuperación entre ellos.

2.2.3.2 SÍNTOMAS Y DIAGNOSTICO

De acuerdo a los criterios diagnósticos establecidos por la OMS, descritos en la DSM IV, TR, se encuentran los siguientes síntomas específicos:

a) Presencia de cinco o más de los síntomas siguientes durante un periodo al menos de dos semanas y que representan un cambio de la situación previa.

Uno de los cinco síntomas debe ser el 1 o el 2.

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día (en niños puede ser irritabilidad).
2. Perdida de interés o disfrute en la mayor parte de las actividades.
3. Cambio del peso en un 5% en un mes (en niños. Comparación con curvas).
4. Insomnio o hipersomnia diarios.
5. Agitación o enlentecimiento motor observable.
6. Fatiga o perdida de la energía diria.
7. Sentimientos de inutilidad o culpa.
8. Perdida de la capacidad de concentración.
9. Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio con o sin planificación del mismo.

b) no se cumplen los síntomas de episodio mixto.

c) los síntomas provocan deterioro social. Laboral o social.

d) los síntomas no son secundarios a una enfermedad o ingestión de droga.

e) los síntomas no se explican por presencia de duelo y permanece más allá de dos meses.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA EL TRASTORNO DISTÍMICO.

a) Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día. La mayoría de los días y durante dos años (en los niños un año y con posible situación por irritabilidad).
b) Presencia de dos o más de los siguientes síntomas:

1. Perdida o aumento de apetito.
2. Insomnio o hipersomnia.
3. Falta de energía o fatiga.
4. Baja autoestima.
5. Dificultades de concentración o toma de decisiones.
6. Sentimientos de desesperanza.

c) El sujeto no ha estado sin síntomas durante dos meses. De los criterios A y B al menos dos años (un año en niños y adolescentes).
d) No ha habido ningún episodio de depresión mayor durante los primeros dos años (un año en niños y adolescentes).
e) Nunca ha habido episodios maniacos, Mixtos, Hipomaniacos o ciclotímicos.
f) No aparece en el transcurso de un trastorno psicótico.
g) Los síntomas no son secundarios a enfermedad ni abuso de sustancias.

Criterios para la evaluación de un episodio mixto.

a) Se cumplen los criterios de un episodio maniaco y de depresión mayor casi cada día y durante al menos un semana.
b) La alteración provoca trastorno laboral, personal y social. Puede acompañarse de síntomas sicóticos y necesitar internamiento.
c) Los síntomas no son secundarios a enfermedad o consumo de drogas.

Estos trastornos pueden presentarse con un trastorno más reciente maniaco o hipomaniaco, depresivo o alternante. Es relativamente poco frecuente en los niños.

Todos ellos pueden ser especificados en la edad de su aparición, así como en la gravedad de sus síntomas.

2.2.3.3 CAUSAS DE LA DEPRESIÓN

Factores de riesgo que en una compleja interacción se presenta frecuentemente ligados a la aparición de un trastorno afectivo. Si se trata de categorizarlos, se puede hablar de factores personales y ambientales.

Factores personales. Se cuenta vulnerabilidad diferencia de los sujetos a desarrollar una depresión, en relación con elementos que atañen al sujeto (sistema nervioso, temperamento, personalidad) y que de alguna manera representan una predisposición a priori del comportamiento.

Factores ambientales. Están aquellos que atañen directamente a la familia (apego, dinámica familiar, relaciones) y los que corresponden al entorno social inmediato (escuela) o mediato (sociedad, cultura) y que, diría Bronfenbrenner, representan los diferentes sistemas en los que está inmerso un sujeto y que dan explicación de su conducta. Los acontecimientos de ese entorno constituyen la estimulación que condiciona unas determinadas respuestas del sujeto en función de sus características personales, produciéndose una interacción que explica la aparición de la conducta tanto adaptad como desadaptada.

2.2.3.4 CONSECUENCIAS DE LA DEPRESIÓN

La depresión puede causar graves consecuencias en la vida del afectado. Consecuencias como ansiedad, abatimiento, pérdida del sueño, del apetito, y falta de interés en realizar actividades. Si la enfermedad no es tratada correctamente puede incluso provocar deseos de suicidio.

Otra de las graves consecuencias de la depresión es el alejamiento progresivo de la familia y los amigos. Nos lleva a sentirnos inútiles y sin esperanza. Pensamos que nadie nos puede ayudar.

Las mujeres sufren dos veces más depresión que los hombres. Las razones no son claras aunque parece que es debido a diferencias genéticas y hormonales entre hombres y mujeres.

La mejor actitud ante la depresión es el optimismo. Es fundamental para superar una depresión una actitud positiva ante la vida. Optimismo, actividad física, hobbies y vida social son la mejor receta para minimizar las consecuencias de padecer una depresión. Tal vez no podamos evitar sufrir una depresión en algún momento de nuestra vida pero no tenemos que resignarnos a soportar sus graves consecuencias. Familia y amigos, optimismo y nuestro médico son el mejor remedio.

2.2.3.5 TRATAMIENTO

Las intervenciones que se desarrollen dependerán de los factores Asociados a una mayor probabilidad de abandono, entre los cuales se encuentran.

- Una condición socio-económica y/o una cantidad de demandas y tareas domésticas que limitan la posibilidad de acudir a los controles.
- Baja participación en organizaciones sociales lo que incidirá en el nivel de habilidades sociales para las relaciones con grupos e instituciones.
- Baja intensidad de cuadro clínico (baja puntuación en el IDB, menor intensidad de síntomas ansiosos y mejor autoevaluación del cuadro clínico).

Entre las estrategias para mejorar la adherencia y disminuir el abandono se consideran las siguientes.

- Programas de psico-educación estándar para la persona y su familia, con esquemas flexibles para quienes no puedan o no quieran a asistir a actividades grupales.
- Seguimiento y controles telefónicos.
- Visitas en el domicilio.

- Grupos de autoayuda, que pudiesen ser organizados por monitoras que han sufrido a padecen la enfermedad, manteniendo el apoyo de un profesional del equipo tratante.
- Contar con material impreso para entregar a las personas en tratamiento y su familia.
- Integración de un familiar u otro significante afectivo a los controles.
- La educación y entrega de información con respecto a los trastornos depresivos es, sin duda, una de las estrategias centrales del tratamiento de la metodología empleada, la persona en tratamiento y su familia debe recibir educación e información en los siguientes aspectos, como mínimo:
- En que consiste la depresión, características de la enfermedad, sintomatología, tratamientos disponibles, pronostico. Esto permite generar expectativas adecuadas en la persona con depresión a la vez que le posibilita identificar los cambios en sus estados emocionales y cuando debe solicitar ayuda.
- El tiempo mínimo que debe tomar los medicamentos, tanto en la fase inicial de instalación del fármaco, como en la fase de mantención posterior a la remisión de los síntomas, con la finalidad de asegurar el resultado y evitar una recaída.
- Los posibles efectos secundarios del tratamiento farmacológico, como reconocerlos, cuando consultar i se presenta, como manejarlos.
- Es conveniente repetir algunos de los contenidos educativos e informativos en cada control, adecuándolos a las características de la persona y de su tratamiento.

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- **RETRASO MENTAL:** es un término que se usa cuando una persona tiene ciertas limitaciones en su funcionamiento mental y en destrezas tales como aquellas de la comunicación, cuidado personal, y destrezas sociales. Estas limitaciones causan que el niño aprenda y se desarrolle más lentamente que un niño típico. El retardo mental se manifiesta antes de los dieciocho años de edad, según La AAMR (American Association on Mental Retardation)

- **DEPRESIÓN:** La organización mundial de la salud OMS, define como un trastorno del estado de ánimo, y su síntoma habitual es un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente.
- **DISCAPACIDAD:** El DSM-IV establece que la discapacidad es la expresión de las limitaciones en el funcionamiento individual dentro de un contexto y representa una desventaja sustancial para el individuo

- **DISCAPACIDAD INTELECTUAL:** Discapacidad intelectual, también conocida como retraso mental, es un término utilizado cuando una persona no tiene la capacidad de aprender a niveles esperados y funcionar normalmente en la vida cotidiana. En los niños, los niveles de discapacidad intelectual varían ampliamente, desde problemas muy leves hasta problemas muy graves. Los niños con discapacidad intelectual puede que tengan dificultad para comunicar a otros lo que quieren o necesitan, así como para valerse por sí mismos. American Association of Intellectual and Developmental Disabilities; Verdugo M.A. 2002).
- **EDUCACIÓN ESPECIAL:** La Ley General de Educación, en su Artículo 41, enuncia que La educación especial o educación diferencial es aquella destinada a alumnos con necesidades educativas especiales debidas a superdotación intelectual o bien a discapacidades psíquicas, físicas o sensoriales. La educación especial en sentido amplio comprende todas aquellas actuaciones encaminadas a compensar dichas necesidades, ya sea en centros ordinarios o específicos.

  Aunque la atención educativa a personas con deficiencias sensoriales (generalmente auditivos y visuales) se viene prestando desde el siglo XVI, la adopción legal del término *educación especial* es reciente y ha venido a sustituir a otros aún vigentes en ciertos países de Hispanoamérica, como *defectología*, que tiene evidentes connotaciones negativas.

2.4 HIPÓTESIS

Al ser un trabajo de investigación de tipo descriptivo simple el presente trabajo no tiene hipótesis, siendo este sustantivo, investiga una sola variable, por lo general una hipótesis

establece una relación entre dos variables, lo que no sucede en el presente, (Sánchez y Reyes, 2002).

2.5 VARIABLES DE ESTUDIO

VARIABLE ÚNICA (UNIVARIABLE):

Depresión.

VARIABLES INTERVINIENTES:

Padres de los niños con retraso mental del Centro Educativo básico especial 35001 de Huancavelica.

DEFINICIÓN OPERATIVA DE VARIABLES E INDICADORES SEGÚN ESCALA DE INTENCIONALIDAD SUICIDA DE BECK.

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADOR
DEPRESIÓN	DIMENSIÓN 1 (estado de ánimo)	1. Tristeza. 2. Pesimismo 3. Sensación de fracaso 4. Insatisfacción 5. Culpa 6. Expectativas de castigo 7. Autodesprecio
	DIMENSIÓN II (energía)	8. Autoacusación 9. Idea suicidas 10. Episodios de llanto 11. Irritabilidad
	~~DIMENSIÓN III (comunicación)~~	~~12. Retirada social~~ 13. Indecisión 14. Cambios en la imagen corporal. 15. Enlentecimiento
	DIMENSIÓN IV (somatoagnosia)	16. Insomnio 17. Fatigabilidad 18. Pérdida de apetito 19. Pérdida de peso 20. Preocupaciones somáticas 21. Bajo nivel de energía

CAPÍTULO III
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 ÁMBITO DE ESTUDIO

La investigación se realizó en el CEBE 35001 ubicado en la región Huancavelica.

La ciudad de Huancavelica ubicada en el distrito provincia y región de Huancavelica, que tiene una población promedio de 45,000 habitantes, donde se cuenta una sola institución educativa del nivel básico especial que atiende un promedio de 10 niños con retraso mental y otras discapacidades, de los cuales se evaluara a los familiares de estos niños que son de la misma proporción que los estudiantes.

3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Sustantivo teorético, ya que la presente investigación estuvo orientada a la descripción del nivel de depresión en familiares de estudiantes con retardo mental leve del CEBE 35001 de Huancavelica.

Tipo básico, pues trato de responder a un problema de índole teórico y se orienta a describir la realidad (Sánchez y Reyes, 2002).

3.3 NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Descriptiva, ya que estuvo orientada a recoger datos de una realidad concreta a través de la aplicación de las técnicas e instrumentos respectivos a fin de obtener el diagnóstico de un fenómeno específico en un momento determinado.

El nivel es descriptivo, pues tuvo por finalidad describir y comparar las principales modalidades de formación o de cambio de un fenómeno para avanzar en la solución de los problemas que se presentan (Van Dalen y Mayer, 1971, Briones, 1981).

3.4 MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

Descriptivo, observacional, dado que la investigación se realizó sin la intervención directa de la investigadora, para el caso que nos ocupa, se buscó describir el nivel de depresión de los familiares de estudiantes con retardo mental leve del CEBE 35001 de Huancavelica.

3.4.1 Métodos generales:

Método científico: realizamos una serie de operaciones y procedimientos a seguir para llegar a una meta, organizándonos mediante pasos o etapas para concretar el objetivo formulado.

Deducción: Se hizo uso de este método al llegar a una conclusión a partir de las premisas

Hipotético deductivo: Se hizo uso de este método al plantear una hipótesis el que luego deberá ser corroborado en el trabajo llegando a la conclusión

Análisis: Permitió llegar a un nivel de explicación del problema planteado al inicio del proceso de investigación.

Síntesis: Se utilizó para resumir el presente trabajo llegando a la conclusión.

Hermenéutico: En la interpretación de los datos a través cuadros gráficos.

3.4.2 MÉTODO ESPECÍFICO:

El método específico fue el descriptivo, por cuanto solo se tomaron datos de la variable sin someterlos a prueba ni experimentación. (Van Dalen y Mayer, 1971, Briones, 1986).

3.4.3 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Diseño descriptivo simple:

M ⟶ .O

Donde:

M: Familiares de niños con retraso mental del CEBE 35001 de Huancavelica.

O: Observación o medición del nivel de depresión en familiares de estudiantes con retraso mental del CEBE 35001 de Huancavelica.

3.5 POBLACIÓN, MUESTRA MUESTREO

POBLACIÓN

La población estuvo constituida por todos los familiares de los estudiantes con retraso mental del CEBE 35001 de Huancavelica, cuya cifra asciende a 10 padres y madres de familia, así como tutores,

MUESTRA

La muestra fue poblacional o censal a la totalidad de la población, es decir este asciende a 08 familiares y tutores; en tal sentido, no se contará con una muestra ya que el presente estudio

por su naturaleza, que entre padre, madre y tutores, ascienden a un promedio de 10 personas. El requisito fue que el evaluado acepte ser evaluado.

MUESTREO

El muestreo fue no probabilístico e intencional.

3.6 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

TÉCNICAS:

- Fichaje.- Se empleó con la finalidad de recolectar datos relacionados con las variables de la hipótesis y temas a fines la investigación. Para ello se utiliza fichas de 15 x 7.5.
- Psicometría.- Se aplicó para obtener los datos de los padres o tutores de los niños con retraso mental del C.E.B.E. 35001 de Huancavelica.
- Entrevista.- Estableciendo el raport y las condiciones necesarias en el recojo de la información.

INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

Fichas: Bibliográficas y de resumen.

Registro anecdotario en la que se registró datos relevantes en el recojo de información.

Escala de auto evaluación de depresión

FICHA TÉCNICA DEL INSTRUMENTO:

- Nombre Original: Escala de Intencionalidad Suicida de Beck.

-Autor: Aaron Beck.

-Autores de Validación y Confiabilidad: Heredia Segura Richard.

-Año: 2004

ADMINISTRACIÓN:

a) Se le entrega al examinado la hoja de evaluación y un lápiz para responder, y dígale: aquí tienes una hoja con 20 preguntas; marca la respuesta que más se adecue a sus características, demostrando sinceridad.

b) Las instrucciones dadas al examinado deben ser claras y precisas, para evitar respuestas ambiguas.

c) El instrumento heteroaplicada.

d) Establecer con el examinado un buen rapport y motivarlo a que despliegue el asegurar la fidelidad de los resultados.

APLICACIÓN: individual y grupal.

TIPOS DE ÍTEM: Opción múltiple.

DURACIÓN: Tiempo Ilimitado.

II. FUNDAMENTOS TEÓRICOS:

En la actualidad el tema de estudio de la intencionalidad suicida es uno de los que mayor interés ha despertado en la psicología, especialmente por creciente porcentajes de personas con riesgo de intencionalidad suicida, por lo que se ha creído conveniente estandarizar un aprueba, con el fin de disponer de un instrumento contextualizado a nuestra realidad.

Entre las investigaciones tecnológicas realizadas a nivel nacional e internacional que guardan relación con la presente investigación tenemos:

En la investigación de Martínez .R., y Cols (1991) escala de depresión de Montgomery, realizo la validación de un instrumento en pacientes franceses que evalúa sobre todos los síntomas cognitivos y de alteración del estado de ánimo, encontrado una confiabilidad donde el grado de correlación entre cada ítem y el resto oscila entre 0,12(disminución de apetito) y 0,84(tristeza manifiesta).

La consistencia interna presenta valores entre 0,76 y 0,95. La fiabilidad inter examinadores es alta (0,80 0,95). En cuanto a validez, el rendimiento global de escala muestra una elevada correlación (0,70 0,90), la misma que tiene buenos índices de relación con el inventario de depresión de Beck.

Conde y Franch (1984) escala de valuación para la depresión de Hamilton, realizo la validación de este instrumento encontrado lo relacionado a confiabilidad que esta escala posee una buena consistencia interna (alfa de Cronbach entre 0,76 y 0,92, según estudios; en cuento a su validez su correlación oscila entre 0,8 y 0,9.

Beck y cols. (1974) "Escala de Intencionalidad Suicida", su objetivo es evaluar las características de la tentativa suicida. En relación a la confiabilidad inter observador de los 8 primero ítems de la escala es de 0,91. Su consistencia interna (alfa de crombach) es elevada (0,82); en cuanto a la valides en análisis factorial a puesto de manifiesto la existencia de tres factores principales en la construcción de escala: expectativas de resultados, conductas de aislamiento y actividades de planificación. A mostrado correlaciones positivas como escalas similares.

Concretamente, se entiende por intencionalidad suicida a todo acto consiente y deliberado en que produce daño a si mismo don diferentes grados de consecuencias letales, no produciendo la muerte.

MATERIAL DE LA PRUEBA

a) Hoja de respuesta.
b) Prueba o test impreso a ser leído por el evaluado.

CALIFICACIÓN DEL INSTRUMENTO:

Es en base a la presencia o ausencia del evaluado, puntuando 0, 1, 2 o 3 punto si está presente y o puntos si está ausente. Luego se procede a tabular los datos y corroborar en función a un baremo estandarizado ya en la prueba.

Guía para la interpretación del inventario de la depresión de Beck:

Puntuación Nivel de depresión

1-10 Estos altibajos son considerados normales.

11-16 Leve perturbación del estado de ánimo.

17-20 Estados de depresión intermitentes.

21-30 Depresión moderada.

31-40 Depresión grave.

+ 40 Depresión extrema.

Una puntuación persistente de 17 o más indica que puede necesitar ayuda profesional

3.7 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se coordinó con el Jefe de Investigación de la Facultad de Educación y Jefe del área de investigación de la Escuela Académico Profesional de Educación Especial de la Universidad Nacional de Huancavelica.

Se coordinó con el asesor del proyecto de investigación.

Se coordinó con el Director y docentes del CEBE 35001de Huancavelica.

Se entregó los resultados obtenidos a los directivos de la institución con fines de certificación que se nos otorgó.

3.8 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Técnica estadística: El procesamiento y análisis de datos se apoyo en la estadística descriptiva e inferencial, porque nos permitirá recolectar, clasificar, procesar, analizar, inferir e interpretar

un conjunto de datos que se obtendrán a través de la aplicación de instrumentos, para obtener resultados, a fin de llegar a conclusiones haciendo uso de la interpretación de los resultados obtenidos en grafico de barras y circulares y la distribución de los resultados tomando en cuenta las medidas de tendencia central y de dispersión.

Se utilizó la técnica estadística descriptiva para el procesamiento de los datos y la hermenéutica para el análisis e interpretación de los resultados, así mismo se hará uso del Programa estadístico SPSS para el procesamiento estadístico de los datos.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

BASE DE DATOS

N°	AP. Y NOMB.	EDAD	SEXO	PARENTESCO	PTJE DIRECTO	DIAGNOSTICO DE LA PRESENCIA/AUSENCIA DE DEPRESIÓN
1	RCJT	73	M	PADRE	6	Existencia de altibajos que se consideran normales
2	HPM	43	F	MADRE	6	Existencia de altibajos que se consideran normales
3	YQQ	20	F	MADRE	4	Existencia de altibajos que se consideran normales
4	RSCM	23	F	MADRE	0	Existencia de altibajos que se consideran normales
5	C.A.L.	49	F	MADRE	24	Depresión entre moderada a severa
6	VTA	66	F	MADRE	38	Depresión severa
7	LSG	45	F	MADRE	18	Depresión entre leve a moderada
8	EQV	39	M	PADRE	36	Depresión severa

A) ESTADÍSTICOS PRINCIPALES

Media Aritmética = 16,5 puntos

Desviación típica o desviación estándar = 12,5 puntos

B) RESPECTO A LA DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA

TABLA N° 01

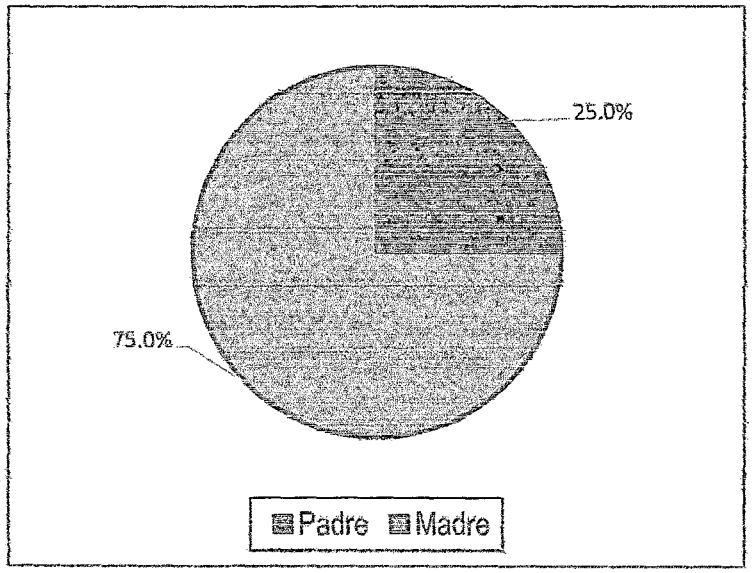
Distribución de la Muestra según el Parentesco del evaluado del discapacitado con Retraso Metal del C.E.B.E. N° 35001 - Huancavelica

PARENTESCO	N°	%
Padre	2	25.0%
Madre	6	75.0%
TOTAL	8	100.0%

Fuente: Elaboración propia

FIGURA N° 01

Distribución porcentual de la muestra según el parentesco del evaluado del discapacitado con Retraso Metal del C.E.B.E. N° 35001 - Huancavelica



INTERPRETACIÓN: En la figura se aprecia que a muestra, según el parentesco, se halla distribuida en el 75% de los evaluados son madre y el 25% es padre del discapacitado con retraso mental leve del C.E.B.E. N° 35001 de Huancavelica.

TABLA N° 02

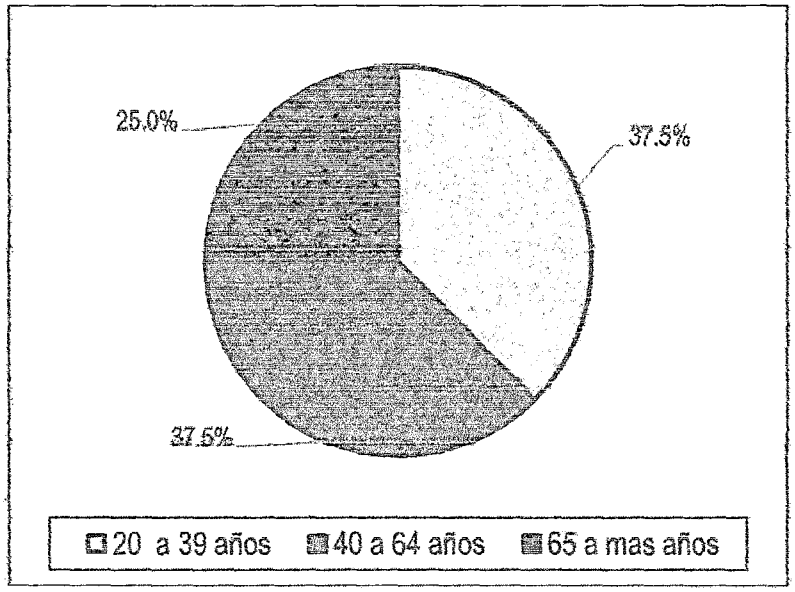
Distribución de la Muestra según la edad del evaluado del discapacitado con Retraso Metal del C.E.B.E. N° 35001 - Huancavelica

EDAD DEL EVALUADO	N°	%
20 a 39 años	3	37.5%
40 a 64 años	3	37.5%
65 a más años	2	25.0%
TOTAL	8	100.0%

Fuente: Elaboración propia

FIGURA N° 02

Distribución porcentual de la muestra según la edad del evaluado del discapacitado con Retraso Metal del C.E.B.E. N° 35001 - Huancavelica



INTERPRETACIÓN: En la figura se aprecia que a muestra según la edad, se halla distribuida en el 37,5% tienen entre 20 a 39 años de edad; el 37,5% tienen entre 40 a 64 años de edad y; el 25% tiene más de 65 años de edad; todos ellos son los familiares evaluados del discapacitado con retraso mental leve del C.E.B.E. N° 35001 de Huancavelica.

C) RESPECTO A LA PRESENCIA/AUSENCIA DE LA DEPRESIÓN

TABLA N° 03

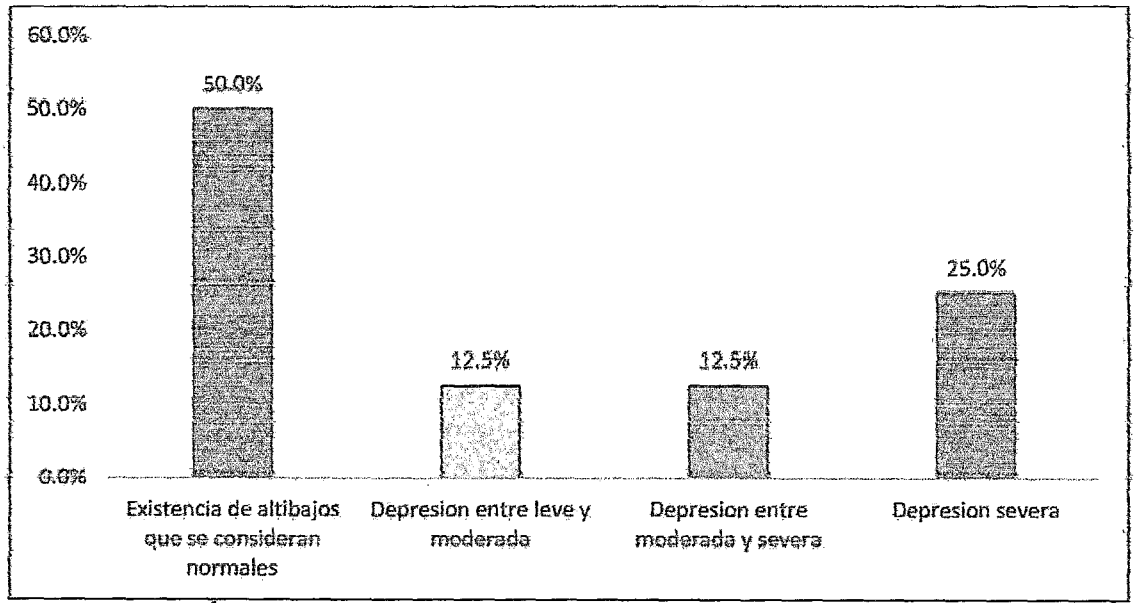
Presencia/ausencia de la depresión en familiares de estudiantes con Retraso Mental del C.E.B.E. N° 35001 – Huancavelica- Resultado general

DIAGNOSTICO DE LA PRESENCIA/AUSENCIA DE DEPRESIÓN	N°	%
Existencia de altibajos que se consideran normales	4	50.0%
Depresión entre leve y moderada	1	12.5%
Depresión entre moderada y severa	1	12.5%
Depresión severa	2	25.0%
TOTAL	8	100.0%

Fuente: Elaboración propia

FIGURA N° 03

Presencia/ausencia de Depresión en familiares de estudiantes con Retraso Mental del C.E.B.E. N° 35001 – Huancavelica - Resultado General



INTERPRETACIÓN: En la figura se aprecia en el resultado general de presencia/ ausencia de depresión que: el 50% tiene existencia de altibajos que se consideran normales; el 25% presenta depresión severa; el 12,5% presenta presencia de depresión entre leve a moderada; el 12,5% presenta depresión entre moderada a severa; todos ellos son los familiares evaluados del discapacitado con retraso mental leve del C.E.B.E. N° 35001 de Huancavelica.

TABLA N° 04

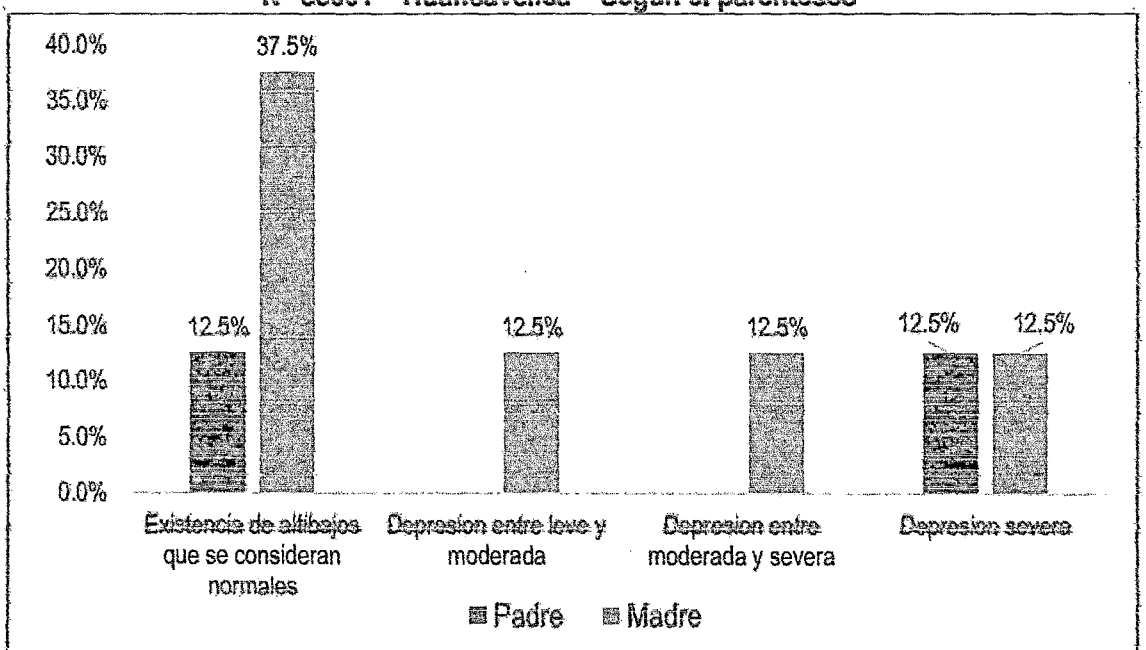
Presencia/ausencia de la depresión en familiares de estudiantes con Retraso Mental del C.E.B.E. N° 35001 – Huancavelica – Huancavelica- Según el parentesco

DIAGNOSTICO DE LA PRESENCIA/AUSENCIA DE DEPRESIÓN	Padre		Madre	
	N°	%	N°	%
Existencia de altibajos que se consideran normales	1	12.5%	3	37.5%
Depresión entre leve y moderada	0	0.0%	1	12.5%
Depresión entre moderada y severa	0	0.0%	1	12.5%
Depresión severa	1	12.5%	1	12.5%
TOTAL	2	25.0%	6	75.0%

Fuente: Elaboración propia

FIGURA N° 04

Presencia/ausencia de depresión en familiares de estudiantes con Retraso Mental del C.E.B.E. N° 35001 – Huancavelica – Según el parentesco



INTERPRETACIÓN: En la figura se aprecia la presencia/ ausencia de depresión según el parentesco del evaluado, así: el 37,5% de las madres y el 12,5% de los padres muestran existencia de altibajos que se consideran normales. El 12,5% de madres presenta depresión leve a moderada y los padres no presentan este nivel de depresión. Asimismo el 12,5% de madres presenta depresión entre moderada a severa, sin que haya padres en este nivel. La presión severa lo presenta en el 12,5% de padres y el 12,5% de madres. Se puede apreciar que las madres están en todos los niveles de presencia/ausencia de depresión; mientras que los padres solo se halla entre sin presencia de depresión y con presencia de depresión severa.; todos los evaluados son los familiares directos del discapacitado con retraso mental leve del C.E.B.E. N° 35001 de Huancavelica.

TABLA N° 04

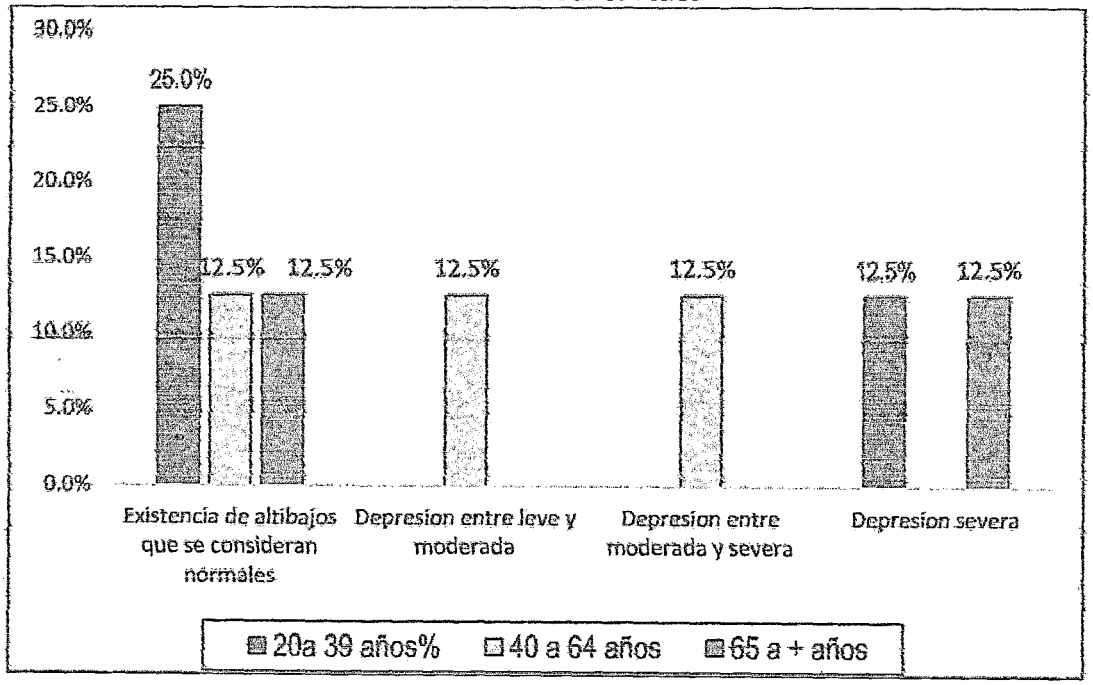
Presencia/ausencia de la depresión en familiares de estudiantes con Retraso Mental del C.E.B.E. N° 35001 – Huancavelica - Según la edad del evaluado

DIAGNOSTICO DE LA PRESENCIA/AUSENCIA DE DEPRESIÓN	20 a 39 años		40 a 64 años		65 a + años	
	N°	%	N°	%	N°	%
Existencia de altibajos que se consideran normales	2	25.0%	1	12.5%	1	12.5%
Depresión entre leve a moderada	0	0.0%	1	12.5%	0	0.0%
Depresión entre moderada a severa	0	0.0%	1	12.5%	0	0.0%
Depresión severa	1	12.5%	0	0.0%	1	12.5%
TOTAL	3	37.5%	3	37.5%	2	25.0%

Fuente: Elaboración propia

FIGURA N° 04

Presencia/ausencia de depresión en familiares de estudiantes con Retraso Mental del C.E.B.E. N° 35001 – Huancavelica



INTERPRETACIÓN: En la figura se aprecia la presencia/ ausencia de depresión según la edad del evaluado, así: los familiares de 20 a 39 años de edad en un 25% no presentan depresión y el 12,5% presenta depresión severa. Los evaluados entre 40ª 64 años el 12,5% no presenta depresión, otro 12,5% presenta depresión leve a moderada y el 12,5% presenta depresión entre moderada a severa. Los evaluados de 65 años a mas, el 12,5% no presenta depresión y el 12,5% presenta depresión severa. Es decir a menor edad menor depresión y a mayor edad mayor presencia de depresión; todos los evaluados son los familiares directos del discapacitado con retraso mental leve del C.E.B.E. N° 35001 de Huancavelica.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Discusión de los resultados en relación o comparación a los resultados obtenidos en investigaciones mencionados en los antecedentes: la depresión está presente en los estudiantes con retraso mental está presente y estos se manifiesta e los sentimientos de tristeza y depresión que los familiares y maestros de educación especial deben aprender a reconocerlos, (Carpio de los Pinos, C. 2004), asimismo que existen creencias acerca de los estados de ánimo de los estudiantes con retraso mental, tal es así que no se ha tomado en cuenta lo que realmente manifiesta un discapacitado con retraso mental en su expresión emocionales s estado de ánimo en general (Stough, Laura M.(1999). Es decir los estudios realizados no se parecen relación al trabajo realizado sin embargo nos mostraría que sí existen cambios en los estados de ánimo de la persona con retraso mental así como en sus familiares cercanos y maestros.

Discusión de los resultados en relación a la teoría que explica la variable o variables: Respecto a la teoría que explique la variable de estudio, se puede apreciar que todo ser humano, en sus aspectos psicológicos, tiene tres procesos psicológicos o procesos psíquicos, el primero los procesos cognitivos, que nos permiten adquirir conocimiento del entorno; el segundo los procesos afectivos, que básicamente se expresa en las emociones y sentimientos, en la cercanía o distancia, aprecio desprecio de determinados aspectos de personas u objetos; el tercero los procesos volitivos, que son manifestaciones de voluntad, motivación, o sea energizan la conducta (Meza Borja A. 1998). El presente trabajo se halla enmarcado entre los procesos afectivos, es decir, los sentimientos y las emociones que uno posee en el estado de ánimo, específicamente en la tristeza, pena, melancolía que se siente ante la pérdida de algo significativo de uno, por ejemplo si perdiéramos en vida a un ser querido, un objeto un trabajo entre otros que nos llevaría una tristeza, pena que en casos graves nos conduciría a la depresión que en grado más avanzado de tristeza, con riesgo de sentir deseos de no continuar adelante e ideas suicidas. En el caso específico del presente trabajo nos abocamos a investigar el estado de ánimo de los familiares de los niños con retraso mental, es decir esta depresión estaría presente, en los familiares como un sentimiento de pena, tristeza, porque sus hijos no

avanzan no progresan, no alcanzan niveles deseados por sus padres. Al revisar los resultados se halla que efectivamente está presente en todos los grados, leve, moderado y severo aun cuando no en estados graves, pero significativos que deberán ser atendidos por el personal que brinda los servicios educativos a estas personas discapacitadas.

Discusión en funciona los resultados más importantes hallados en este trabajo: El resultado más significativo es que si está presente cierto grado o nivel de depresión en los familiares – padres y madres – de los niños con retraso mental que requiere atención especializada, aspecto que quizá no se había considerado. Y se debería tomar en cuenta hacia futuras acciones educativas que incluya la atención no solo del niño con retraso mental sino también a su entorno familiar más cercano

CONCLUSIONES

- La depresión está presente en el 50% de los familiares de estudiantes con Retraso Mental del C.E.B.E. N° 35001 – Huancavelica, en el otro 50% no presentan depresión.
- La depresión severa está presente el 25%; el 12,5% presenta depresión leve, y el 12,5% presenta depresión moderado.
- Las madres de los mismos niños presentan todos los tipos de depresión (leve, moderada y severa) y el 37,5% no presenta depresión. Los padres presentan el 12,55 sin depresión y el 12,55 presenta depresión severa. Lo que muestra que si hay diferencias significativas entre el parentesco de los niños en mención.
- Respecto a la presencia de depresión según la edad del familiar del niño con retraso mental es: la depresión severa se da a mayor edad del familiar del niño con Retraso Mental.

RECOMENDACIONES

- A la Dirección Regional de Educación de Huancavelica se sugiere que implementen sistemas de apoyo emocional a los familiares de los niños con Retraso Mental, con el fin de asegurar que la atención del niño sea integral pues quienes están en relación directa con estos casos son ellos y serán los medios de apoyo permanente a la actividad que realizan en la Institución Educativa.
- A los estudiantes y futuros profesionales en Educación Especial, tomar en cuenta que la atención del niño con discapacidad, requiere la atención integral, por tanto deberá prepararse en estas técnicas de apoyo emocional e la depresión a los familiares del niño con discapacidad.
- Recomendamos a los padres de familia que acepten a sus hijos con sus limitaciones para que pueden educarse integralmente tano en lo educativo, social, familiar y culturalmente aceptados en nuestro medio.
- A la DREH debe tomar en cuenta los profesionales especialistas en el área para que se desempeñen como tal y por el bien de los niños con habilidades diferentes, en ellos intervienen los padres de familia, el SAANEE, PRITES e instituciones educativas inclusivas.
- A los Centros que brindan atención de Salud Mental de la dirección Regional de Salud, se recomienda atender a los padres de los niños con retraso mental, en lo referente a su grado de depresión que presentan.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1) Asociación Americana Sobre Retraso Mental AAMR (2006). *Retraso Mental: Definición, Clasificación y Sistemas de Apoyo.* 10ª Edición. Psicología Alianza Editorial.
2) Celedonio Castañeda (2006). *Bases psicopedagógicas de la Educación Especial Evaluación e Intervención.* Edit. CCS. 5ta Edic. Madrid.
3) Smith Deborah Deutsch. *Bases Psicopedagógicas de la Educación Especial.* Madrid 2005. Cuarta edición.
4) Díaz Amal L. (1991). *Educación Especial: Vocabulario Básico Comparado.* Editorial escuela española S.A Madrid.
5) Deutsh Smith D. (2003). *Bases Psicopedagógicas de la Educación Especial,* 4ª edición, Madrid España.
6) *Enciso Dueñas J. y R W Santiago Huamán (2010), tesis de pregrado para la obtención del título profesional de licenciado en enfermería. "factores psicosociales y depresión en mujeres post menopáusicas sin tratamiento hormonal del programa juntos en el distrito Ascensión – Huancavelica".*
7) Esteban Sánchez M. (2001). *Principios de Educación Especial.* Madrid. Edit. CCS.
8) Eugenio Gonzales. Necesidades Educativas Especiales intervención Psicoeducativa. Madrid 2002 Edit. CCS.
9) DSM IV (2003). (Diagnistic and Statical Manual of mental Disorders), O.M.S.
10) *Fernández Jaen A. , B. Calleja-Pérez , (2000).Retraso mental desde la atención primaria. Rev Cubana Med Gen Integr.*
11) Hernández Sampieri, R. Fernández Collado, Carlos y Baptista Lucio Pilar, (2000). *Metodología de la Investigación.* tercera edición. México: Mc Graw Hill.
12) Rafael Bautista. (2002).*Necesidades Educativas Especiales.* Ediciones Aljibe tercero. Málaga.
13) J. Rioja Gómez (2005). *Compendio de Educación Especial.* Edit. Universidad virtual privada andina "San Francisco de Asis" ediciones Colombia.
14) Sánchez Escobedo P., Canton Mayin, M. B. , Sevilla Santo D. E. (2000), *Compendio de la Educación Especial,* Editorial Manual Moderno, México D.F, Santa Fe De Bogotá.

15) Verdugo y Bermejo (1994), Retraso Mental Adaptación Social y Problemas de Comportamiento, Editorial Pirámide, Madrid España.

16) Laura M. Stough, Lynn Baker, (1999) Identifying Depression in Students with Mental Retardation", por. Teaching Exceptional Children. Mar./Ab. 99. Traducción Resumida. Publicado en Paso a Paso Vol. 11 No. 3

17) *Verdugo Alonso, Miguel Ángel (2002). Retraso Mental, 10ª edición, alianza editorial, Madrid, España.*

18) *Montserrat Freixa Niella* (1993), *Familia y Deficiencia Mental (en papel)., Amaru Ediciones, 1993.*

19) *Otero Ojeda A. Retraso mental. Aspectos sociales. Revista Hospital Psiquiátrico de La Habana. 1988; XIX.*

20) *Coronado G. La educación y la familia en el deficiente mental. México: Editorial Continental; 1998.*

21) *Lao JI. Acercamiento diagnóstico y asesoramiento genético en el retraso mental. Rev Neurol. 2001.*

22) Sánchez Escobedo P. A. y otros (1997). *Compendio de Educación Especial.* México. Edit. El Manual Moderno.

23) *Vásquez Julcahuanga E. R. y R Sangama Mori (2012).Tesis "relación entre características socio demográficas y riesgo de depresión posparto en puérperas que consultan en la clínica corpomedic Tarapoto junio-setiembre 2012".*

24) Van Dalen y Meyer W. (1981). Manual de técnica de investigación Educacional, Edit. Paidos Barcelona.

ANEXO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA

(CREADA POR LEY N° 25265)
Ciudad Universitaria Paturpampa – Telef. (067) 452456

FACULTAD DE EDUCACIÓN
SECRETARÍA DOCENTE

"AÑO DE LA INVERSIÓN PARA EL DESARROLLO RURAL Y LA SEGURIDAD ALIMENTARIA"

RESOLUCIÓN DE CONSEJO DE FACULTAD

Resolución N° 050-2013-D-FED-UNH

Huancavelica, 06 de febrero del 2013.

VISTO:

Fichas de Evaluación del Proyecto de Investigación; copia de Resolución N° 1083-2012-D-FED-COG-UNH (24.09.12); Solicitud de **TELLO VERGARA, Ricardo Dante y BALTAZAR SULLCA, Cynthia**; Oficio N° 015-2013-DEAPEE-FED-UNH (18.01.13); hoja de trámite de Decanatura N° 169 (18.01.13) y;

CONSIDERANDO:

Que, de conformidad con los Arts. 36°; 37° y 38° del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Nacional de Huancavelica, una vez elaborado el informe y aprobado por el docente asesor, el informe de investigación, será presentado en tres ejemplares anillados a la Escuela Académico Profesional correspondiente, pidiendo revisión y declaración apto para sustentación, por los jurados. El jurado calificador designado por la Escuela Académico Profesional estará integrado por tres docentes ordinarios de la especialidad o a fin con el tema de investigación. El jurado será presidido por el docente de mayor categoría y/o antigüedad. La Escuela comunicará al Decano de la Facultad para que este emita la resolución correspondiente. El jurado nombrado después de revisar el trabajo de investigación dictaminará en un plazo no mayor de 10 diez días hábiles, disponiendo su: Pase a sustentación o devolución para su complementación y/o corrección.

Que, los Bachilleres **TELLO VERGARA, Ricardo Dante y BALTAZAR SULLCA, Cynthia**, solicitan a la Directora de la Escuela Académico Profesional de Educación **Especial** la **aprobación del título del proyecto de investigación**, adjuntando el informe del asesor. La Directora de Escuela, conforme al Reglamento de Grados y Títulos de la UNH y en cumplimiento de la misma, con Oficio N° 015-2013-DEAPEE-FED-UNH (18.01.13), solicita al Decano de la Facultad emisión de resolución de aprobación del título del proyecto de Investigación remitido. El Decano de la Facultad dispone al Secretario Docente emisión de la resolución respectiva.

Que, en Sesión Extraordinaria de Consejo de Facultad de fecha 28 de enero del 2013, se aprueba el Proyecto de Investigación titulado: **"DEPRESIÓN EN FAMILIARES DE ESTUDIANTES CON RETRASO MENTAL DEL CENTRO EDUCATIVO BÁSICO ESPECIAL 35001 DE HUANCAVELICA"** presentado por **TELLO VERGARA, Ricardo Dante y BALTAZAR SULLCA, Cynthia.**

En uso de las atribuciones que le confieren al Decano, al amparo de la Ley Universitaria, Ley N° 237332 y el Estatuto de la Universidad Nacional de Huancavelica.

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO.- **APROBAR,** el Proyecto de Investigación titulado: **"DEPRESIÓN EN FAMILIARES DE ESTUDIANTES CON RETRASO MENTAL DEL CENTRO EDUCATIVO BÁSICO ESPECIAL 35001 DE HUANCAVELICA"** presentado por **TELLO VERGARA, Ricardo Dante y BALTAZAR SULLCA, Cynthia.**

ARTÍCULO SEGUNDO.- **APROBAR,** el cronograma del Proyecto de Investigación presentado por **TELLO VERGARA, Ricardo Dante y BALTAZAR SULLCA, Cynthia,** debiendo de sustentar en el mes de **Mayo del 2013.**

ARTÍCULO TERCERO.- **NOTIFICAR**, con la presente, a los interesados de la Escuela Académico Profesional de Educación **Especial** de la Facultad de Educación, para los fines que estime conveniente.

"Regístrese, Comuníquese y Archívese".

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA FACULTAD DE EDUCACIÓN DECANATURA

Dr. Honorato VILLAZANA RASUHUAMÁN
Decano de la Facultad de Educación

Universidad Nacional de Huancavelica SECRETARIA DOCENTE FACULTAD DE EDUCACIÓN

Dr. Cesar Jesús ANAYA CALDERÓN
Secretario Docente de la Facultad de Educación

*CJAC/hcq**

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA
(CREADA POR LEY Nº 25265)
Ciudad Universitaria Paturpampa – Telef. (067) 452456
FACULTAD DE EDUCACIÓN
SECRETARÍA DOCENTE

"AÑO DE LA PROMOCIÓN DE LA INDUSTRIA RESPONSABLE Y DEL COMPROMISO CLIMÁTICO"

RESOLUCIÓN DE DECANATURA

Resolución Nº 0979-2014-D-FED-UNH

Huancavelica, 28 de agosto del 2014

VISTO:

Solicitud de BALTAZAR SULLCA, Cynthia y TELLO VERGARA, Ricardo Dante; Informe Final de Tesis titulado: "DEPRESIÓN EN FAMILIARES DE ESTUDIANTES CON RETRASO MENTAL DEL CENTRO EDUCATIVO BÁSICO ESPECIAL 35001 DE HUANCAVELICA" en cuatro anillados; Oficio Nº 294-2014-DEAPEE-FED-UNH (27.08.14); Hoja de trámite de Decanatura Nº 3156 (27.08.14) y;

CONSIDERANDO:

Que, de conformidad con los Arts. 36°; 37° y 38° del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Nacional de Huancavelica, una vez elaborado el informe y aprobado por el docente asesor, el informe de investigación, será presentado en tres ejemplares anillados a la Escuela Académico Profesional correspondiente, pidiendo revisión y declaración apto para sustentación, por los jurados. El jurado calificador designado por la Escuela Académico Profesional estará integrado por tres docentes ordinarios de la especialidad o a fin con el tema de investigación. El jurado será presidido por el docente de mayor categoría y/o antigüedad. La Escuela comunicará al Decano de la Facultad para que este emita la resolución correspondiente. El jurado nombrado después de revisar el trabajo de investigación dictaminará en un plazo no mayor de 10 diez días hábiles, disponiendo su: Pase a sustentación o devolución para su complementación y/o corrección.

Que, los Bachilleres BALTAZAR SULLCA, Cynthia y TELLO VERGARA, Ricardo Dante; de la Escuela Académico Profesional de Educación Especial, la Directora, con Oficio Nº 294-2014-DEAPEE-FED-UNH (27.08.14), propone expedir resolución para revisión y declaración de apto para sustentación de informe final de tesis.

Que, con Resolución Nº 1020-2013-D-FED-UNH de fecha (16.08.13) se ratifica a la asesora y se cambia a los miembros del jurado evaluador de los Bachilleres BALTAZAR SULLCA, Cynthia y TELLO VERGARA, Ricardo Dante; de la Escuela Académico Profesional de Educación Especial.

En uso de las atribuciones que le confieren al Decano, al amparo de la Ley Universitaria, Ley Nº 23733 y el Estatuto de la Universidad Nacional de Huancavelica.

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO.- RATIFICAR a los miembros del jurado para revisión y declaración de apto para sustentación, de la tesis titulado: "DEPRESIÓN EN FAMILIARES DE ESTUDIANTES CON RETRASO MENTAL DEL CENTRO EDUCATIVO BÁSICO ESPECIAL 35001 DE HUANCAVELICA" presentado por: BALTAZAR SULLCA, Cynthia y TELLO VERGARA, Ricardo Dante; jurado integrado por:

PRESIDENTA	: Mg. JESÚS MERY ARIAS HUÁNUCO
SECRETARIO	: Dra. ANTONIETA DEL PILAR URIOL ALVA
VOCAL	: Mg. ÁLVARO IGNACIO CAMPOSANO CÓRDOVA
ACCESITARIO	: Lic. MILAGROS PIÑAS ZAMUDIO

ARTÍCULO SEGUNDO.- NOTIFICAR con la presente a los miembros del jurado y a los interesados de la Escuela Académico Profesional de Educación Especial, para los fines que estime conveniente.

"Regístrese, Comuníquese y Archívese".

Dr. Abel GONZALES CASTRO
Decano de la Facultad de Educación

Dr. Estanislao CONTRERAS ANGULO
Secretario Docente de la Facultad de Educación

ECA/blt*

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO: "DEPRESIÓN EN FAMILIARES DE ESTUDIANTES CON RETRASO MENTAL DEL CENTRO EDUCATIVO BÁSICO ESPECIAL 35001 DE HUANCAVELICA"

<table>
<tr>
<th>PROBLEMA</th>
<th>OBJETIVOS</th>
<th>HIPÓTESIS</th>
<th>DISEÑO</th>
<th>VARIABLES</th>
</tr>
<tr>
<td>¿Cuál es el nivel de depresión en familiares de los estudiantes con Retraso Mental del Centro Educativo Básico Especial 35001 de Huancavelica?</td>
<td>GENERAL
Determinar el nivel de depresión en familiares de los estudiantes con Retraso Mental del Centro Educativo Básico Especial 35001 de Huancavelica.
ESPECÍFICOS
- Identificar a los familiares de los estudiantes con retardo mental leve del Centro Educativo Básico Especial 35001 de Huancavelica.
- Describir el nivel de depresión en los familiares de los estudiantes con retardo mental leve del Centro Educativo Básico Especial 35001 de Huancavelica.
- Analizar los resultados finales de la investigación a través del análisis estadístico de carácter cuantitativo y cualitativo.</td>
<td>Al ser un trabajo de investigación de tipo descriptivo simple el presente trabajo no tiene hipótesis, siendo este sustantivo, investiga una sola variable, por lo general una hipótesis establece una relación entre dos variables, lo que no sucede en el presente, (Sánchez y Reyes, 2002).</td>
<td>TIPO DE INVESTIGACIÓN
Tipo básico, pues trata de responder a un problema de índole teórico y se orienta a describir la realidad (Sánchez y Reyes, 2002).
NIVEL DE INVESTIGACIÓN
El nivel es descriptivo, pues tiene por finalidad describir y comparar las principales modalidades de formación o de cambio de un fenómeno para avanzar en la solución de los problemas que se presentan (Van Dalen y Mayer, 1971, Briones, 1986).
DISEÑO DE INVESTIGACIÓN
Diseño descriptivo simple:
M ⟶ .O
Donde:
M: Familiares de niños con retraso mental del CEBE 35001 de Huancavelica.
O: Observación o medición del nivel de depresión en familiares de estudiantes con retraso mental.
POBLACIÓN
La población fue constituida por todos los familiares de los estudiantes con retraso mental del CEBE 35001 de Huancavelica, cuya cifra asciende a 10 padres y madres de familia, así como tutores,
MUESTRA
La muestra es poblacional o censal a la totalidad de la población, es decir este asciende a 08 familiares y tutores; en tal sentido, no se contará con una muestra ya que el presente estudio por su naturaleza, que entre padre, madre y tutores, ascienden a un promedio de 10 personas. El requisito fue que el evaluado acepte ser evaluado.
MUESTREO
El muestreo es no probabilístico e intencional.</td>
<td>VARIABLE ÚNICA (UNIVARIABLE):
Depresión.
VARIABLES INTERVINIENTES:
Padres de los niños con retraso mental del Centro Educativo básico especial 35001 de Huancavelica.
DEFINICIÓN OPERATIVA DE VARIABLES E INDICADORES
<table>
<tr><th>VARIABLE</th><th>DIMENSIONES</th><th>INDICADOR</th></tr>
<tr><td rowspan="21">DEPRESIÓN</td><td rowspan="8">DIMENSIÓN 1 (estado de ánimo)</td><td>1. Tristeza.</td></tr>
<tr><td>2. Pesimismo</td></tr>
<tr><td>3. Sensación de fracaso</td></tr>
<tr><td>4. Insatisfacción</td></tr>
<tr><td>5. Culpa</td></tr>
<tr><td>6. Expectativas de castigo</td></tr>
<tr><td>7. Autodesprecio</td></tr>
<tr><td>8. Autoacusación</td></tr>
<tr><td rowspan="4">DIMENSIÓN II (energía)</td><td>9. Idea suicidas</td></tr>
<tr><td>10. Episodios de llanto</td></tr>
<tr><td>11. Irritabilidad</td></tr>
<tr><td>12. Retirada social</td></tr>
<tr><td rowspan="4">DIMENSIÓN III (comunicación)</td><td>13. Indecisión</td></tr>
<tr><td>14. Cambios en la imagen corporal.</td></tr>
<tr><td>15. Enlentecimiento</td></tr>
<tr><td>16. Insomnio</td></tr>
<tr><td rowspan="5">DIMENSIÓN IV (somatoagnosia)</td><td>17. Fatigabilidad</td></tr>
<tr><td>18. Pérdida de apetito</td></tr>
<tr><td>19. Pérdida de peso</td></tr>
<tr><td>20. Preocupaciones somáticas</td></tr>
<tr><td>21. Bajo nivel de energía</td></tr>
</table>
</td>
</tr>
</table>

CUESTIONARIO DE BECK

APELLIDOS Y NOMBRES: (ABREV.) C.K.M. SEXO: F. EDAD: 52

Instrucciones: Aquí tienes una hoja con 20 preguntas; marca la respuesta que más se adecue a sus características, demostrando sinceridad.

Por favor responda a cada una de las preguntas marcando con una equis (x) solo en una de la alternativas de cada pregunta, es te puede ser cero (0), uno (1) o dos (2) o tres (3). No deje de marcar ninguna de las preguntas con solo una de las respuestas a cada ítem. Recuerde que no existe repuesta correcta ni incorrecta, solo queremos conocer algunas características de usted.

1. TRISTEZA.
- X 0. No me siento triste.
- 1. Me siento triste.
- 2. Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
- 3. Me siento tan triste o desgraciado que no puedo soportarlo.

2. PESIMISMO
- X 0. No me siento especialmente desanimado de cara al futuro.
- 1. Me siento desanimado de cara al futuro.
- 2. siento que no hay nada por lo que luchar.
- 3. El futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3. SENSACIÓN DE FRACASO
- X 0. No me siento fracasado.
- 1. he fracasado más que la mayoría de las personas.
- 2. Cuando miro hacia atrás lo único que veo es un fracaso tras otro.
- 3. Soy un fracaso total como persona.

4. INSATISFACCIÓN
- X 0. Las cosas me satisfacen tanto como antes.
- 1. No disfruto de las cosas tanto como antes.
- 2. Ya no obtengo ninguna satisfacción de las cosas.
- 3. Estoy insatisfecho o aburrido con respecto a todo.

5. CULPA
- X 0. No me siento especialmente culpable.
- 1. Me siento culpable en bastantes ocasiones.
- 2. Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
- 3. Me siento culpable constantemente

6. EXPECTATIVAS DE CASTIGO
- X 0. No creo que esté siendo castigado.
- 1. siento que quizás esté siendo castigado.
- 2. Espero ser castigado.
- 3. Siento que estoy siendo castigado.

7. AUTODESPRECIO
- X 0. No estoy descontento de mí mismo.
- 1. Estoy descontento de mímismo.
- 2. Estoy a disgusto conmigo mismo.
- 3. Me detesto.

8. AUTOACUSACIÓN
- X 0. No me considero peor que cualquier otro.
- 1. me autocritico por mi debilidad o por mis errores.
- 2. Continuamente me culpo por mis faltas.
- 3. Me culpo por todo lo malo que sucede.

9. IDEA SUICIDAS
- X 0. No tengo ningún pensamiento de suicidio.
- 1. A veces pienso en suicidarme, pero no lo haré.
- 2. Desearía poner fin a mi vida.
- 3. me suicidaría si tuviese oportunidad.

10. EPISODIOS DE LLANTO
- X 0. No lloro más de lo normal.
- 1. ahora lloro más que antes.
- 2. Lloro continuamente.

DIRECCION REGIONAL DE EDUCACION
UNIDAD DE GESTION EDUCATIVA LOCAL

HUANCAVELICA

"AÑO DE LA PROMOCION DE LA INDUSTRIA RESPONSABLE Y EL COMPPROMISO CLIMATICO"
"DECADA DE LA EDUCACION INCLUSIVA 2003-2016"

LA QUE SUSCRIBE DIRECTORA DEL CENTRO DE EDUCACION BASICO ESPECIAL Nº 35001 DEL BARRIO DE SAN CRISTOBAL DE HUANCAVELICA, OTORGA LA PRESENTE :

CONSTANCIA

Qué, se aplicó el Instrumento Cuestionario de BECK para el Proyecto de Investigación "DEPRESIÓN EN FAMILIARES DE LOS ESTUDIANTES CON RETARDO MENTAL EN EL CENTRO EDUCATIVO BASICO ESPECIAL Nº 35001 - HVCA" a cargo de los estudiantes egresados de la Universidad Nacional de Huancavelica: -CYNTHIA BALTAZAR SULLCA y RICARDO DANTE TELLO VERGARA.

Se le expide la presente, para los fines que considere conveniente.

Huancavelica, 8 de Mayo del 2014.

SUB GERENCIA DE EDUCACION
UNIDAD DE GESTION EDUCATIVA LOCAL
DIRECCIÓN
HUANCAVELICA

.....

Lic. Edie Y. GONZALES VERGARA.
Directora (e) CEBE Nº 35001- San Cristóbal.

cc.archivo.

FAMILIARES LEYENDO LA ENCUESTA

CYNTHIA BALTAZAR SULLCA ENCUESTANDO A UN FAMILIAR

RICARDO DANTE TELLO VERGARA ENCUESTANDO A UN FAMILIAR

CYNTHIA BALTAZAR SULLCA ENCUESTANDO A UN FAMILIAR