

Información Importante

La Universidad de La Sabana informa que el(los) autor(es) ha(n) autorizado a usuarios internos y externos de la institución a consultar el contenido de este documento a través del Catálogo en línea de la Biblioteca y el Repositorio Institucional en la página Web de la Biblioteca, así como en las redes de información del país y del exterior con las cuales tenga convenio la Universidad de La Sabana.

Se permite la consulta a los usuarios interesados en el contenido de este documento para todos los usos que tengan finalidad académica, nunca para usos comerciales, siempre y cuando mediante la correspondiente cita bibliográfica se le de crédito al documento y a su autor.

De conformidad con lo establecido en el artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, La Universidad de La Sabana informa que los derechos sobre los documentos son propiedad de los autores y tienen sobre su obra, entre otros, los derechos morales a que hacen referencia los mencionados artículos.

BIBLIOTECA OCTAVIO ARIZMENDI POSADA
UNIVERSIDAD DE LA SABANA
Chía - Cundinamarca

Universidad de la Sabana

Facultad de Psicología

Aspirantes Especialización en Psicología Clínica de la Niñez y de la Adolescencia

Yeiny Carolina Valencia

Diana Fabiola Casadiego

Estilos Educativos Parentales, Comportamientos Externalizantes e Internalizantes en un
Grupo de Niños en Situación de Discapacidad en Institución Educativa Municipio de
Chaparral, Tolima.

Director de Tesis

Jaime Humberto Moreno Méndez

Facultad de Psicología, Universidad de La Sabana

Bogotá, D.C., 2016

Tabla de Contenido

Resumen.....	4
Marco teórico.....	5
Neurodesarrollo.....	5
Estilos educativos parentales.....	9
Comportamientos Internalizantes.....	13
Comportamientos Externalizantes.....	15
Escala estilos educativos parentales.....	16
Trastornos del neurodesarrollo.....	19
Discapacidad.....	20
Discapacidad intelectual.....	21
Trastorno del espectro autista.....	27
Trastorno del aprendizaje.....	28
Discapacidad auditiva.....	29
Justificación.....	54
Problema.....	56
Objetivo general.....	56
Objetivos específicos.....	56
Método.....	62
Tipo de Investigación.....	62

Instrumento.....	64
Procedimiento.....	66
Consideraciones éticas.....	68
Resultados.....	69
Discusión.....	77
Referencias.....	90
Apéndice A:	102
Apéndice B.....	107
Apéndice C.....	109
Apéndice D.....	110

Resumen

La presente investigación es de tipo descriptivo correlacional, el objetivo es identificar y analizar la relación existente entre los estilos educativos parentales y los comportamientos internalizantes y externalizantes en un grupo de 20 niños en situación de discapacidad de una institución educativa pública del municipio de Chaparral, Tolima. Los instrumentos aplicados son; el Cuestionario de Estilos Educativos Parentales (CEEP) y el Cuestionario de Comportamientos Infantiles (CBCL). Para efectos del estudio se seleccionaron 20 padres de familia de niños y niñas entre 6 y 12 años de edad, con diagnósticos de discapacidad concentrados en dos grupos; discapacidad general y discapacidad específica. En la discapacidad general se encuentra la discapacidad intelectual y el trastorno del espectro autista se hallaron 7 niños y con multidiscapacidad participaron 7 niños. En la discapacidad específica se identificó el trastorno del aprendizaje y del lenguaje encontrándose 4 niños, la discapacidad auditiva 2 niños. Se identificó que los estilos parentales permisivo, negligente y el estilo parental autoritario, son parte fundamental de los comportamientos internalizantes y externalizantes de los niños y niñas en condición de discapacidad, prevaleciendo en los niños con discapacidad generalizada los problemas internalizantes y externalizantes; también se reconoce que si la familia afronta exitosamente el estresor de la discapacidad puede retomar estilos parentales que contribuyan al desarrollo integral del niño.

Palabras Claves: Niños, discapacidad, estilos de crianza, comportamientos internalizantes y externalizantes.

Abstract

This research is correlational descriptive, the aim is to identify and analyze the relationship between parenting styles and internalizing and externalizing behaviors in a group of 20 children with disabilities from a public school in the municipality of Chaparral, Tolima. The instruments are applied; Questionnaire parenting styles (CEEP) and the Children's Behavior Questionnaire (CBCL). For purposes of the study 20 parents of children between 6 and 12 years old, with diagnoses of disability concentrated in two groups they were selected; General disability and specific disability. In general disability is intellectual disability and autism spectrum disorder 7 children were found; and specific learning disability disorder and finding 4 children language, hearing impairment 2 children and 7 children with multiple disabilities participated were identified. It was identified that the permissive, neglectful parenting styles and authoritarian parenting style, are a fundamental part of internalizing behaviors and externalizing children in disability status, prevalent in children with generalized externalizing and internalizing disability problems; also recognized that if the family successfully facing the stressor of disability can resume parenting styles that contribute development of the child.

Key words: Children, disability, parenting styles, internalizing and externalizing behaviors.

Los estilos educativos tienen una gran repercusión y consecuencias evolutivas que no se circunscriben sólo a la etapa infantil, sino que se prolongan a lo largo de la vida (Torio, Peña, & Rodríguez, 2008) el desarrollo del ser humano es visiblemente influenciado por la genética y la herencia, de igual forma la crianza y ambiente que rodean el infante y futuro adulto, son aspectos fundamentales e influyentes en su desarrollo y conducta. (Yela, 1996).

En el año 1774, Johann Heinrich Pestalozzi comienza las primeras descripciones del desarrollo del niño y su secuencia. En el siglo XX se desarrolla la Pediatría, en todas sus áreas y sólo, a partir del año 1990 comienza a estudiarse el desarrollo infantil, desde la perspectiva de la neurociencia y se comprende que el desarrollo psicomotor es una consecuencia de la interacción entre la genética y el medio ambiente, expresados en el desarrollo cerebral, con la participación de más de 30.000 genes para construir esta obra (Pinto, 2008, p.18).

La temática del Neurodesarrollo, que se expresa en lo que se conoce como “Desarrollo Psicomotor”, no preocupó a los médicos antes del siglo XVI, cuando recién se comienza a acuñar el concepto de “Infancia” y sólo en el siglo XVIII se comprende al niño como un ente diferente al adulto (Pinto, 2008, p. 18). “El Neurodesarrollo es un área de conocimiento científico basado en la neurociencia y la biología evolutiva que describe los mecanismos y procesos por los que el sistema nervioso se genera desde el desarrollo embrionario y se modula durante el resto del ciclo vital, modificando las conexiones entre sí, creando el substrato neurofisiológico que posibilitará el desarrollo de las funciones cognitivas y comportamentales, tanto en condiciones normales como patológicas” (Chamorro, 2008,P. 31)

Los estudios realizados en los últimos años sobre manejar, conocer y modular las bases biológicas del neurodesarrollo infantil y sus alteraciones, expresan que, en un alto porcentaje

son originadas en el período prenatal, entonces mientras más temprano se diagnostique e intervenga, existen mayores posibilidades de rehabilitación, situación que aumenta sustancialmente la calidad de vida tanto del paciente como de su núcleo familiar Chamorro (2008)

De acuerdo al planteamiento de interacción entre la genética y el medio ambiente que señala Pinto (2008) es pertinente mencionar el modelo ecológico del desarrollo de la conducta humana propuesto por Bronfenbrenner que concibe al ambiente ecológico como un conjunto de estructuras seriadas y constituidas en diferentes niveles, en donde cada uno de esos niveles contiene al otro. Bronfenbrenner & Cesi (1994) denominan a esos niveles el *microsistema*, *mesosistema*, *exosistema* y *macrosistema*.

El Microsistema, incluye los comportamientos, roles y relaciones característicos de los contextos cotidianos (El hogar, el trabajo, y contexto social) en los que el sujeto se desempeña e interactúa cara a cara. Un segundo elemento, es el Mesosistema, este comprende las interrelaciones de dos o más entornos en los que la persona en desarrollo participa activamente (familia, trabajo y vida social). Es por tanto un sistema de microsistemas. Se forma o amplía cuando la persona entra en un nuevo entorno, es decir, vendría a representar la interacción entre los diferentes ambientes en los que está inmerso el sujeto. (Bronfenbrenner & Cesi, 1994)

El tercer elemento, es el Exosistema, el cual contiene uno o más entornos que no incluyen a la persona en desarrollo como participante activo, pero en estos se producen hechos que afectan lo que ocurre en el entorno que comprende a la persona en desarrollo (lugar de trabajo de la pareja, grupos de amigos. En lo que respecta al Macrosistema, es necesario tomar en

consideración la influencia de factores ligados a las características de la cultura y momento histórico-social.) (Torrico, Santín, Andrés, Menéndez, & López, 2002).

En una sociedad o grupo social en particular, la estructura y la sustancia del micro, el meso y el exosistema tienden a ser similares, como si estuvieran contruidos a partir del mismo modelo maestro, y los sistemas funcionan de manera similar. Por el contrario, entre grupos sociales diferentes, los sistemas constitutivos pueden presentar notables diferencias. Por lo tanto, analizando y comparando los micro-meso- y los exosistemas que caracterizan a distintas clases sociales, grupos étnicos y religiosos o sociedades enteras, es posible describir sistemáticamente y distinguir las propiedades ecológicas de estos contextos sociales (Torrico et al., 2002, p. 55).

Es importante mencionar que el modelo ecológico propuesto por Bronfenbrenner presenta una nueva concepción del desarrollo humano en su teoría bio-ecológica. Dentro de esta teoría, Bronfenbrenner y Cesi (1994) plantean el desarrollo como un fenómeno de continuidad y cambio de las características bio-psicológicas de los seres humanos, tanto de los grupos como de los individuos. El elemento crítico de este modelo es la experiencia que incluye no sólo las propiedades objetivas sino también las que son subjetivamente experimentadas por las personas que viven en ese ambiente.

Bronfenbrenner y Cesi (1994) argumentan que en el transcurso de la vida, el desarrollo toma lugar a través de procesos cada vez más complejos en un activo organismo bio-psicológico. Por lo tanto el desarrollo es un proceso que se deriva de las características de las personas (incluyendo las genéticas) y del ambiente, tanto el inmediato como el remoto y dentro de una continuidad de cambios que ocurren en éste a través del tiempo. El modelo teórico es referido

como un modelo Proceso-Persona-Contexto-Tiempo (PPCT) (Bronfenbrenner & Cesi, 1994). En esta fórmula hay cuatro aspectos interrelacionados, en primer y segundo lugar el proceso, es decir la relación dinámica entre el individuo y el contexto, un proceso que tiene lugar a lo largo del tiempo, en tercer lugar la persona o el repertorio biológico, cognitivo, emocional, conductual individual y el contexto o ambiente ecológico.

Es así como se denota la gama de sistemas estudiados por Brofenbrenner (1994), quien ratifica que el primer sistema del ser humano, el microsistema es su entorno familiar el cual es el inicio comportamental social y emocional del infante. Rabazo (1999) afirma que analizar el espacio familiar es una tarea compleja la cual implica abordarla con serenidad, teniendo en cuenta sus relaciones con la contextualización demográfica y cultural, y en este orden de ideas la familia actual la describe como una realidad plural y dinámica en contraste a una realidad concreta que participa, se adapta y evoluciona. Es un escenario de socialización, cuyo papel y cuyas funciones no serían posibles entenderlas en claves exclusivamente privadas, sino por el contrario, en claves públicas y en constante interacción de sus miembros con los fenómenos demográficos, culturales, políticos, jurídicos y económicos.

De esta forma se concibe la familia como el entorno principal donde todo ser humano estructura aspectos psicológicos, afectivos y sociales que le permiten interactuar de manera característica, frente a otros y en la sociedad. Herrera (2000) señala “la familia es el primer núcleo de socialización y convivencia, por tanto, si en este sistema, emergen factores que obstaculicen su desarrollo psicosocial, todo el sistema social adyacente sufre un colapso”. (p. 567).

Las características de la dinámica familiar se pueden resumir en clima familiar, Gallego (2012) hace referencia “al ambiente generado entre los integrantes del grupo y el grado de cohesión, dependiendo como se asuman los roles, la autoridad, el afecto, y la comunicación; así como el cumplimiento de normas y reglas, el calor afectivo será armonioso o de lo contrario la hostilidad aparecerá generando niveles de estrés e inconformidad en los miembros del grupo, lo que generará altos grados de distanciamiento y apatía en la familia” p. 339).

Torres et al. (2008) señalan que los derechos y obligaciones para cada miembro de la familia son diferenciales, los padres y las madres tienen comportamientos que en los hijos e hijas son reprochados, enmarcando diferencias, donde son los padres, quienes imponen sanciones, en tanto los hijos no tienen derecho a criticarlos o juzgarlos. Estos argumentos evidencian que cuando se habla de familias se concibe como un grupo de personas que se relacionan de manera desigual donde el poder es asimétrico y no existe el amor y comprensión todo el tiempo, sino que como toda relación atraviesa por periodos de conflicto y de crisis, con existencia de tensiones y desacuerdos, que es necesario evidenciarlos para poder solucionarlos.

Desde lo expuesto en el anterior párrafo surge la necesidad de comprender como el poder asimétrico puede conllevar a que en las familias se implementen estilos parentales que permitan prácticas educativas específicas relacionadas al uso adecuado de correcciones, reacciones parentales positivas ante las desobediencias de los hijos y estrategias para promover comportamientos adaptativos Gómez et al. (2013). Los estilos educativos parentales son definidos por Torio, et al. (2008) como “Esquemas prácticos que reducen las múltiples y minuciosas prácticas educativas paternas a unas pocas dimensiones, que, cruzadas entre sí en diferentes combinaciones, dan lugar a diversos tipos habituales de educación familiar” (p.6)

Torres, Ortega, Garrido & Reyes (2008) conciben los estilos educativos como el intercambio de poder y conflicto entre hombres, mujeres, y generaciones en el interior de las familias dando cuenta de los procesos de toma de decisiones que se relacionan en la educación, cuidado y crianza de los hijos. Tradicionalmente se ha asumido que en las familias existe, o deben existir, relaciones equilibradas, unidas, tranquilas, etc., en donde todos estén de acuerdo o bien cedan ante las decisiones que haya que tomar por el beneficio de la familia, en donde los intereses personales quedan supeditados al bien común de la familia (Torres et al., 2008)

Teniendo en cuenta las diferencias comportamentales que se presenten a nivel familiar, se pueden evidenciar tipos de control parental tales como; autoritarios, permisivos y democráticos; Estas dimensiones englobaban desde el uso de las técnicas de disciplina hasta las ideologías que las justifican, de manera que la influencia de algún aspecto del estilo parental depende de la combinación de las características de los padres y el estilo parental al que se integren (Hernández & Sánchez 2015).

Desde este punto es significativo realizar una revisión de los distintos estilos parentales. Se comprenden cuatro Estilos parentales. El primero corresponde al Estilo parental democrático; Los padres de este estilo educativo tienden a dirigir las actividades del niño de forma racional reconociendo los derechos y deberes de los niños, este estilo se caracteriza por la comunicación bidireccional en los integrantes de la familia.

El estilo democrático concibe atención e interés hacia las preguntas e inquietudes de los hijos con una combinación de afecto y apoyo sin perder el control y la comunicación, lo cual probablemente incide en la autonomía e independencia que forman los niños. El estilo educativo democrático no invade ni restringe la intimidad del niño, sus prácticas disciplinarias se orientan

más hacia la inducción que hacia el castigo. La comunicación es efectiva y bidireccional, sin órdenes ni gritos. Muestran pocas conductas problemáticas (adicciones, violencia...), bajos niveles de estrés y un clima familiar estable (Raya, 2008).

El segundo estilo parental es el autoritario: Los padres que usan este estilo de crianza imponen roles y comportamientos en sus hijos, su autoridad como padres es incuestionable (Gómez et al., 2013). Así mismo, combinan altos niveles de exigencia y control con escasa sensibilidad o responsividad. No consideran las peticiones de sus hijos ni responden a sus demandas, son distantes, poco afectuosos y manifiestan conductas de coerción, desarrollando una comunicación unidireccional, son más restrictivos, convencionales y prestan escaso apoyo emocional a sus hijos (Raya, 2008).

El tercer Estilo parental corresponde al estilo permisivo: este modelo de crianza se caracteriza por la comunicación abierta evitando el uso de la autoridad e imposición de restricciones y castigos, tolerando los impulsos de los hijos. La permisividad y comportamientos pasivos, no directivos, poco asertivos y la no distribución de tareas en el hogar son determinantes de los padres hacia los hijos en el estilo educativo permisivo. Torio et al. (2008)

De igual forma Raya (2008) señala el estilo parental permisivo como la combinación de baja dosis de control y exigencia con relativa sensibilidad hacia las necesidades del niño, bajos niveles de autoridad, comunicación poco efectiva y unidireccional, flexibilidad en el seguimiento y conformación de reglas, dificultando la asunción de obligaciones por parte del niño en el marco del ambiente familiar.

Para concluir los estilos parentales se reconoce el estilo negligente el cual implica la Falta de estructuración, control y apoyo de las conductas del niño, derivando sus

responsabilidades paternas hacia otras figuras como la escuela u otros familiares, presentan problemas de conducta, proporcionan un ambiente familiar desorganizado, y son altamente vulnerables a la ruptura familiar (Raya, 2008).

Contextualizando las investigaciones y/o estudios concernientes a las prácticas educativas parentales, De la torre, García y Casanova (2014) “examinan la relación existente entre la percepción de un grupo de jóvenes adolescentes que tenía el estilo educativo exhibido por sus progenitores (madres y padres) y el nivel de agresividad física, verbal, ira y hostilidad que manifestaban hacia sus iguales”(p. 161) Los principales resultados de este estudio sugieren que la atribución de un estilo de socialización autoritario se relaciona con la manifestación de un comportamiento más agresivo y hostil hacia los iguales en comparación con la atribución de un estilo educativo democrático y permisivo. La percepción del empleo de una disciplina rígida se relaciona positivamente con las distintas formas de agresividad evaluada mientras que un patrón de relación negativa se obtiene cuando se considera la dimensión afecto.

El estudio indicó que la disciplina inductiva se asocia negativamente con los índices de agresividad física manifestados. Adicionalmente, los niños recurrían con más frecuencia al empleo de formas físicas de agresión que las niñas. La apelación a la obediencia sin discusión, propia de un estilo autoritario, se vincula a la exhibición de conductas agresivas que podrían deteriorar seriamente el ajuste que los adolescentes exhiben en diferentes contextos como el de las interacciones con los iguales (De la torre, et al., 2014 ,p. 161).

En el párrafo anterior se mencionó la investigación De la torre, et al. (2014) puesto que en las variables que menciona se encuentra los estilos parentales como principal modelo de conductas que externalizan los jóvenes en diferentes contextos lo cual es para esta

investigación de interés para contrastar lo hallado en la literatura aplicada con los resultados y hallazgos relacionados con este estudio.

A partir de la revisión de los estilos parentales se reconoce el modelo de crianza que adoptan los padres como el factor ambiental crucial ante la aparición de problemas de comportamientos internalizantes y externalizantes en los niños. El Comportamiento internalizante es la dimensión que implica la vivencia de tensión psicológica en el propio sujeto, síntomas de angustia, depresión y estados alterados de ánimo, que agrupan los síndromes depresión/ retraimiento, quejas somáticas y depresión/ansiedad (Maestre et al., 2004).

En consideración de estudios e investigaciones acerca de la asociación entre el comportamiento de los padres y de la conducta del niño puede ser diferente en las familias de niños con discapacidad intelectual leve que en las familias de niños con inteligencia normal. Otros factores también pueden entrar en juego en las familias de los niños con discapacidad intelectual leve, incluyendo el comportamiento de crianza inadecuada deriva de la discapacidad de los niños y la falta de aceptación de la discapacidad de su hijo por parte de los padres. (Schuiringa, Nieuwenhuijzen, Orobio & Matthys, 2015)

Diversos estudios reconocen las implicaciones de los problemas internalizantes en: Los padres, los cuales son quienes perciben mayores problemas internalizantes en sus hijos que lo reportado por los mismos adolescentes y los profesores; esto podría estar relacionado con el hecho de que los adolescentes con conductas internalizadas tienden a presentar

problemas en la funcionalidad familiar. En cuanto a las asociaciones halladas entre el rendimiento académico y la conducta internalizada, se puede decir que el entorno familiar ejerce un papel importante en el rendimiento académico de los hijos. Se revela una significativa relación entre el compromiso del padre en la educación de sus hijos y el rendimiento escolar, más allá del solo compromiso de la madre (Moreno, Echavarría, Pardo & Quiñones 2014, p.43)

Este estudio, concluye que es necesario realizar un programa multicomponente integrado con los adolescentes, la familia y el colegio dirigido hacia el manejo de los problemas internalizados y hacia el fortalecimiento de la funcionalidad familiar, mediante estrategias que involucren entrenamiento en comunicación, solución de problemas, fortalecimiento de la autoestima y regulación emocional que contribuyan hacia el mejoramiento de las relaciones familiares y por otro lado, hacia la disminución de problemas de conductas interiorizadas que redunden a su vez en el rendimiento académico de los adolescentes” (Moreno et al., 2014, p. 44)

De acuerdo al objeto de estudio del presente documento la investigación mencionada en el párrafo anterior aporta a esta investigación puesto que concluye que la crianza positiva y la relación entre padre e hijos están estrechamente asociadas con los problemas internalizantes y externalizantes, proponiendo un modelo multicomponente , ahora bien en esta instancia es trascendental reconocer la definición de comportamiento externalizante como variable fundamental de esta propuesta de investigación. La dimensión externalizante está relacionada con síntomas de agresividad, déficit de atención, hiperactividad, conducta desorganizada, y agruparía los síndromes de conducta delictiva y conducta agresiva (Maestre et al., 2004). Aunque las conductas externalizantes ocurren en niños con desarrollo normal, la etiología en niños con

trastorno autista puede ser diferente y relacionado con “ los déficits centrales del trastorno, que causan dificultades en el cambio de las actividades y la búsqueda de soluciones alternativas, la sensibilidad sensorial, y el estrés social y ansiedad. El término " problemas de conducta " se utiliza para incluir conductas externalizantes y otros comportamientos que crean problemas para el niño desde la perspectiva de quienes están a su alrededor.” (Sellinger & Elder, 2015)

La investigación ha demostrado que no sólo la conducta del niño, sino también las percepciones de los padres de la relación entre padres e hijos incluyendo el sentido de competencia paternal, la cercanía a los niños, y la aceptación del niño - son significativamente asociadas no sólo con la crianza en niños con inteligencia normal sino también con problemas de conducta externalizante (Schuiringa, et al., 2015).

De igual forma Schuiringa, et al., (2015) señala las familias con niños que muestran problemas de externalización, las diferencias en el comportamiento de crianza pueden explicarse - al menos en parte - por la calidad de la relación padre-hijo. Estos hallazgos apoyan la expectativa donde las respuestas de los padres a la externalización de la conducta del niño dependen no sólo de la gravedad de la conducta, sino también del grado en que el padre acepta al niño, acepta su discapacidad, se conecta con él y se siente competente para hacer frente a la conducta con estilos de parentalidad positiva. De tal forma que la conducta de crianza y la relación entre padres e hijos se relacionan claramente con el comportamiento externalización de los niños con discapacidad intelectual leve el estudio sugiere una intervención dirigida para mejorar las habilidades de los padres y la relación padre-hijo para los niños con este tipo de problemas puede ser eficaz.

Ahora bien indagados los estilos educativos parentales, así como el reconocimiento de los conceptos bibliográficos de los comportamientos internalizantes y externalizantes es fundamental relacionar el instrumento de (CEEP) el cual es un cuestionario de estilos educativos parentales que permite reconocer los estilos educativos como los factores protectores o de riesgo en el desarrollo de problemas psicológicos en la infancia, este instrumento (CEEP) se diseñó para ser aplicado a padres con hijos entre 6 y 12 años y contiene subescalas que miden rasgos generales del funcionamiento familiar, rol parental, habilidades parentales para el reconocimiento de emociones de los hijos, grado en que los padres muestran el estilo educativo utilizado y prácticas educativas acompañadas de reacciones parentales (Gómez et al., 2013).

Por ende este estudio adopta o hace uso de dicho instrumento y es oportuno conceptualizar las subescalas empezando por la Dinámica y relación familiar Herrera (2000) concibe a la familia como elemento clave de relaciones donde se fortalecen los vínculos, emocionales y socioculturales, el sentido de pertenencia, identidad, autoestima, autonomía, autoconcepto, responsabilidad filiación entre otros. Dichas características se reflejan en el comportamiento y en la acciones que dirige cada persona para solucionar diversas problemáticas individuales que se generan alrededor de cada etapa vital.

La segunda subescala es el rol parental Guerrero y Alva (2015) indican son Conductas que padres y madres emplean exclusiva y frecuentemente durante la interacción con sus hijos, se atribuyen tres características principales a las conductas parentales, son estables en distintas situaciones, cambian con el tiempo y son patrones que se conforman a partir de la influencia bidireccional de la díada adulto-niño (p. 2).

En tercer lugar se encuentra la subescala de competencias emocionales según la revisión bibliográfica se concibe “una competencia como la capacidad para movilizar un conjunto de conocimientos, capacidades, habilidades y actitudes necesarias para realizar una determinada actividad un de nivel de calidad y eficacia”. (Bisquerra y Pérez, 2007 p. 6). Las competencias emocionales también denominadas competencias socio-emocionales, son un conjunto de habilidades que permiten comprender, expresar y regular de forma apropiada los fenómenos emocionales. Incluye conciencia emocional, control de la impulsividad, trabajo en equipo, cuidarse de sí mismo y de los demás, etc. Esto facilita desenvolverse mejor en las circunstancias de la vida tales como los procesos de aprendizaje, relaciones interpersonales, solución de problemas, adaptarse al contexto. Entre las competencias emocionales se pueden distinguir dos grandes grupos: las capacidades de autorreflexión que permiten que el sujeto identifique las emociones propias y las regule de forma apropiada; y las habilidades de reconocer lo que los demás están pensando y sintiendo estas habilidades son sociales, ser empático, captar la comunicación no verbal, etc (Bisquerra, 2002)

Los estilos educativos, está subescala evalúa prácticas educativas específicas relacionadas como un uso adecuado de las correcciones, reacciones parentales ante las desobediencias de los hijos, estrategias para promover comportamientos positivos o el grado de consistencia (Gómez et al., 2013). Los estilos de crianza pueden ser entendidos como una constelación de actitudes que los padres realizan para conseguir ciertos objetivos con respecto a la educación de los hijos y que, en su conjunto, crean un clima emocional en el que se ponen de manifiesto los comportamientos de los padres. La investigación sobre este componente se ha centrado en tres unidades: la relación emocional entre los padres e hijos, las prácticas y

comportamientos de los padres y, por último, su sistema de creencias (Gonzales & Hernández, s.f.)

Por último, en las subescalas del CEEP refieren los estilos parentales: como el grado en el que los padres demuestran un estilo democrático, permisivo o autoritario. Los estilos de crianza pueden ser entendidos como una constelación de actitudes que los padres realizan para conseguir ciertos objetivos con respecto a la educación de los hijos y que, en su conjunto, crean un clima emocional en el que se ponen de manifiesto los comportamientos de los padres. La investigación sobre este componente se ha centrado en tres unidades: la relación emocional entre los padres e hijos, las prácticas y comportamientos de los padres y, por último, su sistema de creencias. (Gonzales & Hernandez, s.f.)

De acuerdo a la importancia del contexto familiar en los comportamientos que interiorizan y exponen los niños, en esta instancia del documento Burrone et al. (2012) proponen la identificación de factores de riesgo vinculados a situaciones familiares que se relacionan con la salud mental en los niños.

Artigas, Guitard & Gabau (2013) señalan la genética como un determinante en la herencia, de la crianza y el futuro comportamental del niño, posterior adolescente, así como del ambiente, en la determinación de un entorno adecuado; Igualmente se puede gestar complicaciones en el infante, desde el neurodesarrollo, donde se pueden formar anomalías catalogadas como, Trastornos del neurodesarrollo. Dichos trastornos constituyen las más numerosas categorías de condiciones crónicas para niños preescolares y escolares, afectando al individuo a lo largo de toda su vida. Estos problemas se caracterizan por una alteración o variación en el crecimiento y desarrollo del cerebro, asociadas a una disfunción cognitiva,

neurológica o psiquiátrica. Las entidades incluidas o excluidas varían según las clasificaciones. Sin embargo, atendiendo a la definición expuesta, se puede incluir la totalidad de los llamados trastornos mentales complejos, discapacidad intelectual, autismo, TDAH, esquizofrenia, trastorno bipolar, dislexia, etc.

Es posible identificar tres grupos de Trastorno del Neurodesarrollo: Trastorno del Neurodesarrollo Sindrómicos. Trastornos del Neurodesarrollo, vinculados a una causa ambiental conocida y Trastorno del Neurodesarrollo, sin una causa específica identificada con claras interconexiones entre ellos. Los trastornos del Neurodesarrollo Sindrómicos, están bien diferenciados de otros trastornos y se ajustan a un patrón hereditario de tipo mendeliano. Suelen presentar un fenotipo dismórfico, manifestaciones sistémicas, síntomas neurológicos y un fenotipo conductual bastante específico. Prácticamente en ellos se ha identificado la región genética responsable (Artigas et al. 2013)

En lo que respecta al trastorno del neurodesarrollo vinculado a una causa ambiental, se identifica por ser el más representativo por su elevada frecuencia, y es el espectro de efectos fetales del alcohol. De todos modos, aunque existe una causa ambiental evidente, no se excluye una multifactorialidad con intervención de efectos genéticos (Artigas et al, 2013).

El trastorno del neurodesarrollo sin causa específica identificada revela que los trastornos del neurodesarrollo no son entidades con límites precisos sino que, por el contrario, se caracterizan por la heterogeneidad y el solapamiento entre ellos. Los ejemplos que justifican este planteamiento son múltiples. El Trastorno del Espectro Autista, se asocia a discapacidad intelectual en el 70% de los casos. Los límites entre trastorno bipolar y esquizofrenia, en muchas ocasiones, son difíciles de establecer. El Trastorno de Hiperactividad con Déficit de Atención

(TDAH), es muy habitual que se acompañe de trastornos del aprendizaje. La dislexia viene precedida en muchos casos de trastorno fonológico, y no es raro que se acompañe de trastorno específico del lenguaje, de discalculia o de TDAH (Artigas et al, 2013).

En el trastorno de Tourette, es casi constante la asociación, por lo menos, con uno de los siguientes trastornos: ansiedad, TDAH y trastorno obsesivo compulsivo. La epilepsia está presente en el Trastorno del espectro autista, en la discapacidad intelectual y en la esquizofrenia en altos niveles. De todo ello se puede inferir que los Trastornos del Neurodesarrollo comparten genes, mecanismos moleculares y vías involucradas en el Neurodesarrollo (Artigas et al, 2013).

De acuerdo a lo anteriormente mencionado es imperativo hacer alusión a las nuevas clasificaciones de los criterios diagnósticos del DSM V. La nueva clasificación contempla Los Trastornos del Neurodesarrollo, que incluye Discapacidades Intelectuales, Trastornos de la comunicación, Trastornos del Espectro del Autismo, Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, Trastorno específico del Aprendizaje, Trastornos Motores, Trastornos de Tics, otros Trastornos del Neurodesarrollo (APA,2014).

Desde la inmensidad de marcos conceptuales la discapacidad presenta diferentes interpretaciones. De esta manera, la Organización Mundial de la Salud (2001) demuestra la discapacidad como un rango de aplicación universal de los seres humanos y no un identificador único de un grupo social. El principio del universalismo implica que los seres humanos tienen de hecho o en potencia alguna limitación en su funcionamiento corporal, personal o social asociado a una condición de salud (Organización Mundial de la Salud OMS 2001).

De igual forma La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) (2001) define la discapacidad como un término genérico que engloba

deficiencias, limitaciones de actividad y restricciones para la participación. Desde la perspectiva familiar, la discapacidad ha sido considerada como una problemática que tiene consecuencias personales, familiares y sociales que llevan a la exclusión social. La condición de discapacidad causa múltiples cambios en la vida de una persona y de sus familiares, los cuales se relacionan con la condición de dependencia asociada a una limitación física o mental, la alteración del estado de salud, y la modificación en el rol y en las actividades sociales (Chambers, 2001, p. 101).

A continuación se identifican y se explican las discapacidades presentadas por las niñas y niños, que hacen parte de esta investigación. Inicialmente se parte de la definición de discapacidad intelectual, en esta instancia se evidencia que la terminología más adecuada para referirse a la población ha sido motivo de debate desde finales de los años ochenta en ámbitos científicos y profesionales; Progresivamente este debate se ha visto ampliado a los familiares y a las personas con esa discapacidad, la principal razón para sugerir un cambio en la terminología se deriva del carácter peyorativo del significado de retraso mental que, además, reduce la comprensión de las personas con limitaciones intelectuales a una categoría diagnóstica nacida desde perspectivas psicopatológicas. “La discapacidad intelectual debe concebirse hoy desde un enfoque que subraye en primer lugar a la persona como a cualquier otro individuo de nuestra sociedad” (Verdugo, 2007, p. 3).

Por otro lado la Asociación Americana sobre Retraso Mental (AARM) está cambiando su nombre, aunque en un proceso lento y debatido, por la Asociación Americana Sobre Discapacidad Intelectual (AAID) El término apropiado es el de discapacidad intelectual, a pesar del conservadurismo de la AAMR que mantiene la expresión tradicional de retraso mental. Al

término retraso mental le queda corta vida, y se espera que su uso se vaya reduciendo con rapidez.

Su pronta desaparición es responsabilidad de todos” (Verdugo, 2007, p. 4).

El modelo teórico del concepto de retraso mental basado en la definición de 2002, ha cambiado algo con respecto a la de 1992, en este último estudio García (2006) propuso un modelo funcional en el que los elementos clave eran capacidades (inteligencia y habilidades adaptativas), entornos y funcionamiento, entonces, se otorgó un enfoque multidimensional definiendo cada dimensión así:

Dimensión I: Habilidades intelectuales. Esta hace referencia a la capacidad intelectual general donde incluye algunos aspectos como: razonamiento, planificación, resolución de problemas, pensamiento abstracto, comprensión de ideas complejas, aprendizaje por la experiencia. Cabe aclarar que la limitación en esta competencia requiere que se tenga en cuenta las otras cuatro dimensiones. “Para lograr obtener un CI más preciso se requiere la utilización de instrumentos adecuados de evaluación. Además, las limitaciones significativas en la inteligencia se deben establecer el uso de pruebas estandarizadas que contengan baremos y normas de la población en general” (García, 2006, p. 261).

Dimensión II: Conducta adaptativa. Esta dimensión quedó organizada en tres tipos: habilidades conceptuales, sociales y prácticas. Donde es necesario desarrollar evaluaciones, descripciones y estudio de manera operativa y funcional. Esta limitación afecta la vida diaria y las habilidades para responder a las demandas y cambios ambientales. Es importante tomar en consideración el establecimiento de limitación de la conducta adaptativa que hay que incluir las demás dimensiones (García, 2006)

Dimensión III: Participación, interacción y roles sociales. Esta dimensión contempla con importancia la participación del individuo teniendo en cuenta el desarrollo y ejecución de tareas en situaciones cotidianas las cuales son retroalimentadas por las respuestas a nivel social del grado de funcionamiento del sujeto. Es necesario observar su interacción con el mundo material y social donde se tenga en cuenta la accesibilidad a los recursos y los servicios. Además, identificando los diversos roles que representa (García, 2006)

Dimensión IV: Salud (física, mental y etiología se refiere al estado de salud física y mental facilita o inhibe el nivel de funcionamiento de una persona, de ahí la importancia de esta dimensión. El ambiente en el que un individuo vive, aprende, juega, se socializa e interactúa con otros, influye en su funcionamiento y participación. Los factores ambientales pueden no saber apoyar adecuadamente a un sujeto, en este caso los servicios de salud física y mental, han de proporcionar las ayudas y los tratamientos oportunos. La etiología es considerada como un conjunto de factores biomédicos, sociales, conductuales y educacionales que interactúan en el tiempo (García, 2006, p. 259)

Dimensión V: Contexto (ambientes, cultura). Esta última dimensión hace referencia al contexto (ambiente y cultura). El cual está representado desde una perspectiva ecológica contemplando los tres niveles el microsistema, el ecosistema y el macrosistema. Es de tener en cuenta que el contexto puede brindar mayor o menor oportunidad al individuo y es importante para las personas por la capacidad de establecer oportunidades y promover el bienestar (García, 2006)

Así mismo, se identifica que no todas las organizaciones y asociaciones se resisten al cambio por esta razón, la discapacidad intelectual, es definida por la American Association on

Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD) (2007) como una limitación significativa en el funcionamiento intelectual (razonamiento, aprendizaje y resolución de problemas) y en la conducta adaptativa, que abarca una serie de habilidades sociales y prácticas con inicio antes de los 18 años.

Esta definición mantiene los tres criterios que venían siendo propuestos desde las anteriores definiciones de 1983 y 1992: limitaciones significativas en funcionamiento intelectual, en conducta adaptativa (concurrente y relacionada), y que se manifiesta durante el periodo de desarrollo. La aplicación de la definición propuesta parte de cinco *premisas* esenciales para su aplicación:

1. Las limitaciones en el funcionamiento actual deben considerarse en el contexto de ambientes comunitarios típicos de los iguales en edad y cultura.
2. Una evaluación válida ha de tener en cuenta la diversidad cultural y lingüística, así como las diferencias en comunicación y en aspectos sensoriales, motores y conductuales.
3. En un individuo, las limitaciones a menudo coexisten con capacidades.
4. Un propósito importante de describir las limitaciones es el desarrollar un perfil de los apoyos necesarios
5. Con los apoyos personalizados apropiados durante un periodo de tiempo prolongado, el funcionamiento en la vida de la persona con discapacidad intelectual generalmente mejorará (Luckasson et al., 2002, p. 1)

Se puede decir que el modelo multidimensional propuesto por la AAIDD viene a plantear que la discapacidad intelectual no es algo que se tiene, ni es algo que se es, y

tampoco es un trastorno médico o mental, la discapacidad intelectual se refiere, a un estado particular de funcionamiento que comienza en la infancia, es multidimensional, y está afectado positivamente por apoyos individualizados (Luckasson et al, 2002; Down España, 2013).

Como modelo de funcionamiento, incluye los contextos en los cuales las personas funcionan e interactúan a diferentes niveles del sistema, por lo que se puede decir que la definición propuesta requiere un enfoque multidimensional y ecológico que refleje la interacción de la persona con sus ambientes así como los resultados referidos a la persona en esa interacción relacionados con la independencia, relaciones, contribuciones, participación educativa y comunitaria y bienestar personal. (Down España, 2013).

La discapacidad intelectual, alude a un funcionamiento general cuya característica es: presencia de un cociente intelectual (CI) menor a 70, una limitación adaptativa e inicio antes de los 18 años (Márquez et al., 2011, p. 2).

A nivel mundial se señala que la Discapacidad Intelectual es frecuente, con un alto impacto en el funcionamiento individual y una prevalencia aproximada de 1–4%. De igual forma en Latinoamérica la prevalencia puede ser cuatro veces mayor, por su asociación a factores como la desnutrición, las complicaciones obstétricas y perinatales, la prematurez, la intoxicación por plomo, las infecciones del Sistema Nervioso Central (SNC) y la pobreza que han sido superados en países desarrollados (Márquez et al. 2011, p. 3).

Las causas prenatales genéticas, cuando son cromosómicas, sitúan la inteligencia entre 40-45 puntos de Coeficiente Intelectual (C.I). con afectaciones múltiples de órganos y sistemas; en caso de estar ligados al cromosoma X, la afectación es ligera o moderada, En el grupo de

Síndromes neurodérmicos, craneofaciales, oculares, musculares y óseos, tienen una afectación moderada del C.I. Los trastornos metabólicos suelen originar errores metabólicos o enfermedades metabólicas congénitas, más aun en países donde la detección temprana de los mismos es más bien ocasional. Las anomalías congénitas del Sistema Nervioso Central dan una vida corta y una pérdida muy importante de la inteligencia, se escapa de este patrón la Espina Bífida y la Hidrocefalia, por los actuales abordajes de cirugía correctiva y derivación de la hipertensión endocraneal. (Zambrano, 2010).

En las causas ambientales, la afectación varía pero tiende a ser moderada. Las causas postnatales, como las encefalitis virales dan una afectación profunda de la inteligencia, en cuanto a los trastornos degenerativos o, por desmielinización, provocan D.I. profunda. Otras postnatales como la desnutrición, o las derivadas de causas sociales como consumo de alcohol y drogas por parte de los padres, privación por abandono, pueden dar afectaciones de moderadas a profundas. En la combinación de varias causas como sepsis, encefalitis y convulsiones postnatales, generalmente la afectación es profunda.

Desde el ámbito actual, la Discapacidad Intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) es un trastorno que comienza durante el período de desarrollo y que incluye limitaciones del funcionamiento intelectual como también del comportamiento adaptativo en los dominios conceptual, social y práctico (APA, 2014).

Por ultimo para concluir las deficiencias del comportamiento adaptativo, producen fracaso del cumplimiento de los estándares de desarrollo y socioculturales para la autonomía personal y la responsabilidad social, sin apoyo continuo, logra que las deficiencias adaptativas limiten el funcionamiento en una o más actividades de la vida cotidiana, como la comunicación,

la participación social y la vida independiente en múltiples entornos tales como el hogar, la escuela, el trabajo y la comunidad.

Otro tipo de trastorno según El Manual diagnóstico y estadístico de enfermedades mentales 2014 es el trastorno del espectro autista este presenta deficiencias persistentes en la comunicación social y en la interacción social en diversos contextos, manifestado por lo siguiente, actualmente o por los antecedentes: 1. Las deficiencias en la reciprocidad socioemocional, varían, por ejemplo, desde un acercamiento social anormal y fracaso de la conversación normal en ambos sentidos pasando por la disminución en intereses, emociones o afectos compartidos hasta el fracaso en iniciar o responder a interacciones sociales. 2. Las deficiencias en las conductas comunicativas no verbales utilizadas en la interacción social, varían, por ejemplo, desde una comunicación verbal y no verbal poco integrada pasando por anomalías del contacto visual y del lenguaje corporal o deficiencias de la comprensión y el uso de gestos, hasta una falta total de expresión facial y de comunicación no verbal (APA, 2014). 3. Las deficiencias en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de las relaciones, varían, por ejemplo, desde dificultades para ajustar el comportamiento en diversos contextos sociales pasando por dificultades para compartir juegos imaginativos o para hacer amigos, hasta la ausencia de interés por otras personas (APA, 2014).

Teniendo en cuenta que en la participación e implementación de este estudio participaron 4 niños con trastorno del aprendizaje es necesario reconocer y conceptualizar el trastorno es el específico del aprendizaje. (APA, 2014) Denomina como la dificultad en el aprendizaje y en la utilización de las aptitudes académicas, evidenciado por la presencia de síntomas por lo menos durante 6 meses los siguientes síntomas que han persistido, a pesar de intervenciones dirigidas a

estas dificultades: Lectura de palabras imprecisa o lenta y con esfuerzo. 2. Dificultad para comprender el significado de lo que lee. Dificultades ortográficas (p. ej., puede añadir, omitir o sustituir vocales o consonantes). 4. Dificultades con la expresión escrita (p. ej., hace múltiples errores gramaticales o de puntuación en un oración; organiza mal el párrafo; la expresión escrita de ideas no es clara). 5. Dificultades para dominar el sentido numérico, los datos numéricos o el cálculo. 6. Dificultades con el razonamiento matemático (APA, 2014).

Las aptitudes académicas afectadas están sustancialmente y en grado cuantificable por debajo de lo esperado para la edad cronológica del individuo, e interfieren significativamente con el rendimiento académico o laboral, o con actividades de la vida cotidiana, que se confirman con medidas (pruebas) estandarizadas administradas individualmente y una evaluación clínica integral. En individuos de 17 y más años, la historia documentada de las dificultades del aprendizaje se puede sustituir por la evaluación estandarizada. C. Las dificultades de aprendizaje comienzan en la edad escolar pero pueden no manifestarse totalmente hasta que las demandas de las aptitudes académicas afectadas superan las capacidades limitadas del individuo. Las dificultades de aprendizaje no se explican mejor por discapacidades intelectuales, trastornos visuales o auditivos no corregidos, otros trastornos mentales o neurológicos, adversidad psicosocial, falta de dominio en el lenguaje de instrucción académica o directrices educativas inadecuadas (APA, 2014).

Por otro lado se encuentra los tipos de discapacidad sensorial dentro de la discapacidad sensorial, están incluidas las personas con discapacidad auditiva, se conceptualiza a la discapacidad auditiva o Personas con sordera (discapacidad para percibir cualquier sonido) e hipoacúsicos (aquellas con diferentes niveles de pérdida de la audición que requiere del uso de

prótesis auditivas (audífonos) (Taboada & Minaya 2010 p. 2). la discapacidad auditiva es la carencia, deficiencia o disminución de la capacidad auditiva, a las personas que perciben sonidos en grado variable y que en algunas ocasiones pueden utilizar aparatos auditivos, se les denomina personas hipoacúsicas y a las que no perciben absolutamente ningún sonido se les llama personas sordas totales. (Hurtado & Agudelo 2014 p.47)

La hipoacusia sensorineural o sordera profunda es una enfermedad que afecta al funcionamiento del oído interno y cuya causa se desconoce en cerca de 30% de los casos registrados. En Colombia, uno de cada 1000 recién nacidos sufre de sordera profunda. Su aparición en la etapa prelingual implica más años de rehabilitación y escolaridad, y por ende, una menor productividad a lo largo de su vida económicamente activa (Peñaranda et al, 2012, p. 2).

Tradicionalmente, las opciones terapéuticas para la población con limitaciones auditivas han consistido en el uso de audífonos, el ingreso a educación especial (lenguaje de señas) y la terapia ocupacional durante gran parte de su vida. Sin embargo, en la mayoría de casos la hipoacusia sensorineural es tan profunda que los audífonos no brindan ningún beneficio en la amplificación de la audición, limitando el desarrollo de un lenguaje auditivo-oral. Las personas con sordera profunda bilateral que han sido habilitadas con audífonos y educación especial (lenguaje de señas) requieren un intérprete cuya intensidad de apoyo está determinada por los niveles de sordera. Por consiguiente, este tipo de rehabilitación genera mayores costos económicos y sociales debido a la disminución de la productividad laboral, la cual redundará en baja efectividad no solo en términos clínicos sino también por el aislamiento social y, en algunos casos, la discriminación que experimentan quienes sufren la enfermedad (Peñaranda et al, 2012).

De esta forma se concluye la conceptualización los tipos de discapacidad que son determinantes para el desarrollo de este estudio, aunque las definiciones varían de acuerdo la diversa revisión bibliográfica la aquí expuesta es la que se adopta y se relaciona para la investigación. A continuación se pretende realizar una descripción de los factores asociados en el proceso de crianza de personas con discapacidad sin asumir todos los factores como variables concluyentes para esta investigación aun así aporta para ampliar la revisión bibliográfica y en ello reconocer las limitaciones y aportes que este estudio puede llegar a efectuar a la sociedad y a la población con discapacidad.

En efectos la discapacidad en un miembro de la familia presenta una serie de desafíos excepcionales Martínez y Rodríguez (2010) mencionan que la población de niños discapacitados se ve notoriamente afectada en una esfera médica, atribuyendo a las limitaciones de los niños en la mayoría de ocasiones a la vida familiar, teniendo en cuenta que sus dificultades pueden ser aún más visibles en su propio hogar. “Por tal razón, la respuesta del medio y la interacción familiar es determinante en el futuro del niño, puesto que el modo de reacción de los padres podría mitigar o incrementar la incapacidad” (Martínez & Rodríguez, 2010 p. 3). Estas relaciones están transversalizadas principalmente por “la visión o representación que tiene la familia de la discapacidad, la cual puede estar basada en creencias previas o construirse como consecuencia de la interacción y convivencia” (Manjarrez, León, Martines & Gaitán, 2013,p.64).

Así como un hijo con discapacidad genera impacto, de igual forma los estilos parentales hacen parte fundamental de su desarrollo integral. Respecto a las pautas, patrones y normas, éstas están estrechamente relacionadas con la concepción que se tiene de infancia y de discapacidad, estableciendo desde allí cánones y parámetros que justifican las exigencias

o no y las prácticas y formas de actuar en el proceso de crianza del niño o niña. Por esta razón, frente a la visión de infancia, es importante resaltar que los padres, madres y demás miembros de la familia, se ven constantemente enfrentados al dilema de la eterna crianza de personas con discapacidad (Manjarrez, 2012 p. 109).

Marmo (2014) reconoce “dos dimensiones del comportamiento de los padres que permiten caracterizar su influencia en la formación de los hijos: la aceptación y el control parental. La combinación de estas dos dimensiones conformará la tipología de él estilo parental que opte” (, p. 31) De esta forma el concepto de estilo parental ha sido ampliamente usado en las investigaciones puesto que los efectos en la socialización familiar surgen en las competencias y desempeño de niños y adolescentes; siendo durante gran parte de la vida la familia un factor de impacto emocional y relacional en la vida personal de forma trascendental

Desde otra mirada las familias donde hay hijos o hijas con discapacidad (por ejemplo, con síndrome Down, con problemas de lenguaje o con problemas de aprendizaje), se crea una “fuerte tensión entre el ser y el deber ser”, ya que el varón debe, necesariamente, reflexionar a fondo acerca de la situación particular de su hijo, sobre el sentido de la vida y sobre sí mismo. Esto provoca que la percepción que tiene del niño, de sus necesidades y de su forma de vida se modifique, que comience a ser cuestionada por las normas establecidas por una sociedad (Ortega, Torres, Garrido & Reyes, 2010)

Por esta razón, en múltiples ocasiones el padre puede abandonar el hogar y no compartir la situación actual relacionada con los hijos con discapacidad, además de delegar toda la responsabilidad a la madre sobre la crianza y la elección del tratamiento o búsqueda de escuela especial donde pueda ingresar el niño para recibir ayuda profesional y garantizar el rendimiento

escolar y el éxito en su desarrollo personal. Así mismo una vez más son las mujeres las que con mayor frecuencia se ocupan del cuidado y sobre carga parental (Ortega et al, 2010, p. 140).

Aunque es relevante precisar que no siempre cuando nace un niño en condición de discapacidad, se presenta abandono paterno también en el género masculino se identifican padres que asumen aunque gradualmente la situación, ya que ser padre es un momento que resulta difícil para muchos hombres, principalmente cuando se trata de ocuparse de todos los cuidados que implica un hijo ; pero las cosas se complican cuando ese niño tan deseado presenta una discapacidad, surgen diversas reacciones, cuestionamientos, enojos, deterioro en las relaciones de pareja, y esto lleva a que el varón trate de no involucrarse en lo relacionado con la crianza del niño (Ortega et al, 2010, p. 150).

En cuanto al vínculo marital, muchas cosas en la vida pueden poner a prueba la relación de pareja: privaciones económicas, familiares, la enfermedad de algún miembro de la familia y la llegada de los hijos. Cuando uno de los hijos posee una discapacidad, la relación de pareja exige una especie de asociación materno-paterna que rebasa las funciones tradicionales surgidas dentro de la familia. Tal vez la relación no cambie mucho; sin embargo, puede dañarse por la forma en que cada uno de los miembros de la pareja actúa respecto de las necesidades especiales de los hijos o, incluso, puede fortalecerse, porque están centrando su atención en el mismo objetivo, en el mismo reto (Ortega et al, 2010, p. 152).

Sánchez (2006) señala “un estresor para la familia, en muchos casos es un factor precipitante de ruptura conyugal y una importante fuente de conflicto, en el cual la imputación del origen y el culpamiento mutuo parecen ser procesos inevitables por los que pasan los padres. En este sentido es innegable que muchos niños con discapacidad tienen que afrontar también las

limitaciones de la ruptura familiar y crecer en familias uniparentales” (p. 4). Pero también la investigación demuestra que cuando la pareja enfrenta exitosamente el estresor de la discapacidad, el niño con discapacidad viene a ser un factor de unión, un vínculo entre los esposos que les lleva a luchar juntos y confrontar como pareja las demandas de la condición (Sánchez, 2006 p. 4).

Cabe aclarar que es necesario reflexionar acerca de las relaciones de pareja ya que, en el mejor de los casos, dejan de serlo para desempeñar su papel de padre y madre; no obstante, esto no es del todo benéfico para el desarrollo del hijo quien, al igual que sus padres, requiere de un ambiente familiar donde el bienestar y comunicación permita que la pareja continúe alimentando su relación; lo que en definitiva se reflejara en los acuerdos y acciones que en beneficio de la integración familiar se necesitan para impulsar al mejor ajuste posible de su hijo o hija con discapacidad a actividades cotidianas, escolares, sociales, etcétera (Ortega et al, 2010).

Es así como se observa la sobre carga parental, dificultades económicas, discusiones en la relación de pareja como problemáticas asociadas a la llegada de un niño con discapacidad y se reconoce igualmente en la educación especial la importancia del nivel socioeconómico de la familia variando diferencialmente en su influencia, en cuanto a la provisión de oportunidades en rehabilitación, cuidado médico y acceso a nuevas tecnologías. En cuanto a la Discapacidad Visual, claramente las familias de mejores estratos económicos tendrán mejores prótesis, intervenciones quirúrgicas, escuelas especializadas etc. Igualmente, la búsqueda de información acerca de la condición discapacitante tiende a ser mayor a medida de que los padres tienen mejores niveles de educación. Sin embargo, en cuanto a la reacción a la presencia de un hijo con discapacidad, tal parece que familias de mayores estratos económicos tienden a sufrir más la

presencia de la discapacidad y estar más afectadas por la presencia de un hijo con Necesidades Educativas Especiales. Las mayores expectativas hacia los hijos, parecen explicar este fenómeno (Sánchez, 2006, p. 3)

Igualmente Sánchez (2006) identifica que el género del hijo influye en la atención y apoyo que la madre le brinde. Esto puede deberse a la cultura de la familia, ya que existen familias que consideran que la madre es la responsable de vigilar la educación del hijo, y que los hijos varones deben ser más independientes que las niñas, y una manera de lograrlo es no prestarles tanta atención. Sin embargo, lo ideal es que, tanto el padre como la madre, estén atentos en la educación del hijo y de la hija. Por lo anterior, se puede afirmar que

“la inclusión de los padres en la educación del hijo abarca varios aspectos que influyen en el desarrollo del niño, como lo son la autoestima, la formación de expectativas educativas, la formación de actitudes positivas hacia la escuela, etc” (Sánchez, 2006, p. 6).

El maltrato emocional o psicológico tiene diferentes manifestaciones, en ocasiones sutiles y de difícil detección, de igual forma el desprecio y el aislamiento provocan mucho daño en la integración social y familiar de estos niños. Algunos de los padres tienen un nivel cultural e ingresos monetarios altos y procuran la satisfacción de las necesidades económicas de sus hijos, pero no aceptan plenamente al niño ni son cariñosos con ellos (Pineda, Gutiérrez & Díaz, 2011, p. 30).

El afecto es muy importante para todo niño desde su nacimiento y los niños con síndrome de Down manifiestan una capacidad especial para detectar el amor cuando se les brinda y pueden amar plenamente cuando se sienten amados. Sin embargo la negligencia en los cuidados puede presentarse en familias numerosas, con varios niños pequeños en las que

se prioriza la atención a los niños normales y no se cuida adecuadamente al niño con síndrome de Down. Ello ha provocado traumatismos como caídas, quemaduras o el desarrollo de enfermedades respiratorias, diarreicas o dermatológicas que pueden prevenirse, y también la inasistencia a consultas médicas o a remisiones indicadas por el personal médico de la institución ante situaciones que pueden hacer peligrar la salud (Pineda et al, 2011 P. 30).

Esta forma de maltrato se relaciona con la intoxicación accidental porque al no cuidar correctamente al niño, este puede ingerir sustancias químicas o de otra naturaleza de forma espontánea o las administra el familiar al no observar las normas correspondientes. De igual forma los niños con síndrome de Down presentan una discapacidad intelectual que puede variar de ligero a grave que dificulta la comprensión de órdenes, por lo que pueden aparecer sentimientos de cólera y manifestaciones de maltrato en algún miembro de la familia. Los padres, si no poseen los conocimientos necesarios sobre la capacidad real de comprensión de sus hijos, pueden ser maltratadores inconscientes (Pineda, et al, 2011, p. 30).

A pesar de todo esto, muchos niños con discapacidad son capaces de tener un comportamiento más independiente, apropiado y maduro del que muestran, lo cual favorece la relación del padre con el hijo, en términos de que sus expectativas para los hijos son mejores y las relaciones de convivencia son más frecuentes. Eso permite que ambos, “padre e hijo, compartan experiencias y momentos de la vida cotidiana que favorezcan el desarrollo personal de cada uno de ellos en diferentes ámbitos como el social, el familiar y el educativo” (Ortega et al, 2010, p. 152).

Desde esta visión la infancia en la crianza de personas con discapacidad, está relacionada no a la edad sino a la capacidad y posibilidad de tomar decisiones por sí mismo,

de lograr niveles de independencia y autonomía, de participar y hacer escuchar la voz y de acceder a condiciones laborales y profesionales; como se menciona constantemente en los relatos de “ser productivos y útiles socialmente”. De igual forma, un patrón que influye directamente en las pautas de crianza son las visiones y representaciones de discapacidad (Manjarrez et al., 2012 p. 109-110).

Ahora bien existen diferentes perspectivas de la discapacidad, un gran grupo de investigaciones que permiten comprender la profundidad de la temática cuando es vivida en la realidad del núcleo familiar, social y terapéutico. Teniendo en cuenta lo anterior los autores Henderson, Barry, Bader y Sytsma (2011) Señalan la postura que los padres deben tener para tratar la conducta de los niños autista orientándoles carismáticamente para integrarlos a la sociedad y logrando ser más autónomos. Este estudio evidencia resultados positivos donde, una madre interviene en la capacitación a su hija autista, ayudándole con su nivel de funcionamiento y mejorando su calidad de vida. De esta forma el papel que cumple la madre durante el desarrollo de cada componente es vital para el tratamiento y los resultados positivos. Así mismo se presenta la importancia de los tutores durante las intervenciones, siendo los padres los que tienen las principales dudas de la forma como deben afrontar la educación y formación del niño autista. La capacitación es importante debido al reto formativo que exige cada caso, enriqueciendo la vida del niño y su entorno familiar, aprendiendo a comunicarse, comprenderlo y acompañarlo en el proceso.

Es interesante mencionar la anterior investigación ya que confirma lo señalado por Marmo (2014) el cual reconoce “dos dimensiones del comportamiento de los padres que permiten caracterizar su influencia en la formación de los hijos: la aceptación y el control parental. De tal

forma que la cuidadora afronto las dos dimensiones y logró la cohesión familiar y el reconocimiento en la discapacidad de su hijo adoptando de manera exitosa un estilo parental que trascendental tras el reto formativo al que se enfrentó.

Por otra parte, Samadi, McConkey y Bunting (2014) añaden otra cultura a la literatura internacional con respecto a la crianza de niños Iraníes con discapacidades del desarrollo. Este estudio contrasta las experiencias de los padres, cuyos hijos presentaban un diagnóstico de trastorno autista, con los que sostenían un diagnóstico de discapacidad intelectual. Dicho esto, hay dos limitaciones principales. En primer lugar, la muestra auto-seleccionada puede estar sesgada con padres mejor informados y educados y por lo tanto puede no ser la típica familia iraní, especialmente los que viven en zonas rurales con un contacto limitado o nulo a los servicios de apoyo.

No obstante las muestras reclutadas eran suficientemente grandes para asegurar que la exactitud estadística había sido alcanzada y se incluyen las familias de diversos estratos, características y origen étnico. Una segunda limitación es que los datos provienen de un estudio transversal, de este modo las inferencias dibujadas sobre las relaciones de causalidad necesitan ser probados aún más en una investigación longitudinal, aunque esto ha sido difícil incluso en países más desarrollados (Samadi et al., 2014 p. 1).

El modelo resultante confirmó el impacto de tener un hijo con discapacidades del desarrollo, sobre el funcionamiento de las familias iraníes, en particular los niños con trastorno autista, sin embargo el estrés de los padres y su bienestar emocional también contribuyó. En cuanto a esto último, las madres en lugar de los padres fueron principalmente afectadas, y las familias monoparentales tenían más riesgo que las conformadas por aquellas con ambos padres.

Se evidencia en la ejecución entonces la complejidad para trabajar con culturas y regiones donde se presta poca o mala atención al síndrome del autismo, esta referencia es importante en cuanto evidencia la falta de fraternidad hacia la población infantil presenta fisuras políticas, sociales, familiares, geográficas, humanitarias existiendo poca oportunidad para ser tratados adecuadamente. No existen planes de tratamiento integral descrito de forma objetiva y clara para el bienestar de los padres de las familias iraníes con niños que tienen discapacidades del desarrollo, situación que solo sucede en familias que poseen un status social bajo quienes representan la mayoría de iraníes. En cuanto a la población de status alto con esta situación se le presta mayor atención (Samadi et al., 2014).

Siguiendo con la línea de investigaciones en el medio oriente es de considerar, el estudio realizado por Obeid y Daou (2014). El cual presento como objetivo, determinar los predictores de bienestar en una muestra de madres libanesas con niños con síndrome autista igualmente se logró incluir un grupo de comparación: las madres de niños de desarrollo típico, lo cual fue un acierto pues se logró comparar los datos principales aun cuando madres del grupo de desarrollo típico no informaron completamente los estilos de apoyo social, ya que, varios de ellos declararon no seguir participando, pues no creían que esas variables pudiesen ser aplicadas a ellos, ya que sus hijos no se estaban afectados por el trastorno autista.

Por otra parte, este estudio examinó si las madres de niños con autismo utilizan diferentes tipos de estilos de afrontamiento en comparación con las madres del grupo de desarrollo típico, y si el apoyo social percibido difirió entre los dos grupos. En dicha muestra, las madres de los niños con trastorno autista utilizan estilos de afrontamiento de compromiso y de replanteamiento cognitivo más a menudo que los afrontamientos por desconexión y distracción. Sin embargo,

estos dos últimos se pueden usar para predecir la disminución de bienestar. Es de destacar, que a pesar de que el apoyo social informal está disponible en abundancia en el Líbano, las madres de los niños con trastorno autista todavía reportaron menor apoyo social percibido en comparación con las madres del grupo de desarrollo típico (Obeid & Daou, 2014)

El hecho de ser madre como lo muestra significativamente los autores en Líbano de niños autista es un reto, existen instituciones “informales” que prestan apoyo a la discapacidad pero ellos requieren tiempo y gasto adicional junto al tratamiento perjudicando la salud física y mental de la tutora por falla en las políticas públicas que no ven al niño autista como dependiente; todas las características de comportamiento, socialización, comunicación requieren de cuidado siempre por lo que la vida de las madres cambia ante el estado de cognición de su hijo, no laboran llevando a situaciones económicas difíciles y sintiendo discriminación al compararse con madres de grupo de desarrollo típico (Obeid & Daou, 2014).

Con respecto a la variable de afrontamiento y disposición hacia los hijos se identificó que existe mayor disciplina por parte de madres con hijos autistas que madres con hijos pertenecientes al grupo de desarrollo típico. Dentro de este orden de ideas, la investigación sobre la relación entre el sueño, rutinas y comportamientos externalizantes en niños con un trastorno autista apoya muchas relaciones significativas en los niños con Trastorno del Espectro Autista, de igual forma demostró que los factores de protección (por ejemplo, la frecuencia de las rutinas generales) que se han establecido para los niños típicamente en desarrollo, no pueden generalizarse a los niños con TEA (Henderson et al., 2011 p.9).

Los estudios futuros deben explorar más a fondo las relaciones entre el sueño, rutinas, y el comportamiento en niños con TEA, especialmente en los niños que se presentan rutinas menos

consistentes, alteraciones del sueño y las conductas externalizantes significativas. Además, los estudios futuros deben examinar los comportamientos específicos que comprenden la rutina de los niños con TEA, ya que muchos de estos comportamientos se han marcado anteriormente "inusual", pero sólo los comportamientos tradicionales fueron exploradas en el presente estudio. Sin embargo, el presente estudio que se ha llevado a cabo en las áreas importantes de sueño y rutinas, es un primer intento de reunir la literatura dentro de la investigación en el TEA (Henderson, et al., 2011 p.9).

Así mismo los niños con TEA presentan alteraciones del sueño, rutinas consecuentes con el comportamiento que afectan de manera negativa, abordando trastornos en estas actividades que requieren de paciencia, e intentar desde el ámbito familiar enseñar al menor, teniendo en cuenta que las formas como perciben no es el mismo que el de los niños típicamente en desarrollo. Allí el padre de familia es fundamental no solo para incentivar el niño, sino en la correcta comprensión de las limitaciones del menor autista, en busca de hábitos saludables y una relación fraterna (Henderson et al., 2011).

Por otra parte y siguiendo con el análisis investigativo, se encuentra Barak y Atzaba, (2015) p. 114. Quienes afirman que la interacción entre padres e hijos es bidireccional (versus la unidireccional), donde el temperamento de los niños evocan personalidades y dan forma a los comportamientos de los padres y su estilo de crianza. Por lo tanto, dado que las discapacidades del desarrollo, pueden influir en el temperamento y personalidad, sería importante examinar de cerca cómo ciertas discapacidades evocan y provocan respuestas parentales únicas, así como el impacto único de conductas parentales sobre los niños con diversas discapacidades. Por ejemplo, las discapacidades que afectan altamente las relaciones

sociales como el autismo, el síndrome de Asperger y los trastornos emocionales / conductuales son propensos a provocar respuestas únicas de los padres en comparación con los niños con síndrome de Down u otras discapacidades intelectuales.

Los padres pueden hallar más difícil sentirse conectados, y respetar la individualidad de los niños cuyos comportamientos no son muy sensibles a las conductas de crianza positivas tradicionales. Así mismo, los padres pueden tener que adoptar otras conductas de crianza o procesos mentales relacionados con ciertas discapacidades de comportamiento con el fin de evitar los patrones de desarrollo de crianza negativas que pueden dañar aún más al niño.

Barak y Atzaba (2015). Señalan la crianza de los hijos son secuenciales en el tiempo: las respuestas actuales de crianza son más predictivos en las respuestas futuras del niño que las respuestas inmediatas de los niños. El comportamiento de los niños a través del tiempo parece ser una situación de las prácticas de crianza acumuladas que normalmente permanecen constantes en el tiempo y sin variación. Se evidencia además, que se examinaron las reacciones de los padres prediciéndose los sentimientos entre padres e hijos, de igual manera evitando el estrés como condición familiar de riesgo. Por esta razón, la situación del menor será el centro de atención de todos en el hogar y a su vez las vulnerabilidades maternas y paternas son estables a través de diferentes discapacidades.

Así mismo existe, un meta- análisis como segmento del gran cuerpo de literatura que apoya la relación entre la crianza positiva y resultados de desarrollo típico. Este estudio examinó la asociación entre los atributos de crianza positiva y los resultados de los niños con discapacidades. Así mismo, los resultados proporcionan apoyo a los esfuerzos para evaluar y

promover las habilidades de crianza eficaces en la prestación de servicios a los niños pequeños con discapacidades (Taylor, Smith, Korth, Olsen & Mandleco, 2012 p. 2217).

Por esta razón, los niños tomados para el anterior estudio invitan a la necesidad de seguir indagando sobre un tema complejo, todos los casos no son similares aclaran entre líneas, pero si hay beneficios de la crianza positiva según resultados, cientos de variables influyen en el desarrollo del niño, por lo que correlacionar cualquier variable única, como el estilo de crianza, medida imprecisa, en un punto dado en el tiempo, consistentemente con el desarrollo del niño no sólo es digno de mención, sino merecedor de atención de la investigación sostenida. Este hallazgo podría sugerir que los efectos de la crianza de los hijos son secuenciales en el tiempo, las respuestas actuales de crianza son más predictivos en las respuestas futuras del niño que las respuestas inmediatas de los niños (Taylor et al., 2012).

De acuerdo a los efectos de la crianza caben mencionar los sistemas educativos parentales, que investigan los autores Sunderland y Slade (2015) su estudio fue implementado en el continente australiano, donde sugiere que varios trastornos del estado de ánimo y de ansiedad pueden ser mejor evaluados utilizando una única dimensión que representa la responsabilidad de comportamientos internalizantes, pretendiendo demostrar la validez y la utilidad de dichos comportamientos en la contabilización de tendencias suicidas, la búsqueda de tratamiento, y la discapacidad por encima de cualquier trastorno específico.

Por otra parte, el estudio actual se extiende a otros hallazgos relacionados con tendencias suicidas que reflejen el aumento en los marcadores de gravedad, por ejemplo, pensamientos, planes y tentativas suicidas. De hecho, estos resultados demuestran una relación dosis-respuesta entre el aumento de los niveles de gravedad de las tendencias suicidas y las conductas

internalizantes de la patología. Con respecto a la búsqueda de tratamiento, el estudio demuestra que, los comportamientos internalizantes están fuertemente relacionados con la búsqueda de tratamiento para los problemas de salud mental. Dicho esto, las personas con enfermedades concomitantes de salud mental generalmente reportan síntomas asociados con un único trastorno que es la principal preocupación. Lo que se desconoce si se informó el problema a un profesional de salud mental y, posteriormente, el trastorno que puede ser el enfoque del tratamiento refleja con precisión el punto más alto de gravedad en el factor latente de conductas internalizantes para cada individuo que experimenta múltiples trastornos. (Sunderland & Slade 2015).

En la investigación de Sunderland & Slade (2015), se resalta el compromiso de educación parental mediante signos y herramienta ayudando a controlar los pensamientos, sentimientos y conductas suicidas. El estudio interpreta en el contexto de algunas limitaciones. Entre la internalización de la responsabilidad y las tendencias suicidas, el comportamiento de búsqueda de tratamiento, y discapacidad. El estudio demostró que en general los comportamientos internalizantes son una variable latente que explica la mayor parte de la relación entre el estado de ánimo, los trastornos de ansiedad, las tendencias suicidas, la búsqueda de tratamiento, y la discapacidad.

Por otra parte, el estrés forma parte de la vida de los padres, siendo un aspecto relevante. Por esta razón Woodman, Mawdsley & Hauser (2015) p. 272. Reportan que “los padres de niños con discapacidades del desarrollo (DD) tienen un mayor riesgo de sufrir estrés psicológico en comparación con otros padres”. El presente estudio investigó las relaciones transaccionales entre los problemas de comportamiento infantil y el estrés materno en 176 familias que crían a un niño con diagnóstico temprano de DD. Se han encontrado variaciones en las transacciones

entre padres e hijos a través de diferentes fases de la vida y con diferentes dominios de problemas de conducta. Los niños con mayores niveles de comportamientos internalizantes a los 3 años tienen padres con mayores niveles de estrés que los padres a los 5 años (control de los niveles de estrés de los padres a los 3 años). De igual forma, el estrés parental a los 15 años predijo problemas de conducta internalizantes a los 18 años, lo que sugiere un modelo impulsado por padres y durante mediados o finales de la adolescencia. Además, los resultados de los análisis presentados aquí sugieren la necesidad de una mayor exploración de vida de los niños y de las madres, cuando los niños pasan de la niñez a la adolescencia media (a las edades de 10-15); aunque el comportamiento de los niños y estrés de los padres parecen estar relacionadas en esos momentos, una no predice la otra en el momento posterior (Woodman, Mawdsley & Hauser 2015).

La ausencia de efectos impulsado por los padres puede ser debido en parte a la alta estabilidad en las conductas internalizantes a través de este período. El coeficiente de estabilidad para las conductas internalizantes fue más fuerte desde la infancia a la adolescencia media, dejando poca variabilidad en los comportamientos internalizantes y en la adolescencia que se explica por la crianza de estrés en la infancia media. Esto sugiere que las conductas internalizantes de los individuos con DD pueden ser cada vez más intransigente durante la adolescencia. Si es así, esto indica una necesidad imperiosa para la intervención de problemas internalizantes en el periodo de la adolescencia (Woodman et al., 2015).

El estudio realizado, en ocasiones no es manejado por los tutores, con tal de no desempeñar el rol de forma adecuada, la situación de los hijos con DD genera un impacto en la calidad de vida familiar, la cual se debería dar no solo en el tratamiento clínico sino en el apoyo natural de los padres a las personas con DD. Entonces, las creencias y funciones de los tutores

es necesario realizarlo junto al profesional en la clínica, en el hogar prestando la ayuda a los jóvenes de 15 años con DD; eliminando los conflictos, sin perjudicar la realización de las actividades de colaboración de tutores, profesionales y organizaciones; evitando sentimientos de culpa y baja autoestima de las familias, de igual forma controlando posturas defensivas (Woodman, et al., 2015).

Conformado una estructura importante en el marco de la discapacidad del desarrollo se hace referencia a la Condición del espectro Autista (CEA). En este estudio, se determinó el grado de preocupación de los padres en una amplia muestra de población. El objetivo fue explorar la asociación entre la preocupación de los padres y el riesgo de tener CEA (Sun, Allison, Auyeug, Baron & Brayne 2014 pág.3684).

Los padres con más alta clase social expresan más preocupación que los de las clases sociales más bajas. Sin embargo, las preocupaciones reportadas por los padres en mejor situación socioeconómica no parecen ser específicas para la CEA. Por el contrario, este estudio muestra que donde no hay preocupación de los padres es muy poco probable cumplir con los criterios de diagnóstico (Allison, et al., 2014).

De igual forma la combinación padres y crianza desde siempre serán parte fundamental en el desarrollo del menor. Por esta razón la reacción de los padres y familia a la discapacidad es de suma importancia. Cuando un diagnóstico toma mucho tiempo, es particularmente difícil para los profesionales en la salud de los niños manejar esto bien, y una comprensión conjunta del proceso con la familia es significativo. El impacto de la discapacidad del niño en la familia depende de muchos factores, entre ellos las conductas del niño, los recursos disponibles y las estrategias de afrontamiento de la familia. Mediante la comprensión de las diferencias

individuales de las familias, los profesionales pueden ofrecer una excelente atención de la salud, y también ayudar a las familias a favor de promover la calidad de vida y la participación social del niño; la prevalencia global de trastornos del neurodesarrollo en la infancia es difícil de determinar debido a la variedad de formas en que la discapacidad ha sido definida y medida, y esta tasa incrementa con la edad. Se han producido directrices que explican cómo discutir el diagnóstico de trastornos del neurodesarrollo con la familia. Sin embargo, el viaje del niño en particular y familiar a través del reconocimiento de la discapacidad a través del diagnóstico y la posterior adaptación es compleja (Kisler & McConachie 2010 p. 4).

Se concluye que la investigación ha demostrado que el empoderamiento de los padres y cuidadores, la prestación de servicios y el ajuste de la actitud social e individual hacia la diversidad y la discapacidad son los factores más importantes para mejorar los resultados para los niños con discapacidad y sus familias. La reacción de los padres y la adaptación a un diagnóstico es muy variable. En el pasado, los modelos sugerían para su entendimiento, que este había estado basado en torno al duelo. Estos modelos, a pesar de reconocer y explicar las respuestas de mala adaptación de los cuidadores, tienen connotaciones negativas solamente. Es importante que los cuidadores y los médicos reconozcan que una gama de emociones es de esperar; Sin embargo la promoción de apoyo práctico para mejorar el funcionamiento familiar y la adaptación debe ser el foco del equipo en torno al niño. Los padres necesitan información precisa sobre el estado del niño. Es probable que sea la adaptación a una nueva percepción de sí mismos y sus hijos. El médico puede tener que trabajar duro para entender el significado del diagnóstico a la familia individual, especialmente cuando puede haber diferencias étnicas o culturales o experiencia previa en la familia de la discapacidad. Actitudes y creencias de la

familia con respecto a la discapacidad anteriores pueden ser impugnadas, o hacen la aceptación del diagnóstico más difícil. (Kisler & McConachie, 2010 p. 6)

Por tanto, el médico tiene que convertirse en un experto en la comunicación de la incertidumbre del diagnóstico, y tener confianza en su manejo clínico para el niño, para mantener la confianza de los padres en su experiencia. Es esencial que los padres se les dé una oportunidad poco después del diagnóstico para repasar la información y hacer preguntas a los mismos profesionales, además de recibir información precisa y claramente por escrito. El nivel de soporte debe ser sostenido en el tiempo tras el diagnóstico. Por otro lado, tras el diagnóstico, algunas familias pueden ser abrumadas con reuniones profesionales, citas, el apoyo social y la terapia, particularmente si la coordinación y la comunicación entre los diferentes profesionales es pobre. La evidencia demuestra que las cuestiones de máxima importancia en la familia es la alimentación, dormir, la movilidad, el acceso oportuno a los equipos y adaptaciones, el cuidado personal y la higiene, así como la forma de equilibrar las necesidades de todos los miembros de la familia (Kisler & McConachie, 2010).

Así mismo y siguiendo la línea de investigación familia y discapacidad se muestra la crianza de los niños con asma leve y Borderline, este estudio examinó la asociación entre el comportamiento de los padres, la relación padres e hijos, y comportamientos externalizantes en los menores. La relación padre-hijo fue más fuertemente asociado con los comportamientos externalizantes de la conducta del niño, más allá de las conductas parentales. Los resultados ponen de manifiesto la importancia tanto de la relación padre-hijo y el comportamiento de los padres en relación con la aparición de problemas de comportamiento externalizantes por parte de los niños con asma leve y borderline. (Schuiringa, et al., 2015)

En el presente estudio, se comparó el comportamiento de los padres y la calidad de la relación padre-hijo en las familias de los niños con asma leve y borderline y, o bien problemas de comportamiento externalizantes o ningún tipo de problemas. Además, se analizaron las asociaciones entre la crianza de los hijos, la relación entre padres e hijos, y problemas de comportamiento externalizantes por parte de los niños.

El primer objetivo del estudio fue examinar las diferencias en la conducta de los padres, la relación padre-hijo, problemas de comportamiento externalizantes, y o ningún tipo de problemas de comportamiento. Teniendo en cuenta lo anterior, tanto el comportamiento de los padres y la relación padre-hijo se encontró que difieren de la familia de niños con problemas de comportamiento externalizantes, asma leve y borderline, frente a las familias de niños con asma leve, borderline y ningún tipo de problemas de conducta . Cuando los comportamientos de los padres y la relación padre-hijo se compararon entre estos grupos, los padres de niños con asma leve, borderline y problemas de comportamiento externalizantes informaron una menor participación, paternidad menos positiva, menos supervisión, castigo más físico, y disciplina más positiva, que los padres de los niños con asma leve, borderline y sin ningún problema de comportamiento externalizante (Schuiringa, et al., 2015 p.3-6).

Desde esta perspectiva, los resultados del presente estudio se extienden al conocimiento del comportamiento de los padres y la relación padre-hijo en relación con el comportamiento externalizante de la conducta de los niños con asma leve y borderline. El comportamiento de los padres y la relación padre-hijo en las familias de los niños con asma leve, borderline que acompañan a problemas de comportamiento externalizantes, difieren significativamente de la conducta de los padres y la relación padre-hijo en las familias de los niños con asma leve,

borderline y ningún tipo de problemas que acompañan. Por tal razón, los resultados presentados sostienen direcciones prometedoras en la crianza adecuada con el fin de prevenir o reducir los comportamientos externalizantes problemáticos de los infantes con asma leve y borderline (Schuiringa, et al., 2015 p.3-6).

Desde el entorno escolar también se encuentran investigaciones, una de ellas es asociaciones longitudinales entre problemas externalizantes y calidad de la relación estudiante-profesor para niños pequeños con Trastorno del Espectro Autista; las asociaciones entre la relación estudiante-profesor, problemas de calidad y de comportamientos externalizantes en la escuela fueron examinados. Problemas de comportamiento infantil parecen conducir a cambios en las relaciones de los niños con los maestros que les siguen a través de múltiples maestros y el contexto del aula. La asociación entre la calidad de la relación maestro-alumno temprano y problemas externalizantes posteriores no fue moderada por la capacidad cognitiva o estado de discapacidad intelectual. Los resultados sugieren que las intervenciones dirigidas a principios de los problemas de comportamiento disruptivo pueden mejorar indirectamente relaciones de la escuela de los niños a través del tiempo. En la muestra actual de los niños con TEA, problemas de relación maestro-alumno fueron elevados en comparación con los que ya se ha informado en los niños TD y sus profesores, con menos cercanía y más conflicto (Eisenhower, Blacher & Husrt 2015).

Además, los hallazgos sugieren que la asociación entre problemas de comportamiento externalizantes y calidad de la relación estudiante-profesor puede ser bidireccional con el tiempo, en consonancia con la investigación en otras poblaciones de alto riesgo. Se discuten las implicaciones de una relación bidireccional entre problemas de comportamiento externalizantes

y calidad de relación maestro-alumno, así como formas de intervenir en este ciclo, con el fin de mejorar la adaptación escolar de los niños pequeños con TEA. Esto sugiere que la calidad de relación maestro-alumno temprana, es un factor predictivo de calidad posterior maestro-alumno, para los niños en el espectro, aunque se necesita más investigación longitudinal para determinar hasta qué punto está calidad de relación genere principios de influencias en la calidad posterior maestro-alumno dentro de esta población. Al ver que, en ausencia de la intervención, los bajos índices de calidad de maestro-alumno es probable que persistan de un año a otro para niños pequeños con TEA, programas o intervenciones para mejorar la calidad de la relación y, a su vez, el ajuste y los resultados escolares de los niños - parecen ser necesario. Este hallazgo sugiere que el estudiante-profesor conflicto y la cercanía pueden funcionar con más claridad, y se determina de manera más independiente, para los niños con TEA. Dadas las diferencias entre estos dos constructos en la muestra actual, es quizás sorprendente que se relacionan con los resultados conductuales de manera diferente. Estudiante-maestro conflicto estaba más estrechamente asociada con problemas de comportamiento externalizantes de lo que era la cercanía del estudiante-profesor (Eisenhower, et al.,2015).

En la misma línea de investigación y teniendo en cuenta que el estudio expuesto para esta tesis se implementó en el Municipio de Chaparral, Tolima es necesario conocer algunos datos asociados en Colombia; de acuerdo a la revisión, según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) del 2005, en el país hubo aproximadamente 2,6 millones de personas con discapacidad, las cuales representaban el 6,4% de la población colombiana (3). De estos, el 9,1% tenían discapacidad motriz, el 14% discapacidad sensorial, el 34,8% discapacidad cognitiva, y el 19,8% discapacidad mental, es así como se evidencian estadísticos con el fin de

caracterizar y ubicar lo que se ha hallado como enlace y apoyo a los objetivos trazados se documenta una breve descripción de algunos estudios implementados con población con condición de discapacidad.

Pineda & Martínez (2008) evaluaron la correlación entre los indicadores de Déficit de Atención con Hiperactividad (ADHD), la conducta externalizante y el rendimiento académico en un grupo de 70 preadolescentes estudiantes de instituto técnico de Bogotá, los padres voluntariamente diligenciaron la lista de síntomas para el diagnóstico de ADHD de Pineda, et al. (1999), la escala de evaluación de la conducta perturbadora de Barkley (1997). Los resultados arrojaron prevalencia puntual de 15,7% para déficit atencional y 11,4% para Déficit de hiperactividad/ impulsividad. Los puntajes promedio del Trastorno Oposicional-desafiante y el Trastorno de conducta fueron bajos. En la prueba de Achenbach, los factores conducta esquizoide/ Ansiedad, quejas somáticas e inmadurez puntuaron con los mayores puntajes quejas somáticas e Inmadurez puntuaron con los mayores puntajes, llegando a nivel borderline del criterio de psicopatología y las subescalas de menor puntaje fueron los problemas de atención y conducta agresiva. Las prevalencias oscilaron desde 41,4% en Conducta esquizoide/ansiedad hasta 12,9% en Conducta delincual. El rendimiento académico correlacionó inversamente con los indicadores de ADHD, el trastorno oposicionista desafiante y los problemas de conducta. El modelamiento step wise forward de regresión múltiple seleccionó como predictores significativos del Rendimiento escolar a la Conducta delictiva, el Déficit atencional y la Conducta obsesivo-compulsiva, dando $R=0,52$ con $ES=10,5$. Así, con el modelamiento logístico ajustado se respalda la hipótesis relacional predictiva entre el ADHD, las alteraciones comportamentales y el bajo rendimiento académico

Por otro lado Carrizales (2012) realizó un estudio interpretativo de tipo cualitativo donde se analizan las historias de vida de 60 familias en cuatro departamentos de Colombia (Cundinamarca, Antioquia Boliva y Santander), el objetivo de este estudio fue evidenciar dinámicas de crianza de personas con discapacidad y plantear propuestas apoyo y fortalecimiento al núcleo familiar. Como resultado de la investigación se realizó la caracterización del proceso de crianza identificando pautas, creencias, prácticas y se planteó una estructura que visibiliza tres estilos parentales: participativo, autoritario y permisivo. Igualmente se identificó la relación estrecha entre creencias, visiones y concepciones sobre discapacidad con los patrones, pautas y prácticas de crianza, estos generalmente son reforzados por las representaciones sociales y culturales y por el compromiso a nivel comportamental, cognitivo y de salud de la discapacidad. La investigación implementada por Carrizales (2012) a porta a este estudio pues se evidencia que desde el marco de la cultura de las cuatro regiones colombianas (Cundinamarca, Antioquia Boliva y Santander), se van tomando concepciones frente a la discapacidad lo cual el autor indica como un factor que se relaciona estrechamente con los estilos de paternidad que implementan los padres en estas cuatro comunidades, siendo este hallazgo un pilar importante para la propuesta desarrollada en esta tesis aun cuando las variables que se plantean distan en el comportamiento internalizante y externalizante.

Justificación

Antiguamente las discapacidades se consideraban algo vergonzoso, un castigo divino, y debían esconderse. Hasta la primera mitad del siglo XIX, las personas con discapacidad eran cuidadas en casa. Los que tenían una afectación leve podían integrarse en la sociedad con más facilidad. En la segunda mitad del siglo se crearon instituciones públicas que buscaban educarles de manera que se adapten a la sociedad que les rodea. A partir de la década de 1960 comenzó un movimiento de normalización que se centraba en que cada persona con una discapacidad era un ser con unas necesidades específicas y con el derecho de vivir en un entorno más normal y menos restrictivo. Hasta el momento ese entorno se ha ido construyendo gracias a distintos profesionales (médicos, rehabilitadores, educadores, asistentes sociales, etc) Gómez (s.f)

Asociando los hallazgos en la literatura las discapacidades son una patología frecuente en todo el mundo, aun así sólo algunos de los países más desarrollados presentan estudios rigurosos y cuentan con programas fortalecidos de Salud Mental, Gómez (s.f) “Los Derechos de las Personas con discapacidad reconocen a la familia como la unidad natural de la sociedad y asigna al Estado la función de prestarle apoyo, el proceso de satisfacer los derechos de los niños y niñas con discapacidad se inicia con el apoyo a las familias y el establecimiento de un entorno familiar que favorezca una intervención temprana”. (Unicef ,2013, p.4)

El sistema educativo colombiano ha efectuado una apuesta para el logro de la inclusión educativa que abarca varias estrategias; ante todo, un énfasis en el aumento de la cobertura y una mayor eficiencia en el gasto. Los reportes oficiales para el año 2005 sitúan el promedio nacional para la educación básica en un 92% y para el 2010 se espera llegar al 100% (Hurtado & Agudelo, 2014, p.49). A partir del cambio Constitucional de 1991, se ha dado una transformación en las políticas, dado que el Estado colombiano, se constituyó en un Estado

Social de Derecho. Esto hizo que el estado empezara a intervenir en asuntos en los que anteriormente no tenía inferencia. Dichos asuntos incluyen por ejemplo, la calidad de la educación, las relaciones intrafamiliares, entre otros. (Hurtado & Agudelo, 2014, p.50)

Es así como poco a poco los niños y niñas con discapacidad han tomado importancia en la participación e interacción efectiva para mitigar los prejuicios, como lo demuestran las actividades en las que participan niños con y sin discapacidad. La integración social beneficia a todos, como por ejemplo, en la educación los niños y niñas con discapacidad pueden convertirse en los mejores maestros de la sociedad al reducir las inequidades y construir una sociedad inclusiva. Demostrándose en las investigaciones que los niños con discapacidad que reciben educación junto con sus pares y con apoyo de un estilo parental positivo tienen más posibilidades de llegar a ser miembros productivos de sus sociedades y desintegrarse en la vida de sus comunidades. (Unicef ,2013)

Dar cabida al tema de la discapacidad y reconocer las múltiples problemáticas asociadas al desarrollo de programas de salud mental, al interior de instituciones educativas ha sido un determinante que ha permitido diseñar para este estudio la siguiente pregunta de investigación

Qué relación existe entre los estilos educativos parentales y los comportamientos externalizantes e internalizantes en un grupo de niños en situación de discapacidad de una institución educativa pública del municipio de Chaparral Tolima?

Este interrogante surge de la revisión de otras investigaciones donde se observa que el foco de la mayoría de los estudios se ocupa de las conductas parentales, la dinámica familiar, el estrés que manejan las familias con niños con discapacidad pero las asociaciones no son específicas al estilo educativo parental y los comportamientos externalizantes e internalizantes.

Objetivos

Objetivo General

Identificar y analizar la relación entre los estilos educativos parentales y los comportamientos internalizantes y externalizantes en un grupo de niños en situación de discapacidad de una institución educativa pública del municipio de Chaparral, Tolima.

Objetivos Específicos

Identificar los estilos educativos parentales de los padres de un grupo de niños en situación de discapacidad de una institución Educativa pública del Municipio de Chaparral Tolima.

Identificar los comportamientos externalizantes en un grupo de niños en situación de discapacidad de una institución educativa pública del municipio de Chaparral, Tolima.

Identificar los comportamientos internalizantes en un grupo de niños en situación de discapacidad de una institución educativa pública del municipio de Chaparral, Tolima.

Establecer la relación entre el estilo educativo parental y los comportamientos externalizantes en un grupo de niños en situación de discapacidad de una institución educativa del municipio de Chaparral, Tolima.

Reconocer la relación de los comportamientos internalizantes con los estilos educativos parentales adoptados por los padres en un grupo de niños en situación de discapacidad que asisten a una institución educativa del municipio de Chaparral, Tolima.

Variables

Variables Predictoras

Discapacidad es un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal, las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales, por consiguiente, la discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive. Para el presente estudio se tendrán en cuenta los siguientes tipos de discapacidades. Generales y Específicas. Las discapacidades generales donde se encuentran la discapacidad intelectual, la multidiscapacidad y el trastorno del espectro autista; las discapacidades específicas donde se encuentra el trastorno del aprendizaje y la discapacidad auditiva. (Hurtado & Agudelo 2014)

En las discapacidades generales se definen dos para este estudio en primera instancia, la Discapacidad Intelectual (trastorno del desarrollo intelectual): es un trastorno que comienza durante el período de desarrollo y que incluye limitaciones del funcionamiento intelectual como también del comportamiento adaptativo en los dominios conceptual, social y práctico (APA 2015). De igual forma la discapacidad intelectual, es definida por la American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD) (2007) como una limitación significativa en el funcionamiento intelectual (razonamiento, aprendizaje y resolución de problemas) y en la

conducta adaptativa, que abarca una serie de habilidades sociales y prácticas con inicio antes de los 18 años.

El segundo tipo de discapacidad general es el Trastorno del Espectro Autista: Se define como deficiencias persistentes en la comunicación social y en la interacción social en diversos contextos, manifestado por lo siguiente: 1. Las deficiencias en la reciprocidad socioemocional. 2. Las deficiencias en las conductas comunicativas no verbales utilizadas en la interacción social. 3. Las deficiencias en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de las relaciones Siendo de esta forma un trastorno agrupado al interior de las discapacidades generales. (APA, 2013)

En lo que refiere a la discapacidad específica se definen dos, el Trastorno específico del aprendizaje: Dificultad en el aprendizaje y en la utilización de las aptitudes académicas, evidenciado por la presencia de al menos uno de los siguientes síntomas que han persistido por lo menos durante 6 meses, a pesar de intervenciones dirigidas a estas dificultades: Lectura de palabras imprecisa o lenta y con esfuerzo. 2. Dificultad para comprender el significado de lo que lee. Dificultades ortográficas. 4. Dificultades con la expresión escrita. 5. Dificultades para dominar el sentido numérico, los datos numéricos o el cálculo. 6. Dificultades con el razonamiento matemático (APA, 2013).

Igualmente en el grupo de discapacidad específica se encuentra la Discapacidad auditiva: es la carencia, deficiencia o disminución de la capacidad auditiva, a las personas que perciben sonidos en grado variable y que en algunas ocasiones pueden utilizar aparatos auditivos, se les

denomina personas hipoacúsicas y a las que no perciben absolutamente ningún sonido se les llama personas sordas totales. (Hurtado & Agudelo 2014 p.47)

Variables de Criterio

Estilos parentales: El grado en el que los padres demuestran un estilo democrático, permisivo o autoritario. En el que a su vez, se tienen en cuenta prácticas educativas específicas relacionadas como un uso adecuado de las correcciones, reacciones parentales ante las desobediencias de los hijos y estrategias para promover comportamientos positivos o el grado de consistencia (Gómez, et al., 2013).

Estilo parental democrático: concibe atención e interés hacia las preguntas e inquietudes de los hijos con una combinación de afecto y apoyo sin perder el control y la comunicación, lo cual probablemente incide en la autonomía e independencia que forman los niños. El estilo educativo democrático no invade ni restringe la intimidad del niño, sus prácticas disciplinarias se orientan más hacia la inducción que hacia el castigo. La comunicación es efectiva y bidireccional, sin órdenes ni gritos. Muestran pocas conductas problemáticas (adicciones, violencia...), bajos niveles de estrés y un clima familiar estable (Raya, 2008).

Estilo parental es el autoritario: Los padres que usan este estilo de crianza imponen roles y comportamientos en sus hijos, su autoridad como padres es incuestionable (Gómez et al., 2013). Así mismo, combinan altos niveles de exigencia y control con escasa sensibilidad o responsividad. No consideran las peticiones de sus hijos ni responden a sus demandas, son distantes, poco afectuosos y manifiestan conductas de coerción, desarrollando una comunicación

unidireccional, son más restrictivos, convencionales y prestan escaso apoyo emocional a sus hijos (Raya, 2008).

El estilo permisivo: este modelo de crianza se caracteriza por la comunicación abierta evitando el uso de la autoridad e imposición de restricciones y castigos, tolerando los impulsos de los hijos. La permisividad y comportamientos pasivos, no directivos, poco asertivos y la no distribución de tareas en el hogar son determinantes de los padres hacia los hijos en el estilo educativo permisivo. Torio et al. (2008)

El estilo negligente :implica la Falta de estructuración, control y apoyo de las conductas del niño, derivando sus responsabilidades paternas hacia otras figuras como la escuela u otros familiares, presentan problemas de conducta, proporcionan un ambiente familiar desorganizado, y son altamente vulnerables a la ruptura familiar (Raya, 2008)

Comportamiento internalizante: involucra la vivencia de tensión psicológica en el propio sujeto, síntomas de angustia, depresión y estados alterados de ánimo, y agruparía los síndromes depresión/ retraimiento, quejas somáticas y depresión/ansiedad (Maestre et al.,2004).

En esta escala se tienen cuenta los siguientes rangos e nivel clínico esta desde 27 a 64, para riesgo dentro de un rango de 20 a 26 y para el rango normal de 0 a 19. En esta investigación se acogieron las tres subescalas que contempla la prueba.

La subescala ansioso depresivo: integra comportamientos como llorar mucho, temor a ir a la escuela, sentirse poco amado, sin valor, nervioso, temeroso, culpable, cohibido, hablar de suicidio y preocupado. Los rangos para el nivel normal se encuentran des 0 a 8. En el nivel de riesgo de 9 a 12 y para el rango clínico de 13 a 26. (Maestre et al.,2004).

Subescala retraído depresivo: Está constituida por comportamientos como negarse a estar solos, sentir que gozan con muy poco, tiende a ser reservados, tímidos, tristes, retraídos, carecen de energía, sienten miedo al ir a la escuela y presentan problemas en la alimentación. El rango normal se encuentra desde 0 a 5 el rango de riesgo está entre 6 a 7 y el nivel clínico oscila desde 8 a 16 (Maestre et al., 2004).

Subescala quejas somáticas: Se caracteriza por presencia de síntomas a nivel físico como estreñimiento, mareo, dolor de cabeza, dolor de estómago, vomito, problemas en los ojos y en la piel y pesadillas. El rango de normalidad se encuentra entre 0 a 6, el riesgo está de 7 a 9 y el rango clínico oscila desde 10 a 22 (Maestre et al., 2004)

Comportamiento externalizante: Está relacionada con síntomas de agresividad, déficit de atención, hiperactividad, conducta desorganizada, y agruparía los síndromes de conducta delictiva y conducta agresiva. (Maestre, et al., 2004). En esta escala se tuvieron en cuenta los siguientes rangos el nivel clínico oscila entre 33 a 70, el rasgo de riesgo se encuentra entre 23 a 32 y el nivel normal entre 0 a 22.

Cuestionario de comportamientos Infantiles CBCL: se eligieron para evaluar dos subescalas que hacen parte de la escala externalizante; la primera hace referencia a rupturas de reglas la cual se caracteriza por consumo de alcohol, pares negativos, inasistencia a la escuela sin motivación, hurto en casa y fuera de ella, pensamiento en temas sexuales, uso de lenguaje obsceno, miente entre otros. Se tienen establecidos los siguientes criterios para el rango normal de 0 a 7, en riesgo de 8 a 9 y en rango clínico de 10 a 34 (Maestre, et al., 2004).

La segunda subescala corresponde a comportamiento agresivo la cual integra los siguientes comportamientos discute mucho, es agresivo y cruel con otros, le gusta llamar la

atención, rompe sus propias cosas y la de los demás, tiende a desobedecer en casa y en la escuela, grita, se muestra malhumorado, es ruidoso, amenaza y agrede a otros, es desconfiado, entre otros. El rango de normalidad se encuentra desde 0 a 15, el nivel de riesgo va desde 16 a 19 y el nivel clínico oscila entre 20 a 36 (Maestre, et al., 2004).

Método

Tipo de investigación

Este estudio se fundamentó metodológicamente en un tipo de investigación descriptiva con un método correlacional. Según Hernández, Fernández, y Baptista (2008), el estudio descriptivo pretende medir, evaluar y recolectar datos o información sobre diversos conceptos (variables) aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar para así describir lo que investiga. La utilidad y el propósito de los estudios correlacionales son saber cómo se puede comparar un concepto o variable conociendo el comportamiento de otras variables relacionadas, es así como los estudios que usan este tipo de método desean conocer, si están o no relacionadas con el mismo sujeto y así analizar la correlación. (Hernández, Fernández, & Baptista 2008).

Por ende se adoptó este tipo de investigación compilando la información de los instrumentos aplicados por los padres de familia sin manipular la información con el fin de identificar y analizar las variables de estudio de manera veraz.

Participantes

Para efectos del estudio se seleccionaron 20 padres de familia ubicados en el área urbana y quienes sus hijos asisten a la institución Educativa del Municipio de Chaparral. Los participantes son 19 mujeres y un hombre, en lo que respecta a su nivel socioeconómico 10 de

ellos pertenecen a estrato uno, 9 familias al estrato socioeconómico 2 y una familia al estrato socioeconómico 3.

El nivel escolar de los padres participantes se visualizó así; 1 padre de familia sin escolaridad, 4 padres de familia con primaria incompleta, 5 padres de familia con básica primaria, 1 con básica secundaria, 6 bachilleres y 3 con carrera técnica. Los diagnósticos de discapacidad de la población participante están concentrados en dos grupos; discapacidad general y discapacidades específicas. Con discapacidad intelectual y el trastorno del espectro autista están diagnosticados 7 niños, de igual forma se hallaron 7 niños con multidiscapacidad correspondiendo a la clasificación de discapacidad general. Con respecto a las discapacidades específicas donde se encuentra el trastorno del aprendizaje y del lenguaje encontrándose 4 niños y la discapacidad auditiva 2 niños.

Igualmente es pertinente mencionar que dentro de la muestra de participantes se encontraron algunos de ellos con diagnósticos dados por diferentes especialistas tales como: pediatras, fonoaudiólogos, neuropediatras, genetistas y psicólogos clínicos. Es relevante indicar que no se tomó como criterio la selección de la edad teniendo en cuenta que la muestra es limitada.

Instrumentos

Para esta investigación se aplicaron el Cuestionario de Estilos Educativos Parentales reducido y con validación piloto y la prueba CBCL. (Apéndice A). El cuestionario de Estilos Educativos Parentales (reducido y con validación piloto) (CEEP): Validada en Colombia Gómez et al(2013) Señala El cuestionario mostró adecuadas propiedades psicométricas dando cuenta del objetivo de la investigación, a nivel de validez de contenido y del constructo como de fiabilidad.

El cuestionario (CEEP) fue elaborado en efecto en 5 escalas: 1) Relaciones y dinámicas familiares; 2) Competencias emocionales; 3) Rol parental; 4) Estilos educativos; y 5) Prácticas educativas parentales. El cuestionario piloto inicial cuenta con 109 ítems con un formato de respuesta Likert (rara vez, en ocasiones, con frecuencia, y la mayoría de las veces), así como otras preguntas relativas a datos sociodemográficos de los participantes (Gómez et. al., 2013).

Dinámicas y relaciones familiares: escala que evalúa rasgos generales del funcionamiento familiar como la comunicación, la cohesión familiar, el ocio o momentos de disfrute compartidos por los miembros de la familia y el grado de conflicto familiar. Rol parental: escala que evalúa aspectos fundamentales del progenitor que completa la prueba como son su satisfacción con el rol parental, el nivel de sobrecarga con el rol parental y la colaboración con el colegio.

Competencias emocionales: escala en la que consideran las habilidades parentales para el reconocimiento de las emociones de sus hijos, la adecuada expresión emocional, el manejo de las emociones y la impulsividad parental en la educación de los hijos (Gómez et al., 2013).

Estilos educativos: en la que se evalúa el grado en que los padres muestran un estilo democrático, permisivo o autoritario. Prácticas parentales: en esta escala se evalúan prácticas educativas específicas relacionadas como un uso adecuado de las correcciones, reacciones parentales ante las desobediencias de los hijos, estrategias para promover comportamientos positivos o el grado de consistencia (Gómez et al., 2013).

La lista de chequeo del comportamiento infantil (Apéndice D) versión para padres (*CBCL*). Se van a utilizar los baremos adaptados para Colombia por Hewitt et al. (2013). El cual alcanzo el grado de confiabilidad y validez en el país en los diferentes contextos socio-culturales, donde se pueden diferenciar entre niños normales y con patología clínica. Se podrá Registrar de forma

estandarizada la descripción que los padres hacen de la conducta del niño, para edades de aplicación entre 4 a 16 años.

La primera parte de la prueba corresponde a las habilidades sociales está formada por tres escalas. Escala de actividades, escala escolar y escala social. La segunda parte problemas de conducta, está formada por 113 ítems con tres alternativas de respuesta de 0 a 2 puntos, una puntuación alta significa un alto grado de problemas de conducta (Polaino1988).

Procedimiento

El desarrollo de la presente investigación se realizó en las siguientes fases:

Fase I. Sensibilización y socialización del proyecto: se socializó el proyecto de investigación inicialmente con las directivas de la institución educativa del municipio de Chaparral donde asisten niños y niñas con y sin condición de discapacidad, donde se promovió el interés y la viabilidad para hacer partícipe la población haciendo énfasis en los principios éticos de respeto, bienestar, dignidad y derechos hacia los participantes, igualmente tras la implementación del proyecto de investigación se asume el compromiso de informar a padres de familia y directivos de la institución educativa los hallazgos que arrojen la aplicación de los instrumentos, así como recomendaciones para el manejo de las variables prevalentes en los niños y niñas en situación de discapacidad.

Fase II. Elección de la muestra: de acuerdo al consentimiento de docentes y directivos de la Institución Educativa y con el respectivo apoyo de los mismos se realizó la revisión de fichas de matrícula de los estudiantes de los cuales se seleccionaron niños y niñas que cumplieran con los criterios correspondientes al objeto de estudio.

Posteriormente se convocó por vía telefónica y por comunicación personalizada a los padres de familia de la población seleccionada, los cuales acudieron a la convocatoria de manera efectiva, en dicha reunión se indicó a los padres de familia el propósito, los objetivos y el procedimiento que se llevaría a cabo si aceptaban ser participantes del proyecto de investigación, igualmente se garantizó a los padres de familia la integridad de los participantes, de acuerdo a los lineamientos de secreto profesional y confidencialidad de la información de los resultados arrojados tras la implementación de los instrumentos.

Se identificó el tipo de riesgo o daño al que estarían expuestos los participantes encontrándose que el riesgo es mínimo toda vez se registrara o se obtuviese la información utilizando una metodología común como lo son los cuestionarios. (Ministerio de Salud, 1993).

Fase III. Aplicación de Instrumentos: inicialmente se reiteró a los padres de familia que asistieron el propósito y el beneficio de la investigación, simultáneamente se hizo entrega del paquete de instrumentos de los cuales constaban: El consentimiento informado (Apéndice B), la Ficha Sociodemográfica, La prueba CBCL y CEEP (Apéndice A y D); posteriormente se efectuó la lectura de cada instrumento brindando las orientaciones de aplicación correspondientes.

El consentimiento informado (Apéndice B): De acuerdo a su fundamentación ético-moral y axiológica, su propósito es sentar las bases de unos principios que orienten la relación de los psicólogos en su ejercicio profesional con los diferentes usuarios de sus servicios. Sin entrar a hacer juicios en torno de las prácticas (Hernández & Sánchez, 2015)

Prueba CBCL (Apéndice A) cuestionario de estilos educativos parentales (reducido y con validación piloto). Estilos Educativas Parentales (CEEP) Validada en Colombia (Gómez et al., 2013). El cuestionario piloto inicial cuenta con 109 ítems con un formato de respuesta Likert

(rara vez, en ocasiones, con frecuencia, y la mayoría de las veces), así como otras preguntas relativas a datos sociodemográficos de los participantes (Gómez et al., 2013).

La lista de chequeo del comportamiento infantil (Apéndice D) versión para padres (CBCL). Donde se van a implementar los baremos adaptados para Colombia por Hewitt et al. (2013). La aplicación de este instrumento es estandarizada de acuerdo a la descripción que los padres hacen de la conducta del niño, se recomienda usar en niños en edades de 4 a 16 años; consta de dos apartados en primera instancia permite medir las habilidades sociales y se conforma por tres escalas: escala de actividades, escala escolar y escala social. En la segunda parte la prueba (CBCL) se puede reconocer los problemas de conducta, consta de 113 items con tres alternativas de respuesta de 0 a 2 puntos, una puntuación alta significa un alto grado de problemas de conducta (Polaino1988).

Como parte del proceso responsable de los investigadores directos del proyecto diseñaron estrategias como visita domiciliaria y citas individualizadas con los padres de familia que no pudieron participar en la sesión convocada dicha acción permitió completar la aplicación de la muestra total y así culminar la III Fase del proyecto de manera exitosa.

Fase IV. Análisis de Resultados y Discusión: la sistematización y análisis se efectuó simultáneamente se concretó el contenido de la muestra, para la obtención eficaz se hizo uso del programa estadístico SPSS versión 22; Igualmente se ejecutó un análisis de frecuencia, posteriormente se realizó el análisis correlacional mediante el estadístico Spearman. Para culminar se generó un análisis de los resultados obtenidos donde se contrastó con el soporte teórico empírico.

Consideraciones éticas

En efecto la importancia que gana un profesional depende de su actuación y de los aportes que brinde desde su quehacer acatando las normas éticas y legales en lo que refiere al consentimiento informado (Hernández & Sánchez, 2015). El consentimiento informado: De acuerdo a su fundamentación ético-moral y axiológica, su propósito es sentar las bases de unos principios que orienten la relación de los psicólogos en su ejercicio profesional con los diferentes usuarios de sus servicios. Sin entrar a hacer juicios en torno de las prácticas. (Hernández & Sánchez, 2015).

En correspondencia a los lineamientos del Colegio Colombiano de Psicólogos (2015) este estudio de investigación presentó las consideraciones éticas basado en los principios de respeto, bienestar, dignidad y derechos del grupo de participantes entorno a las diversas fases de aplicación creando condiciones de bienestar y de inclusión al mismo con convicción y conocimiento de los objetivos y procedimientos del estudio de manera previa; así como se adquirió el compromiso de brindar información a padres de familia y directivos de la institución sobre los hallazgos, conclusiones y pautas en el manejo de los niños, niñas en situación de discapacidad tras la sistematización de los instrumentos aplicados con objetividad frente a cada caso.

Conforme al capítulo VII de la ley 1090 (Congreso de la república de Colombia, 2006) el equipo de investigación seleccionó de manera cuidadosa la metodología aplicada, empleando cuestionarios validados en Colombia dando confiabilidad y validez al estudio

Resultados

En el presente apartado se muestran los resultados obtenidos de los estadísticos descriptivos y de las correlaciones realizadas entre la prueba CBCL y el cuestionario CEEP, sobre los comportamientos externalizantes e internalizantes en niños con discapacidades generales y específicas de una escuela en el municipio de chaparral, Tolima.

A continuación se presentarán el análisis descriptivo que da respuesta al objetivo de investigación relacionado con Identificar los estilos educativos parentales de los padres de un grupo de niños en situación de discapacidad, según las cinco escalas descritas. Describiendo el comportamiento de las mismas y las puntuaciones obtenidas.

Las figuras que se presentarán a continuación representan una distribución dada en centiles, lo que indica a los porcentajes de preferencia en cada escala.

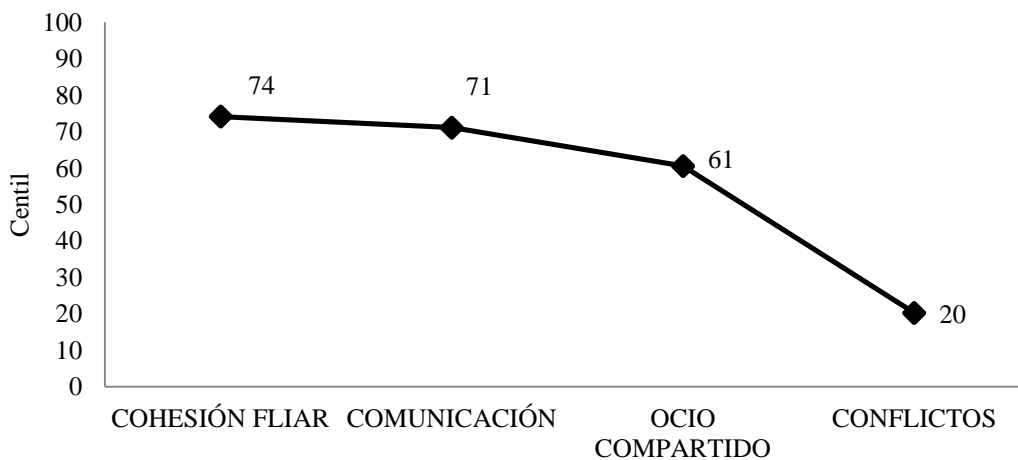


Figura 1: Dinámicas familiares

En relación a los estilos educativos parentales, en la dinámica familiar, representados en la figura 1, la cohesión familiar es la puntuación más alta en comparación a las otras, situando a los conflictos con la puntuación más baja en esta categoría.

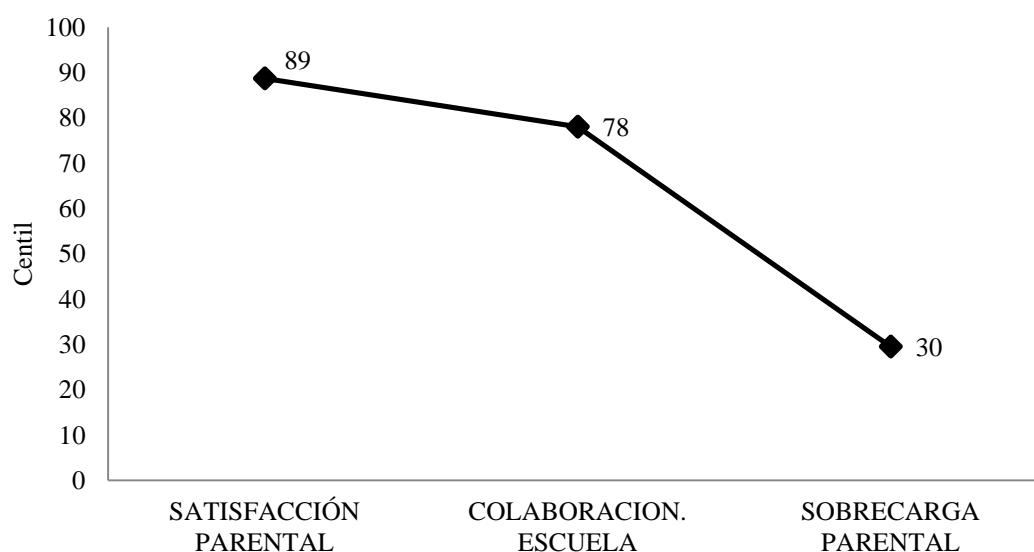


Figura 2: Rol parental

En relación a los estilos educativos parentales, en el rol parental, representados en la figura 2, la satisfacción parental evidencia una puntuación más alta, en comparación a las otras, dejando la sobrecarga parental como la categoría con puntuación más baja.

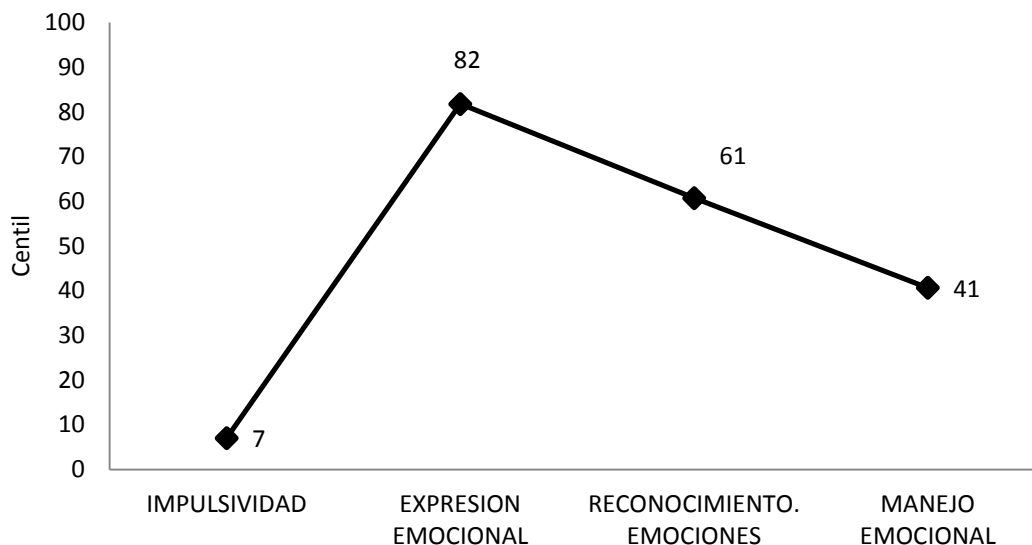


Figura 3: Competencias emocionales

En relación a los estilos educativos parentales, en las competencias emocionales, representados en la figura 3, la expresión emocional se presenta como la puntuación más alta y la impulsividad como más baja en esta categoría.

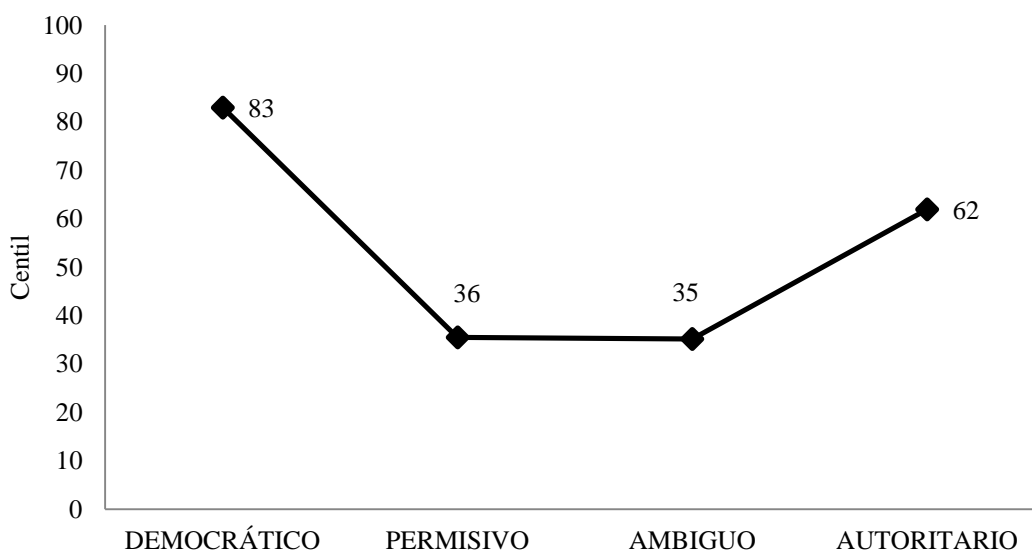


Figura 4: Estilos educativos

En relación a los estilos parentales, en cuanto a los estilos educativos, representados en la figura 4, el rol democrático, es el que prima respecto a las otras categorías, dejando al rol permisivo y ambiguo como los roles con más bajas puntuaciones.

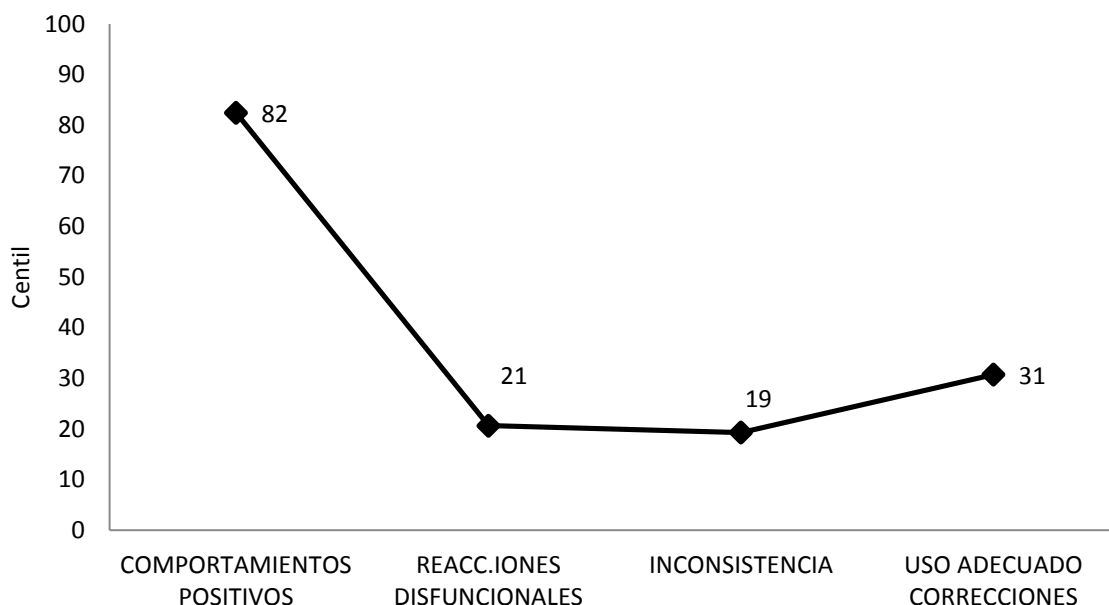


Figura 5: Prácticas parentales

En relación a las prácticas parentales, representada en la figura 5, se denota que los comportamientos positivos presentan una puntuación más alta en relación a las otras categorías, dejando a la inconsistencia con la puntuación más baja.

De otra parte se encuentran las interpretaciones realizadas por la distribución porcentual de las escalas CBCL según tipos de discapacidad en la tabla 1.

En la escala ansioso depresivo el 70% de niños con discapacidad general evidencian llanto constante, y temor en la escuela, así como nerviosismo y sentimientos de culpabilidad, con

un menor porcentaje se presentan los niños con discapacidad específica con 30% en la sintomatología presentada en la escala ansioso depresivo.

En lo que respecta a la escala aislado depresivo, en los niños con discapacidad general se evidencia el 7.1% con comportamientos de retraimiento, tristeza constante, temor y timidez y en los niños con discapacidad específica en el 100% de ellos no se evidencian problemas de aislamiento ni depresión.

Continuando con la revisión de resultados arrojados se aprecia en la escala quejas somáticas, el 7.1% de los niños con discapacidad general evidencian un riesgo de presentar sintomatologías, tales como dolores de cabeza, problemas en los ojos y dolores de estómago; mientras que el 100% de los niños que presentan discapacidad específica, no evidencian quejas somáticas.

Por otro lado la escala de problemas internalizantes, según lo reportado por los padres, el 14,3% de los niños con discapacidad general evidencian síntomas de angustia, ansiedad y estados de ánimo alterados; mientras que el 83,3% de los niños que presentan discapacidad específica, no evidencian ninguna clase de problemas internalizantes.

Así mismo, en la escala ruptura de reglas se identifica que el 7,1% de los niños con discapacidad general, constantemente dicen mentiras, preferirían no tener que ir a al colegio y toman en múltiples oportunidades objetos del hogar, sin permiso de los padres; mientras que el 100% de los niños que presentan discapacidad específica, no evidencian ningún tipo de ruptura de reglas.

En la escala conducta agresiva, según los reportes de los padres, el 7,1% de los niños con discapacidad general, evidencian desobediencias en casa y en el colegio, discusiones constantes,

episodios de irritabilidad y rabietas; mientras que el 100% de los niños que presentan discapacidad específica, no evidencian ningún tipo de conducta agresiva.

Por último se encuentra la escala problemáticas externalizantes, donde el 7,1% de los niños con discapacidad general, presentan déficit de atención en el área escolar, conducta desorganizada y comportamientos agresivos dentro y fuera del hogar acompañados de constantes cambios de humor; mientras que el 100% de los niños que presentan discapacidad específica, no exhiben ningún tipo de problemática externalizante.

Tabla 1.
Distribución porcentual de las escalas de CBCL según tipos de discapacidad.

Escala	Tipo de Discapacidad	Rango	Frecuencia	Porcentaje
Ansioso Depresivo	General	Normal	14	70
	Específica	Normal	16	30
	General	Normal	12	85.7
		Riesgo	1	7.1
		Clínico	1	7.1
Total		14	100	
Aislado Depresivo	Específica	Normal	6	100
	General	Normal	13	92.9
		Riesgo	1	7,1
		Total	14	100
Quejas Somáticas	Específica	Normal	6	100
	General	Normal	11	78.6
		Riesgo	1	7.1
		Clínico	2	14.3
		Total	14	100
Problemas Internalizantes	Específica	Normal	5	83.3
	Riesgo	1	16.7	
	Total	6	100	
Ruptura de Reglas	General	Normal	13	92.9
		Clínico	1	7.1

		Total	14	100
	Específica	Normal	6	100
	General	Normal	12	85.7
		Riesgo	1	7.1
		Clínico	1	7.1
		Total	14	100
Conducta Agresiva	Específica	Normal	6	100
	General	Normal	12	85.7
		Riesgo	1	7.1
		Clínico	14	7.1
		Total	14	100
Problemas Externalizantes	Específica	Normal	6	100

A continuación se presenta el análisis correlacional de las dos escalas según el tipo de discapacidad a partir de lo que se aprecia en la tabla 2:

La aplicación del instrumento arroja una correlación positiva con nivel de significancia de .01 entre el conflicto familiar y los problemas externalizantes en los niños con discapacidad general, dicho porcentaje indica que la relación con problemas psicológicos en la infancia medidos a través de la CBCL; fundamentalmente destaca las relaciones encontradas con problemas externalizantes y factores como reconocimiento de las emociones, impulsividad parental, permisividad, reacciones ante las desobediencias o inconsistencia.

De igual forma, se encontró una correlación positiva con un nivel de significancia de .05 entre la impulsividad de los padres y los problemas externalizantes en niños con discapacidad general. Esta correlación indica que el control que manejan los padres hacia las desobediencias de los hijos es poco, lo cual genera factores tensionantes como enfado y exaltación en los padres, lo cual se relaciona directamente con los comportamientos reiterativos que exponen los niños de irritabilidad, con conducta desafiante hacia los adultos y aumento de déficit de atención.

Se halló una correlación positiva con un nivel de significancia de .05 entre la impulsividad de los padres y los problemas externalizantes en niños con discapacidad específica, este resultado permite inferir que probablemente en la familia de los niños participantes, se evidencian dificultades en la comunicación padres e hijos teniendo en cuenta que dicha comunicación en niños con discapacidades son tan complejas, y en la disminución en la audición se presentan mayores problemáticas como la frustración de ambas partes donde se presentan con facilidad alteraciones en el comportamiento por parte del niño y dificultades en la actitud conciliadora.

Como último dato en la tabla 2, se identifica una correlación negativa con un nivel de significancia de .05 entre promover comportamientos positivos de los padres hacia los hijos y las conductas internalizantes en niños con discapacidad general. La correlación indica que los padres están validando comportamientos positivos en sus hijos que favorecen la independencia, lo cual contribuye a que los niños presenten menores problemas internalizantes y tiendan a exponer comportamientos adaptativos.

Tabla 2.

Correlaciones entre las escalas CEEP y CBCL según tipo de discapacidad

Escalas	Problemas internalizantes		Problemas externalizantes		
	Discapacidad General	Discapacidad Específica	Discapacidad General	Discapacidad Específica	
Conflictos	Rho	-	-	.727**	-
	Sig.			.003	

Impulsividad				
Rho	-	-	.546*	.824*
Sig.	-	-	.043	.044
Promoc. Comportam. Positivos				
Rho	-.604*	-	-	-
Sig.	.022	-	-	-
N	14	6	14	6

** . La correlación es muy significativa al nivel .01 (bilateral).

*. La correlación es significativa al nivel .05 (bilateral).

Discusión

En el Municipio de Chaparral las instituciones y/o fundaciones que atienden niños, niñas y adolescentes en condición de discapacidad son escasas, de ahí parte este estudio con el fin de identificar y analizar la relación entre los estilos educativos parentales y los comportamientos internalizantes y externalizantes en un grupo de 20 niños en situación de discapacidad.

De esta forma, se despliega un paralelo donde se contrastan los resultados obtenidos de esta tesis y los soportes de investigación de otros estudios para ampliar y generar comprensión de los logros y/o alcances, limitaciones y sugerencias que se efectúan a partir de los hallazgos.

Para dar respuesta al primer objetivo general propuesto en esta investigación el cual corresponde a identificar los estilos educativos parentales de los padres en un grupo de niños en situación de discapacidad se tienen dos aspectos importantes. El análisis descriptivo arroja resultados con mayor prevalencia el estilo educativo democrático, situación que llama la atención

en la correlación entre los dos instrumentos donde se evidencia que cuando hay presencia de conductas relacionadas con conflicto y expresiones agresivas tanto por los padres o por el núcleo familia, está estrechamente relacionados con los comportamientos externalizantes la cual prevalecieron en los niños con discapacidad generalizada.

En segunda mediada se observa en la sub escala que corresponde al rol parental una puntuación más alta en satisfacción parental en un centil de 89 y la sobre carga parental en un centil de 30; situación que causa interés respecto a la condición de discapacidad que presentan los niños y lo vivenciado por las familias; de acuerdo a lo observado se puede decir que este nivel de satisfacción parental puede obedecer a intervención y atención psicosocial que hayan tenido las familia, al apoyo recibido por parte de una fundación privada que trabaja con población en situación de discapacidad en jornada contraria a la escolar o que los padres debido a las falencias socioeconómica no se encargan de tiempo completo de la crianza, cuidado, atención y protección de sus hijos, sino que puede ser delegada a otros miembros de la familia.

De otra parte; para continuar dando respuesta a los objetivos generales el cual corresponde a identificar los comportamientos internalizantes en un grupo de niños en situación de discapacidad. En la sub escala aislado depresivo se halló un indicar clínico del 7.1% de los niños con discapacidad general evidencian comportamientos de retraimiento, tristeza constante, temor y timidez; En la sub escala quejas somáticas, el 7.1% de los niños con discapacidad general se encuentran en un indicar de riesgo donde pueden llegar a presentan sintomatologías como dolores de cabeza, problemas en los ojos y dolores de estómago, que no pertenecen a cuadros clínicos; lo que corresponde al planteamiento de Maestre (2004), donde menciona que la dimensión internalizante implica la vivencia de tensión psicológica en el propio sujeto, síntomas

de angustia, depresión y estados alterados de ánimo, y agruparía los síndromes depresión/retraimiento, quejas somáticas y depresión/ansiedad aunque, en el estudio solo se evidencia en una parte mínima de la población evaluada específicamente en la discapacidad general, sin encontrar indicadores de presencia clínica o de riesgo en la discapacidad específica.

El resultado mencionado anteriormente se relaciona con la afirmación de Caraveo, Colmenares y Martínez. (2002). En muchas ocasiones aunque no se padezca de una enfermedad propiamente dicha si se pueden presentar dificultades de tipo físico, aunque algunas características psicológicas no sean patológicas bien es sabido que se pueden presentar situaciones en las que no se dé solución adecuada a ciertos problemas. En este sentido se puede hablar de síntomas de externalización, como la hiperactividad, la impulsividad y otros síntomas de conducta desorganizada; y de internalización relacionados con la angustia y los estados alterados del ánimo.

En la escala de problemas internalizantes, de manera global y teniendo en cuenta lo reportado por los padres, el 14,3% de los niños con discapacidad general evidencian síntomas de angustia, ansiedad y estados de ánimo alterados. Cairney et al. (2013) mencionan que los problemas de internalización, son síntomas de la depresión y la ansiedad, la presencia de lo que puede ser un trastorno independiente. En otras palabras, un niño puede experimentar síntomas como tristeza, pánico sin cumplir criterios diagnósticos de depresión o trastorno de ansiedad generalizada. Es importante tener en cuenta que incluso en la ausencia de trastornos, estos síntomas pueden ser relevantes, y ejercer un impacto negativo sobre el funcionamiento y la calidad de vida del niño.

Para dar cuenta al objetivo general donde se pretende identificar los comportamientos externalizantes en un grupo de niños en situación de discapacidad; de acuerdo al 14.3% indica que los problemas externalizantes en niños con discapacidad generalizada los cuales presentan estados de ánimo alterados, irritabilidad, rabietas se infiere que existe estrecha relación con los estilos educativos que implementan los padres, quizás la forma educativa que es usada tiende a una disciplina no rigurosa en las normas (estilo de paternidad permisivo), adherido a ello se encuentran factores asociados como la economía, el nivel de escolaridad y el tiempo de los padres, así como las condiciones de habitabilidad y de vida, de tal forma que en los núcleos familiares de los niños se vivencian factores estresores que se relacionan con las alteraciones anímicas conformando parte de los problemas externalizantes de los niños y las niñas.

En la sub escala que da cuenta de la ruptura de reglas se evidenció un indicar en la distribución porcentual que corresponde al 7,1% en niños con discapacidad general con frecuencia dicen mentiras, evaden las responsabilidades del colegio y toman objetos del hogar, este hallazgo se contrasta con lo manifestado por Huertas, (2008) en el contexto educativo se manifiestan una serie de comportamientos externalizados los cuales son percibidos por padres, docentes y pares. En contraste con lo observado en el ambiente educativo se perciben conductas disruptivas en algunos niños con discapacidad y sin discapacidad, situación que genera problemáticas en el adecuado manejo por parte de los docentes, en el ambiente, las relaciones interpersonales y hasta podría afectar el proceso de aprendizaje. Sin embargo, en las respuestas dada por algunos padres de familia no se evidencia el reconocimiento de estos problemas de comportamiento exhibido por sus hijos. Por tanto, se considera importante abordar esta

problemática y dar a conocer los factores psicosociales que se asocian a este tipo de manifestaciones conductuales.

Manjarrez, (2012) indica la visión de infancia en la crianza de personas con discapacidad, está relacionada no a la edad sino a la capacidad y posibilidad de tomar decisiones por sí mismo, así como el logro de niveles de independencia y autonomía. Cova, Maganto, Melipillán (2005) ha mostrado mayor evidencia respecto del impacto de procesos familiares disfuncionales en el desarrollo de trastornos "externalizados" que "internalizados", los trastornos externalizados han sido más investigados; concentrándose más en hombres que en mujeres, los que aparentemente tienen mayor vulnerabilidad al desarrollo de trastornos externalizados.

Para dar cuenta a los dos últimos objetivos que pretenden establecer la relación entre el estilo educativo parental y los comportamientos externalizantes e internalizantes en un grupo de niños en situación de discapacidad frente a ello se tiene que la *distribución porcentual de las escalas CEEP y CBCL* arrojó correlación positiva con un nivel de significancia de .01 entre el conflicto familiar y los problemas externalizantes en niños con discapacidad general, al respecto Torres, Reyes, Ortega & Garrido (2015) señalan cada familia define su estilo de vida y dinámica en relación con sus integrantes siendo así, la familia la unidad donde los niños crecen y se desarrollan evidenciándose un proceso dinámico, evolutivo, con normas de disciplina, estilos, escalas de valores y actitudes hacia otras familias. Cuando en el ambiente familiar se propicia la comunicación, el afecto, la motivación, la autonomía, el manejo apropiado de la autoridad y la integración social y se valora el estudio, los niños manifiestan una mejor integración familiar, escolar y social. Por el contrario, “un ambiente de disputas, reclamos, recriminaciones y

devaluación del estudio limitará el espacio, tiempo y calidad de las actividades compartidas en familia, afectando asimismo la actividad escolar” (Torres et al., 2015, p.50).

Igualmente se contempla en el estudio Raya, Pino y Herruzo (2009), la relación entre la agresividad en 338 niños entre 3 y 14 años, con apoyo de los padres se aplicó el (Sistema de Evaluación de la Conducta de Niños y Adolescentes) y el estilo de crianza según el PCRI (Cuestionario de Crianza Parental) estos dos instrumentos miden las siguientes variables apoyo, satisfacción con la crianza, compromiso, comunicación, disciplina, autonomía y distribución de rol, los resultados arrojados indicaron que existe una relación significativa entre la agresividad en los niños y la mayoría de los factores del estilo de crianza parental. Finalmente se discute la importancia de las estrategias de intervención en el ámbito familiar basadas en el estilo disciplinario lo cual refirió “la disciplina como una de las principales características con que se identifica al modelo permisivo y a su vez, este factor es señalado como un predictor de la conducta agresiva, coincidiendo con otros autores quienes señalaron el modelo autoritario como predictor de una baja puntuación en agresión”. (Raya et al., 2009). Este estudio coincide con los hallazgos de la presente investigación pues el estilo disciplinario que retoman los padres en el ámbito familiar es un factor determinante para las conductas que los niños exponen como la conducta agresiva.

Otro resultado identificado en esta investigación es la correlación positiva con nivel de significancia de .05 entre la impulsividad y los problemas externalizantes, entendiendo la impulsividad como el sistema de autorregulación que presentan las personas y que fallan ante determinadas situaciones por ende el comportamiento que se expone resulta precipitado, irreflexivo o ineficaz, es decir son considerados niños con pobre desarrollo de control inhibitorio

comportamental, conllevando a otros factores como dificultades cognitivas en el estilo de resolución de problemas. En el área educativa un niño impulsivo, aún sin proponérselo, llama la atención desfavorablemente y puede convertirse en el centro de las observaciones negativas del docente, los compañeros comenzarán a quejarse y evitarlo de distinta forma ya que no disfrutarán de sentarse con él o de realizar actividades escolares conjuntas dentro o fuera de la escuela. (Vélez & Vidarte, 2012)

Es así como desde la investigación se afirma que las conductas externalizantes, están relacionadas con los estilos educativos y las relaciones familiares que se vivencian en el interior de cada hogar, retomando los estilos parentales como el grado en el que los padres demuestran un estilo adecuado o inadecuado de crianza, en el que a su vez, se tienen en cuenta prácticas educativas específicas relacionadas como un uso apropiado de las correcciones, reacciones parentales ante las desobediencias de los hijos y estrategias para promover comportamientos positivos o el grado de consistencia Gómez et al. (2013).

Otro porcentaje relevante en los resultados de la escala de conducta agresiva, el 7,1% de los niños con discapacidad general, evidencian desobediencias en casa y en el colegio, discusiones constantes, episodios de irritabilidad y rabietas. Los numerosos intentos realizados para definir lo que se entiende por agresión o conducta agresiva, demuestran que no se trata de un término unívoco, sino que presenta distintas connotaciones, tanto psicológicas como sociales, morales, etc. Entre estos intentos definatorios se puede destacar el realizado por Raya et al. (2009), que la definió como una conducta adquirida controlada por reforzadores, que es perjudicial y destructiva.

En una extensa revisión de las distintas teorías psicológicas sobre la agresión, Raya et al, (2009) mencionan que ya desde los años 70 e incluso antes se han ido desarrollando numerosas teorías que relacionan la conducta agresiva en la infancia con los hábitos de crianza de los padres. Entre las variables más importantes que han sido estudiadas figuran el rechazo, la falta de apoyo y afecto, el uso del castigo para controlar la conducta del niño, la falta de supervisión y comunicación y una disciplina inconsistente han demostrado que un estilo educativo excesivamente autoritario o por el contrario excesivamente permisivo favorece la aparición de conductas agresivas en el niño, mientras que un estilo autoritativo, caracterizado por altos niveles de apoyo, supervisión y flexibilidad actúa como factor protector de la conducta agresiva (p.214)

De acuerdo a lo mencionado anteriormente las conductas externalizantes en el comportamiento de los niños están relacionadas con la perspectiva ecológica del desarrollo de la conducta humana. La cual concibe al ambiente ecológico como un conjunto de estructuras seriadas y estructuradas en diferentes niveles, en donde cada uno de esos niveles (microsistema, mesosistema, exosistema y macrosistema) contiene al otro. Bronfenbrenner (1994). De esta forma los niños exteriorizan comportamientos que incluyen propiedades objetivas y subjetivas que experimentan en su ambiente ecológico y va retomando procesos complejos de acuerdo a su desarrollo derivándose directamente de las características propias del niño y del ambiente que lo rodea.

Es decir que, existe correlación entre el comportamiento del niño y el entorno en el que vive su cotidianidad externalizando conductas inapropiadas agresivas, indicando que el mantenimiento, consistencia de normas y pautas de crianza establecidas en casa por padres así como el modelamiento de conductas asertivas, una buena comunicación, manejo y control de

emociones ante situaciones difíciles entre otros inciden de manera directa en las conductas que exponen los niños. Este aspecto se puede vislumbrar en la correlación entre los dos instrumentos en la medida que los padres, cuidadores y el núcleo familiar desarrollen conductas positivas frente a la crianza de su hijos, esto se verá reflejado en la disminución de conductas internalizantes en los niños con discapacidad general. Schuiringa et al. (2015), Indica, el comportamiento de los padres es uno de los principales factores ambientales asociados a la aparición de problemas de comportamiento exteriorizado en los niños con una inteligencia promedio son las conductas de crianza ineficaces como la disciplina física, la incoherencia y la falta de calidez, se ha demostrado que se asocia con el desarrollo de problemas de conducta externalizante en niños con inteligencia normal. A pesar de que el uso del castigo físico podría pensarse que llevar a un comportamiento deseable en el corto plazo, se ha demostrado que se asocia con un aumento de la conducta desviada, la agresividad y la delincuencia en el largo plazo; en cuanto más coercitivo sea el control que los padres ejercen, incluido el castigo físico, es más irregular el comportamiento exteriorizado por los hijos.

Lo anterior se respalda de acuerdo a la investigación De la torre, et al (2014) examinan la relación existente entre la percepción que un grupo de jóvenes adolescentes que tenía el estilo educativo exhibido por sus progenitores (madres y padres) y el nivel de agresividad física, verbal, ira y hostilidad que manifestaban hacia sus iguales. Los principales resultados de este estudio sugieren que la atribución de un estilo de socialización autoritario se relaciona con la manifestación de un comportamiento más agresivo y hostil hacia los iguales en comparación con la atribución de un estilo educativo democrático y permisivo. La percepción del empleo de una

disciplina rígida se relaciona positivamente con las distintas formas de agresividad evaluada mientras que un patrón de relación negativa se obtiene cuando se considera la dimensión afecto.

Igualmente se identificó porcentualmente 7,1 de los niños con discapacidad general, presentan déficit de atención en el área escolar, conducta desorganizada y comportamientos agresivos dentro y fuera del hogar, acompañados de constantes cambios de humor. En el DSM-V la conducta inapropiadamente agresiva es incluida dentro de los trastornos de tipo externalizante y muestra una alta correlación con otros trastornos del comportamiento como el TDAH o el Trastorno Oposicionista Desafiante (Raya et al., 2009).

De acuerdo al hallazgo mencionado en el párrafo anterior Pineda & Martínez (2008) indican, en los niños de edad escolar, los síntomas de inatención pueden afectar al trabajo de clase y a la actuación académica y por su parte, los síntomas impulsivos pueden llegar a romper con reglas de comportamiento en el contexto educativo, como también en el familiar y social. Por lo tanto, este trastorno, que provoca dificultades para mantener la atención y autorregular la conducta, influye significativamente en la adaptación al contexto escolar y socio familiar, por lo que también se puede afirmar que posee un mayor riesgo de sufrir problemas y dificultades de aprendizaje y de conducta. En lo observado en el contexto académico se evidencio un gran número de estudiantes con discapacidad y sin discapacidad por cada grado los cuales están manejando exclusivamente por un docente, quien debe adaptar la clase de manera individual para cada niño o niña en situación de discapacidad y brindar la temática general para los demás estudiantes; sin embargo, en la institución educativa se cuenta con un psicorientador quien alterna algunas actividades con los estudiantes con discapacidad como apoyo a este proceso formador.

La condición de discapacidad causa múltiples cambios en la vida de una persona y simultáneamente de su red de apoyo los cuales se relacionan con la condición de dependencia asociada a una limitación física o mental, la alteración del estado de salud, y la modificación en el rol y en las actividades sociales (Chambers, 2001, p. 101). De esta forma se concluye que los problemas internalizantes y externalizantes en las variables determinadas en el estudio prevalecieron en los niños con discapacidad generalizada y no en los niños con discapacidad específica.

En concordancia al objetivo de investigación los resultados indican que la relación entre los estilos educativos parentales y los comportamientos internalizantes y externalizantes en los niños son estrechamente ligados pues, de acuerdo a los instrumentos aplicados el estudio lo demuestra.

En relación al objetivo de investigación el estudio señala que los estilos parentales son parte fundamental de los comportamientos internalizantes y externalizantes de los niños y niñas en condición de discapacidad, también se reconoce que si la familia confronta exitosamente el estresor de la discapacidad puede retomar estilos parentales que contribuyan desarrollo integral del niño, autoestima, formación de expectativas educativas, la integración social y familiar, lo cual contribuye significativamente en el desempeño del niño y la armonía del hogar.

En consideración con los hallazgos de la implementación de esta tesis se presentaron limitaciones como la presencia de una muestra limitada, aunque se contó con el apoyo y colaboración de la institución educativa donde se hallaba la población en condición de discapacidad se presentó varios inconvenientes, como el no lograr acceder a todos los niños que maneja la institución educativa ya que algunos de ellos pertenecen a un programas de protección

del Instituto de Bienestar Familiar y/o Comisaria de Familia por ende no se podían incluir en este estudio, también se observó en la revisión de fichas de matrícula de los niños que se connotaba una discapacidad pero no presentaban criterio diagnóstico que así lo certificara, otro factor limitante fue el nivel socio-económico y educativo de los padres de familia pues generaba dificultad en la comprensión de los instrumentos aplicados; los cuales podrían no ser apropiados para aplicar en una muestra clínica.

Se sugiere para investigaciones futuras realizar un estudio sobre los estilos educativos parentales usados por los padres o cuidadores de niños en situación de discapacidad con una muestra amplia donde se establezca la relación entre los comportamientos internalizantes y externalizantes, por último hacia investigaciones futuras se podrían llevar a cabo estudios que aporten información de las fases de aceptación de la familia hacia los niños en condición de discapacidad y las estrategias apropiadas para afrontar las situaciones educativas especiales.

Tras lo visualizado en esta investigación es importante que se emprenda atención psicoeducativa al núcleo familiar con la finalidad de promover estilos educativos asertivos comunicación directa, estabilidad emocional no solo en el niño en condición de discapacidad si no en el padre que presenta como responsabilidad el rol educativo y que bien así desde el reconocer en su hijo una discapacidad ya genera un factor estresor de impotencia y en algunos casos de no aceptación, en este sentido se recomienda a la institución educativa crear espacios de acompañamiento y diálogo con la familia donde se aborden dinámicas particulares de la persona con discapacidad: dilemas, situaciones límite, características, manejo comportamental, formas de comunicación entre otras. El conocimiento de estas particularidades, debe enfocarse no solo en relación con la caracterización de la persona, sino desde la interacción de éste (a) con

el ambiente, acompañando a la familia en la generación de estrategias para la construcción de ambientes sanos y potenciadores para la adopción de estilos parentales.

REFERENCIAS

American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD). In:
Declaration on health parity for persons with intellectual and developmental disabilities, 2007.

American Psychiatric Association [APA]. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of
Mental Disorders. Fifth Edition. [DSM-5]. Arlington - Virginia. EE.UU.

American Psychiatric Association [APA]. (2014). Diagnostic and Statistical Manual of
Mental Disorders. Fifth Edition. [DSM-5]. Arlington - Virginia. EE.UU.

American Psychiatric Association [APA]. (2015). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. [DSM-5]*. Arlington - Virginia. EE.UU.

Artigas, J., Guitart, M., & Gabau, E. (2013). Bases genéticas de los trastornos del Neurodesarrollo, *Revista Neurología*, 56, S23-S24. Recuperado de <http://www.neurologia.com/pdf/Web/56S01/bjS01S023.pdf>

Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD) (2007)

Barak, Y., & Atzaba, N. (2015). The effects of familial risk and parental resolution on parenting a child with mild intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities*, 47, 106–116. Recuperado de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0891422215001456>.

Bisquerra, R. (2002). La competencia emocional. *Manual de orientación y tutoría*. 144-69-144/83. Recuperado de <http://www.todosobremediacion.com.ar/sitio/index.php/articulos/colaboraciones/148-la-competencia-emocional>

Bisquerra, R. (2003). Educación Emocional y Competencias Básicas para la vida. *Revista de Investigación Educativa*. 21(1), 7-43. Recuperado de <http://revistas.um.es/rie/article/viewFile/99071/94661>

Bisquerra, R., & Pérez, N. (2007). Las competencias emocionales. *Educación XXI*, 10, 61-82. Recuperado de <http://www.ub.edu/grop/catala/wp-content/uploads/2014/03/Las-competencias-emocionales.pdf>

Bronfenbrenner, U. (1994) Ecological Models of Human Development. International Encyclopedia of Education, Vol. 3, 2nd. Ed Oxford: Elsevier. Recuperado de: [http://BronfenbrennerModelofDevelopment\(short%20version\).pdf](http://BronfenbrennerModelofDevelopment(short%20version).pdf)

Bronfenbrenner, U., & Ceci, J. (1994). Nature reconceptualized in developmental perspective: A bioecological model. *Psychological Review*, 101, 568-586. Recuperado de <http://psycnet.apa.org/index.cfm?fa=buy.optionToBuy&id=1995-08473-001>

Burrone, M., Gallo, V., Lucchese, M., Villace, B., Bella, M., Enders, J., & Fernández, R. (2012). Análisis de situaciones familiares relacionadas a la salud mental de niños escolarizados en una comunidad del interior de la provincia de Córdoba, Argentina. *Cadernos Saúde Coletiva*, 20(4), 452-459. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-462X2012000400008>

Cairney, J., Rigoli, D., & Piek, J. (2013). Developmental coordination disorder and internalizing problems in children: The environmental stress hypothesis elaborated. *Developmental Review*, 33, 224-238. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/259123689_Developmental_coordination_disorder_and_internalizing_problems_in_children_The_environmental_stress_hypothesis_elaborated

Caraveo .J., Colmenares. N & Martínez. A. (2002). Síntomas, percepción y demanda de atención en salud mental en niños y adolescentes de la Ciudad de México. *Salud pública de México* / vol.44, no.6. Recuperado de: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v44n6/14038.pdf>

Carrizales, D (2012). Apoyo y Fortalecimiento a Familiar para la Crianza de niños con Discapacidad. *Corporacion Universitaria Iberoamericana. Horizontes Pedagógicos* Volumen 14. N° 1. 2012 / págs. 97-118 Recuperado de: [http://ApoyoYFortalecimientoAFamiliasParaLaCrianzaDeNinos-4777928%20\(4\).pdf](http://ApoyoYFortalecimientoAFamiliasParaLaCrianzaDeNinos-4777928%20(4).pdf)

Congreso de la Republica. Ley 1090 de 2006 (septiembre 6) Diario Oficial No. 46.383 de 6 de septiembre de 2006 Por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones.

Cova, F, Maganto, C, Melipillán R. (2005) Adversidad Familiar y Desarrollo de Trastornos Internalizados y Externalizados en Preadolescentes. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría* 43: 287-296. Recuperado de: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272005000400003

De la Torre, M., García, M., & Casanova, P. (2014). Relaciones entre estilos educativos parentales y agresividad en adolescentes. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 12, 147-170. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10835/3043>

Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) del 2005 Recuperado de: <http://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion>.

Down España. (2013). *Formación para la autonomía y la vida independiente. Guía General*. Recuperado de http://www.sindromedown.net/wp-content/uploads/2014/09/144L_guia.PDF

Eisenhower, A., Blacher, J., & Husrt, H. (2015). Longitudinal associations between externalizing problems and student–teacher relationship quality for young children with ASD. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 9, 163–173. Recuperado de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1750946714002256>

Gallego, A. (2012). Recuperación crítica de los conceptos de familia, dinámica familiar y sus características. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*. 35. Índice de Revistas de

Educación Superior e Investigación. Universidad Autónoma de México. Recuperado de <http://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/viewFile/364/679>

García, I. (2006). Concepto actual de discapacidad intelectual. *Psychosocial Intervention*, 14(3), 255-276. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=179817547002>

Gómez Casares R. (S.F). Discapacidades en la Infancia. *Universidad Complutense de Madrid*. Recuperado de: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-temprana/discapacidades_en_la_infancia_1.pdf

Gómez, I., García-Barranco, M. R., De las Heras, R. R., Martínez de Salazar, A. A., Cobos, L. S., Martín, M. J. G., & Fernández, C. S. (2013). *Memoria proyecto investigación de evaluación de los estilos educativos parentales*. Patrocinado por la Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología (AEPCP).

González Tovar J, Hernández Montaña A. (S.F). Las prácticas educativas parentales: análisis por género de una muestra de adolescentes Coahuilenses. *PSICUMEX*. Recuperado de: http://www.psicumex.uson.mx/revistas/articulos/4-r4_art4.pdf

Guerrero, B., & Alva, E. (2015). Conductas parentales: efectos del tipo de interacción y edad de los infantes. *Revista de Psicología Universidad de Chile*, 12, 25-30, Recuperado de <http://www.revistapsicologia.uchile.cl/index.php/RDP/article/viewFile/38172/39831>

Henderson, J., Barry, T., Bader, S., & Sytsma, S. (2011). The relation among sleep, routines, and externalizing behavior in children with an autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5, 758–767. Recuperado de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1750946710001340>

Hernández Sampieri. R, Fernández Collado. C, Baptista Lucio M.P. (2008). *Metodología De La Investigación*. Quinta edición por: Mcgraw-HILL / Interamericana México D.F. Editores, S.A. DE C.V.

Hernández, G., & Sánchez, M. (2015). *Diseño y Evaluación de una lista de chequeo para la elaboración del consentimiento informado en el ejercicio profesional de la Psicología en Colombia*. Colegio Colombiano de Psicólogos. Manual Moderno. Recuperado de http://www.funlam.edu.co/uploads/facultadpsicologia/1573_Dise%C3%B1o_lista_de_chequeo_elaboraci%C3%B3n_Consentimiento_Informado_Psicolog%C3%ADa.pdf.

Herrera, P. (2000). Rol de Género y Funcionamiento Familiar. *Revista Cubana Medicina General Integral*, 16(6), 568-573. Recuperado de http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol16_6_00/mgi08600.pdf

Hewitt Ramírez. N, Gantiva Díaz C. A, Anderssen Vera. M, Cuervo Rodríguez M. P, Hernández Olaya, N. L. (2013). Afectaciones Psicológicas de Niños y Adolescentes expuestos al conflicto Armado en una zona rural de Colombia. *Redalyc*. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/html/798/79831197009/>

Huertas, M. (2008). Caracterización de la Población Infantil en Función de la Conducta Disocial en un Colegio Distrital de Usaquén en Bogotá. Universidad San Buenaventura, Facultad De Psicología Bogotá, D.C.

Hurtado Lozano L, T., Agudelo Martínez M, A. (2014) Inclusión educativa de las personas con discapacidad en Colombia. *CES Movimiento y Salud*, 2(1) : 45-55. Recuperado de: [http://Downloads/2971-13987-3-PB%20\(1\).pdf](http://Downloads/2971-13987-3-PB%20(1).pdf)

Kisler, J., & McConachie, H. (2010). Parental reaction to disability. *Pediatrics and Child Health*, 20(7), 309-314. Recuperado de: [http://www.paediatricsandchildhealthjournal.co.uk/article/S1751-7222\(10\)00044-2/abstract](http://www.paediatricsandchildhealthjournal.co.uk/article/S1751-7222(10)00044-2/abstract)

Luckasson, R., Borthwick-Duffy, S., Buntix, W.H.E., Coulter, D. L., Craig, E. M., Reeve, A. et al. (2002). Mental Retardation. Definition, classification and systems of supports. American Association on Mental Retardation. *The Psychological Record*, 53, 327-329 Recuperado de: <http://opensiuc.lib.siu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1485&context=tpr>.

Maestre, E., Moya, J., Edo, S., Mezquita, L., Rupérez, M., & Villa, H. (2004). Relación de la personalidad y los factores internalizantes y externalizantes en niños. Recuperado de: http://repositori.uji.es/xmlui/bistream/handle/10234/78549/forum_2006_1.pdf?sequence=1.

Manjarrez D., León E., & Martínez R., & Gaitán A. (2013) Crianza y Discapacidad: una visión desde las vivencias y relatos de las familias en varios lugares de Colombia. *Fundación Universitaria Monserrate*. Recuperado de: http://www.colombiaaprende.edu.co/html/micrositios/1752/articulos-329509_recurso_1.pdf

Manjarrez, D. (2012). Apoyo y fortalecimiento a familias para la crianza de niños con discapacidad. *Horizontes Pedagógicos*, 14(1), 97-118. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4777928.pdf>.

Marmo, J. (2014) Estilos parentales y factores de riesgo asociados a la patología alimentaria. *Unife, Av.psicol.* 22(2). Recuperado de: http://www.unife.edu.pe/publicaciones/revistas/psicologia/2014_2/165_Julieta_Marmo.pdf.

Márquez, M. A., Zanabria, M., Pérez V., Aguirre, E., Arciniega, L., & Galván, C. S. (2011). Epidemiología y manejo integral de la discapacidad intelectual, *Salud Mental*, 34, 443-449. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/582/58221288008.pdf>

Martínez, A. M., & Rodríguez, Y. (2010). Impacto familiar de una escuela para padres de niños con discapacidad. *MEDISAN*, 14(5), 618-623. Recuperado de http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol_14_5_10/san05510.htm.

Ministerio de Salud de Colombia. Resolución N° 8430 de (1993). Resolución No. 8430 del 4 de Octubre de 1993 por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.

Moreno, J., Echavarría, K., Pardo, A., & Quiñones, Y. (2014). Funcionalidad familiar, conductas internalizadas y rendimiento académico en un grupo de adolescentes de la ciudad de Bogotá. *Psychologia: Avances de la Disciplina*, 8(2), 37-46. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/psych/v8n2/v8n2a04.pdf>

Obeid, R., & Daou, N. (2015). The effects of coping style, social support, and behavioral problems on the well-being of mothers of children with Autism Spectrum Disorders in Lebanon. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 10, 59–70. Recuperado de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1750946714002670>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2001). *Clasificaciones de la Organización Mundial de la Salud sobre discapacidad*. Recuperado de http://www.um.es/discatif/METODOLOGIA/Egea-Sarabia_clasificaciones.pdf

Ortega Silva P, Torres Velázquez L Evelia, Reyes Luna A, & Garrido A. (2010). Paternidad: niños con discapacidad. Redaly. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/802/80212393008.pdf>

Peñaranda A., Mendieta J. C., Perdomo J. A., Aparicio M. L., Marín L. M., García J. M., & Barón, C. (2012). Beneficios económicos del implante coclear para la hipoacusia sensorioneuronal profunda. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 31(4), 325–31. Recuperado de <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v31n4/a09v31n4.pdf>

Pineda D. A., Lopera F., Henao C., Palacio D., Castellanos X., (1999). Confirmación de la Alta Prevalencia del Trastorno por Deficit de Atención en una Comunidad Colombiana. Grupo de Investigación Fundema. Recuperado de: <http://www.neurologia.com/pdf/Web/3203/k030217.pdf>

Pineda Ordóñez, L. E & Martínez León, N. C. (2008). Relación entre indicadores del déficit de atención con hiperactividad, las conductas externalizantes e internalizantes y el rendimiento académico en preadolescentes de un colegio técnico de Bogotá. *Universidad Católica de Colombia*. Recuperado de: <http://biblat.unam.mx/en/revista/psicologia-avances-de-la-disciplina/articulo/relacion-entre-indicadores-del-deficit-de-atencion-con-hiperactividad-las-conductas-externalizantes-e-internalizantes-y-el-rendimiento-academico-en-preadolescentes-de-un-colegio-tecnico-de-bogota>

Pineda, E., Gutiérrez, E., & Díaz, A. (2011). Estrategia educativa para el control y prevención del maltrato infantil dirigida a padres de niños con síndrome de Down. *Revista Cubana de Pediatría*, 83(1), 22-33. Recuperado de http://www.bvs.sld.cu/revistas/ped/vol83_1_11/ped03111.htm

Pinto, F. (2008). Lo maravilloso y mágico del Neurodesarrollo humano. *Revista Chilena de Pediatría*, 79, 18–20. Recuperado de <http://www.scielo.cl/pdf/rcp/v79s1/art03.pdf>

Rabazo Mendez M, J. (1999). Interacción Familiar, Competencia Socio-Escolar Y Comportamiento Disocial En Adolescentes. *Universidad de Extremadura*. Recuperado de: [http://Downloads/Dialnet-IntegracionFamiliarCompetenciaSocioescolarYComport-337%20\(2\).pdf](http://Downloads/Dialnet-IntegracionFamiliarCompetenciaSocioescolarYComport-337%20(2).pdf)

Raya F. A., Pino M. J., & Herruzo J. (2009). La agresividad en la infancia: el estilo de crianza parental como factor relacionado. *Universidad de Córdoba (España)*. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/1293/129312574004.pdf>

Raya, A. F. (2008) Estudio sobre los estilos parentales y su relación con los trastornos de conducta en la infancia. *Servicio de Publicaciones de la Universidad de Córdoba*. Recuperado de: www.unav.es/icf/main/top/diciembre09/Raya-Trenas_Estilos-educativos-parentales.pdf
Recuperado de: [http://www.unicef.org/lac/SOWC2013_excsummary_esp\(1\).pdf](http://www.unicef.org/lac/SOWC2013_excsummary_esp(1).pdf).

Samadi, S., McConcke, R., & Bunting, B. (2014). Parental wellbeing of Iranian families with children who have developmental disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 35, 1639–1647. Recuperado de: <http://isiarticles.com/bundles/Article/pre/pdf/74535.pdf>

Sánchez, P. (2006). Discapacidad, familia y logro escolar, *Revista Iberoamericana de Educación*, 40. Recuperado de <http://rieoei.org/deloslectores/1538Escobedo.pdf>

Schuiringa, H., Nieuwenhuijzen, M., Orobio, B & Matthys, W. (2015). Parenting and the parent child relationship in families of children with mild to borderline intellectual disabilities and externalizing behavior: *Research in Developmental Disabilities* 36) 1–12. Recuperado de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S089142221400359X>

Sellinger V. J., Elder J. H., (2015). Parent Training Intervention to Manage Externalizing Behaviors in Children With Autism . *PubMed Commons*. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26559136>

Sun X., Allison Carrie., Auyeung, B , Baron S , Brayne C.(2014).Parental concerns, socioeconomic status, and the risk of autism spectrum conditions in a population-based study. *Research in Developmental Disabilities* 35 (2014) 3678–3688 Recuperado de: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.662.4056&rep=rep1&type=pdf>

Sunderland, M., & Slade, T. (2015). The relationship between internalizing psychopathology and suicidality, treatment seeking, and disability in the Australian population. *Journal of Affective Disorders*, 171, 6–12. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25282144>

Taboada, N., & Minaya, G. (2010). Caracterización clínica y etiológica de las diferentes discapacidades en el Estado plurinacional de Bolivia. *Revista Peruana de Epidemiología*, 16(3), 1-7. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/2031/203125431006.pdf>.

Taylor, T., Smith, T., Korth, B., Olsen, S., & Mandleco, B. (2012). Positive parenting of children with developmental disabilities: A meta-analysis. *Research in Developmental Disabilities* 33, 2213–2220. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/229436086_Positive_parenting_of_children_with_developmental_disabilities_A_meta-analysis

Torres, L., Ortega, P., Garrido, A., & Reyes, A. (2008). Dinámica familiar en familias con hijos e hijas *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/802/80212387003.pdf>

Torres, L., Reyes, A., Ortega, P & Garrido, A. (2015). Dinámica Familiar: Formación de Identidad e Integración Sociocultural. *Redalyc*. Vol. 20, núm. 1, pp. 48-55. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/292/29242798008.pdf>

Torrico, E., Santín, C., Andrés, M., Menéndez, S., & López, M. J. (2002). El modelo ecológico de Bronfrenbrenner como marco teórico de la psicooncología. *Anales de Psicología*, 18(1), 45-59. Recuperado de http://www.um.es/analesps/v18/v18_1/03-18_1.pdf

Unicef.(2013).Estado Mundial de la Infancia niños y niñas con Discapacidad. *Unicef*.

Vélez, C., & Vidarte J. (2012). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), una problemática a abordar en la política pública de primera infancia en Colombia. *Revista de Salud Pública*, vol. 14, núm. 2, pp. 113-128. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42225834010>

Verdugo, M. (2007). Análisis de la definición de discapacidad intelectual de la Asociación Americana Sobre Retraso Mental. *Revista Española sobre la Discapacidad Intelectual*, 33(1), 5 – 19. Recuperado de: http://www.feaps.org/archivo/centro-documental/doc_download/93-analisis-de-la-definicion-de-discapacidad-intelectual-de-la-asociacion-americana-sobre-retraso-mental.

Woodman, A., Mawdsley, H., & Hauser, P. (2015). Parenting stress and child behavior problems within families of children with developmental disabilities: Transactional relations across 15 years. *Research in Developmental Disabilities*, 36, 264–276. Recuperado de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0891422214004259>

Yela, M. (1996). Ambiente, Herencia y Conducta. *Psicothema*. Recuperado de: <http://www.psicothema.com/pdf/658.pdf>

Apéndices

Apéndice A

CUESTIONARIO DE ESTILOS EDUCATIVOS PARENTALES (REDUCIDO Y
CON VALIDACIÓN PILOTO)

- Nombre: _____

<p>INSTRUCCIONES DEL CUESTIONARIO</p>
--

A continuación encontrará una serie de afirmaciones sobre la educación de los hijos. Por favor, lea atentamente cada una de ellas y marque con una (X) según corresponda a su modo de actuar o de pensar considerando la siguiente escala:

- 0. Rara vez**
- 1. En ocasiones**
- 2. Con frecuencia**
- 3. La mayoría de las veces.**

Le recordamos que todos los datos serán confidenciales. Tenga en cuenta que no hay respuestas buenas ni malas, lo importante es que sea lo más sincero posible y que conteste a todas.

AGRADECEMOS SU COLABORACIÓN

	<i>ara vez (0)</i>	<i>n ocasion es (1)</i>	<i>e on frecue ncia (2)</i>	<i>l a mayorí a de las veces (3)</i>
1. Mis hijos me demuestran que me quieren.				
2. Evito que mi hijo salga a la calle por miedo a que le pase algo.				
3. En mi familia nos reunimos y salimos con amigos.				
5. En mi familia coincidimos en lo que está bien o mal.				
6. En mi familia lo pasamos bien cuando estamos juntos.				

7. Si tengo que decir "NO" a mi hijo, le explico los motivos.				
8. Me cuesta ponerme en el lugar de mi hijo para entender lo que hace.				
10. Negocio con mis hijos algunas de sus actividades y/o privilegios.				
17. Participo en cualquier actividad que organice la escuela de mi hijo.				
19. Cuando mi hijo desobedece, hago como que no lo he visto con tal de no discutir.				
22. Hablo con mis hijos de lo que sienten.				
24. En mi casa, mi autoridad es incuestionable.				
25. Si no llegamos a un acuerdo sobre algo, acabamos peleándonos.				
26. Se identificar lo que siento.				
28. Me cuesta trabajo hablar de mis emociones				
30. Me es difícil demostrarle a mi hijo que le quiero.				
31. Me enfado ante cualquier comportamiento de mi hijo				
36. Crítico y rechazo cualquier cosa que hace mi hijo.				
39. Una de las cosas más importantes de mi vida ha sido el ser padre o madre.				
41. No sé cómo decirle las cosas a mi hijo para que me entienda.				
42. Para que mi hijo me obedezca tengo que pedirle las cosas a gritos.				
43. Si mi hijo tiene un problema me lo cuenta y hablamos sobre ello.				
45. Disimulo mis emociones negativas (ira, enfado, rabia, Tristeza, frustración) cuando estoy con mis hijos.				
46. Permito a mi hijo que haga lo que quiera con tal de no discutir o con tal de que sea feliz.				
47. Disfruto cuando enseño cosas a mis hijos.				
48. En nuestra familia hablamos de los problemas personales de cada uno.				
49. Tengo que repetir a mi hijo varias veces las cosas para que me obedezca.				

51. Animo a mis hijos a que hagan las cosas por sí mismos, aunque cometan errores.				
52. Cuando mi hijo se comporta según mis indicaciones, se lo señalo y valoro.				
53. Salto enseguida cuando me altero.				
56. Intento comportarme de manera que mi hijo no perciba si estoy enfadado/a o contento/a con él.				
57. Para educar a los hijos no es necesario poner límites ni prohibiciones.				
58. Si mi hijo se niega a hacer algo, al final tengo que hacerlo yo				
59. Cuando mi hijo llora y se enfada acaba consiguiendo lo que quiere.				
60. En mi familia nos gusta salir juntos.				
61. Cuando mi hijo se porta bien le perdono alguna actividad que le resulte aburrida o molesta.				
62. Cuando mis hijos no se comportan como yo espero o considero oportuno, pierdo el control.				
63. Doy a mi hijo lo que desea con tal de verlo feliz.				
64. Cuando mi hijo tiene una pataleta acabo gritándole.				
67. Amenazo a mi hijo con castigarlo cuando no me obedece.				
69. Alabo a mi hijo cuando se comporta correctamente.				
71. Reconozco las emociones de mi hijo con sólo mirarlo.				
72. No sé cómo decir "NO" a mi hijo.				
77. A los niños no hay que prohibirles cosas, ya habrá tiempo cuando sean mayores.				
78. La responsabilidad de ser padre o madre es excesiva.				
80. Hago de madre y padre en la educación de mis hijos porque mi pareja no me ayuda.				
81. Me mantengo firme en los castigos, aunque vea a mi hijo pasarlo mal.				
82. En nuestra familia estamos muy unidos.				
85. Consuelo a mi hijo cuando se siente mal.				

86. Mi hijo sabe que puede contar conmigo si me necesita.				
91. Mi hijo tiene que hacer lo que le digo en cualquier situación.				
92. Perdono a mi hijo alguna restricción o castigo si veo que se comporta bien.				
93. Creo que es mejor mantener una disciplina estricta y excesiva.				
95. Mi hijo me cuenta sus cosas				
96. Hablo con el tutor de mi hijo cuando lo necesito.				
98. Aguanto hasta que consigo mi objetivo aunque mi hijo tenga una pataleta y lo vea sufrir.				
99. Cuando mi hijo desobedece, le quito de algo que le gusta.				
100. Explico a mi hijo lo que se puede y no se puede hacer.				
101. Conozco los deberes y tareas que les ponen en el colegio a mis hijos y les ayudo cuando lo necesitan				
102. Creo que es necesario enseñar a los niños a ser responsables de su comportamiento y a cumplir con sus obligaciones.				
103. En casa discutimos por cualquier cosa entre nosotros.				
105. Castigo a mi hijo quitándole algo que le gusta para que entienda que se portó mal.				
106. No tengo tiempo suficiente para pasarlo con mi hijo				
107. Cuando se porta mal, lo pongo a hacer deberes u otras responsabilidades.				
108. Acepto la forma de ser de mi hijo.				
109. Les explico a mis hijos las razones por las que deben cumplir las normas.				

APENDICE B

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Apreciado Padre de Familia: Usted ha sido seleccionado(a) para participar en el proyecto de investigación: *“Estilos educativos parentales, comportamientos externalizantes e internalizantes en un grupo de niños en situación de discapacidad”*. El estudio se desarrollará en el marco del trabajo de grado de las Psicólogas Carolina Valencia y Diana Casadiego estudiantes de la

Especialización en Psicología Clínica de la Niñez y Adolescencia de la Universidad de La Sabana bajo la dirección del Docente Jaime Humberto Moreno.

Usted decide si desea o no participar aportando información sobre su hijo(a) en el proyecto; el negarse a participar no va ocasionarle ningún problema. Su participación consiste en contestar dos instrumentos sobre información del comportamiento y crianza de su hijo. Los instrumentos son: La lista de chequeo del comportamiento infantil (CBCL) de Achenbach, validada para Colombia por Hewitt et al. (2013) y el Cuestionario de Estilos Educativos Parentales de Gómez et al. (2013).

Su identidad y la de su hijo(a) así como la información que se obtenga durante el proceso de investigación será tratada con la mayor confidencialidad posible, es decir, nadie diferente a los investigadores del proyecto podrá conocerla.

Si usted después de haber firmado este documento o incluso durante la investigación se arrepiente de participar, puede retirarse en el momento que desee. Teniendo claro los anteriores aspectos usted podrá dar a continuación su consentimiento para participar en la investigación. Yo, _____, confirmo que he leído y entendido la información arriba consignada y que las personas encargadas de la investigación me han explicado satisfactoriamente el propósito, los objetivos y el procedimiento que será llevado a cabo, así como me han comunicado que no hay riesgo para mí ni para mi familia y que deseo voluntariamente participar en el proyecto.

Nombre del niño (a) _____

Nombre del padre (madre) _____

Firma _____

Cédula de ciudadanía _____

Apéndice C

Chaparral – Tolima 26 de febrero de 2015

Psicólogas
Carolina Valencia y Diana Casadiego
Chaparral

ASUNTO: Respuesta a su solicitud.

Respetadas Psicólogas Carolina y Diana;

De manera atenta, me permito responder a la solicitud que fue radicada en nuestra institución; aceptando la realización del estudio de investigación el cual fue denominado por ustedes como *“Estilos educativos parentales, comportamientos externalizantes e internalizantes en un grupo de niños en situación de discapacidad”*. Por medio de este estudio se podrían apoyar nuestra labor educativa en esta institución incluyente.

Atentamente;



Nayibe Vasco de Ospina
CC: 28.681.302 de Chaparral.

Coordinadora I E Soledad Medina sede Antonia Santos.

Apéndice D

Lista de chequeo del comportamiento infantil. Formato para padres

Por favor escriba en letra de molde. Asegúrese que contestó todas las preguntas.

A continuación hay una lista de frases que describen a los(as) niños(as) y jóvenes. Para cada frase que describa cómo es su hijo(a) *ahora o durante los últimos seis meses*, haga un círculo en el número 2 si la frase describe a su hijo(a) *muy cierto o cierto a menudo*. Haga un círculo en el número 1 si la frase describe a su hijo(a) *en cierta manera, algunas veces*. Haga un círculo en el 0 si la frase describe a su hijo(a) *no es cierto (que sepa usted)*. Por favor conteste todas las frases de la mejor manera posible inclusive si algunas de ellas parecen no describir a su hijo(a).

0 = No es cierto (que sepa usted)	1 = En cierta manera, algunas veces	2 = Muy cierto o cierto a menudo
0 1 2	1. Actúa como si fuera mucho menor que su edad	0 1 2 32. Siente que tiene que ser perfecto(a)
0 1 2	2. Toma bebidas alcohólicas sin permiso de los padres (describa): _____	0 1 2 33. Siente o se queja de que nadie lo/la quiere
0 1 2	3. Discute mucho	0 1 2 34. Siente que los demás lo/la quieren perjudicar
0 1 2	4. Deja sin terminar lo que él/ella empieza	0 1 2 35. Se siente inferior o cree que no vale nada
0 1 2	5. Disfruta de muy pocas cosas	0 1 2 36. Se lastima accidentalmente con mucha frecuencia, propenso(a) a accidentes
0 1 2	6. Se ensucia encima o en lugares inadecuados	0 1 2 37. Se mete mucho en peleas
0 1 2	7. Es engreído, presumido	0 1 2 38. Los demás se burlan de él/ella a menudo
0 1 2	8. No puede concentrarse o prestar atención por mucho tiempo	0 1 2 39. Se junta con niños(as)/jóvenes que se meten en problemas
0 1 2	9. Obsesiones, que quiere decir que no puede sacarse de la mente ciertos pensamientos (describa): _____	0 1 2 40. Oye sonidos o voces que no existen (describa): _____
0 1 2	10. No puede quedarse quieto(a); es inquieto(a) o hiperactivo(a)	0 1 2 41. Impulsivo; actúa sin pensar
0 1 2	11. Es demasiado dependiente o apegado(a) a los adultos	0 1 2 42. Prefiere más estar solo que con otras personas
0 1 2	12. Se queja de que se siente solo(a)	0 1 2 43. Dice mentiras o hace trampas
0 1 2	13. Está confundido(a) o parece como si estuviera en las nubes	0 1 2 44. Se muerde las uñas
0 1 2	14. Lloro mucho	0 1 2 45. Nervioso(a), tenso(a)
0 1 2	15. Es cruel con los animales	0 1 2 46. Movimientos involuntarios o tics (describa): _____
0 1 2	16. Es cruel, abusador(a), y malo(a) con los demás	0 1 2 47. Pesadillas
0 1 2	17. Sueña despierto(a), se pierde en sus propios pensamientos	0 1 2 48. No les cae bien a otros niños(as)/jóvenes
0 1 2	18. Se hace daño a sí mismo(a) deliberadamente o ha intentado suicidarse	0 1 2 49. Padece de estreñimiento
0 1 2	19. Exige mucha atención	0 1 2 50. Demasiado ansioso(a) o miedoso(a)
0 1 2	20. Destruye sus propias cosas	0 1 2 51. Se siente mareado(a)
0 1 2	21. Destruye las pertenencias de sus familiares o de otras personas	0 1 2 52. Se siente demasiado culpable
0 1 2	22. Desobedece en casa	0 1 2 53. Come demasiado
0 1 2	23. Desobedece en la escuela	0 1 2 54. Se siente demasiado cansado sin razón para estarlo
0 1 2	24. No come bien	0 1 2 55. Tiene sobrepeso
0 1 2	25. No se lleva bien con otros niños(as)/jóvenes	56. Problemas físicos <i>sin causa médica conocida</i> :
0 1 2	26. No parece sentirse culpable después de portarse mal	0 1 2 a. Dolores o molestias (sin que sean del estómago o dolores de cabeza)
0 1 2	27. Se pone celoso(a) fácilmente	0 1 2 b. Dolores de cabeza
0 1 2	28. No respeta/rompe las reglas en casa, en la escuela, o en otro lugar	0 1 2 c. Náuseas, ganas de vomitar
0 1 2	29. Tiene miedo de ciertas situaciones, animales o lugares (no incluya la escuela) (describa): _____	0 1 2 d. Problemas con los ojos (no incluya si corregido con lentes/espejuelos) (describa): _____
0 1 2	30. Le da miedo ir a la escuela	0 1 2 e. Salpullido o irritación en la piel
0 1 2	31. Tiene miedo de que pueda pensar o hacer algo malo	0 1 2 f. Dolores de estómago
		0 1 2 g. Vómitos
		0 1 2 h. Otros (describa): _____

