

**Universidad de Palermo**

Facultad de Ciencias Sociales

Departamento de Psicología



**Trabajo Final Integrador:**

**Habilidades socioemocionales en niños con parálisis  
cerebral.**

**Alumno: Santiago E. Pinat**

<b>1</b>	<b>Introducción.....</b>	<b>2</b>
<b>2</b>	<b>Objetivos.....</b>	<b>3</b>
<b>2.1</b>	<b>Objetivo General.....</b>	<b>3</b>
<b>2.2</b>	<b>Objetivos Específicos.....</b>	<b>3</b>
<b>3</b>	<b>Hipótesis.....</b>	<b>3</b>
<b>4</b>	<b>Marco teórico.....</b>	<b>4</b>
<b>4.1</b>	<b>Parálisis Cerebral. Definición.....</b>	<b>4</b>
<b>4.1.1</b>	<b>Etiología.....</b>	<b>6</b>
<b>4.1.2</b>	<b>Tipos de Parálisis Cerebral.....</b>	<b>7</b>
<b>4.1.3</b>	<b>Parálisis Cerebral y Trastornos asociados.....</b>	<b>8</b>
<b>4.1.4</b>	<b>Parálisis Cerebral y Lenguaje.....</b>	<b>10</b>
<b>4.2</b>	<b>Habilidades sociales. Antecedentes.....</b>	<b>12</b>
<b>4.2.1</b>	<b>Habilidades sociales. Definición.....</b>	<b>13</b>
<b>4.2.2</b>	<b>Habilidades sociales: Entrenamiento y Relación con estrés.....</b>	<b>14</b>
<b>4.2.3</b>	<b>Habilidades sociales y Parálisis cerebral.....</b>	<b>16</b>
<b>5</b>	<b>Metodología.....</b>	<b>17</b>
<b>5.1</b>	<b>Participantes.....</b>	<b>18</b>
<b>5.2</b>	<b>Instrumentos.....</b>	<b>18</b>
<b>5.3</b>	<b>Procedimiento.....</b>	<b>18</b>
<b>5.4</b>	<b>Tipo de estudio y diseño.....</b>	<b>18</b>
<b>6</b>	<b>Desarrollo.....</b>	<b>19</b>
<b>7</b>	<b>Conclusiones.....</b>	<b>23</b>
<b>8</b>	<b>Bibliografía.....</b>	<b>26</b>

## **1. Introducción**

El siguiente Trabajo de Integración Final (TFI) surge a partir de las prácticas y habilitación profesional y supervisada realizada, en una institución dedicada al cuidado de infantes con parálisis cerebral, desde Marzo a Junio de 2013.

La institución es una organización sin fines de lucro que se dedica a la educación y tratamiento de niños y jóvenes con diferentes trastornos neurológicos. Dentro de la institución se trata de promover el desarrollo de un mayor número de niños y jóvenes con parálisis cerebral y otros trastornos del desarrollo, para que logren, dentro de sus posibilidades, vencer sus limitaciones y alcanzar su máximo potencial. En pos de alcanzar ese objetivo innovador para el tratamiento de la patología, esta institución promueve una visión personalizada e integrada del niño y su familia.

Dentro de la institución los niños y jóvenes realizan las actividades del currículo educativo además de realizar diferentes tipos de actividades terapéuticas. Dentro de las actividades educativas se encuentran algunas tales como talleres literarios, lengua, talleres contables, entre otras; por su parte las actividades terapéuticas se encuentran la terapia ocupacional, kinesiología, fisioterapia, etc.

La función ocupada en la institución es de ayudante en uno de los grupos del Área Educativa (AE). Esta función consiste en asistir a cada uno de los integrantes del aula J, que está conformada por 5 alumnos de 6 a 15 años, su terapeuta de grupo y un *helper* - quién es el profesional encargado de ayudar en las tareas cotidianas del grupo, en la alimentación de los alumnos, su higiene y su equipamiento, además de poder asistir a los jóvenes como terapeuta del grupo, realizando actividades y teniendo las mismas funciones, en caso de que este se encuentre afectado a otras tareas-.

Por consiguiente el TFI se realiza a partir de evaluar a los diferentes grupos del Área Educativa con la Escala Observacional de Habilidades Socioemocionales y la posterior interpretación de los resultados arrojados por el mismo.

## **2. Objetivos**

### **2.1. Objetivo General**

- Analizar el nivel de habilidades socioemocionales en los alumnos del grupo Área Educativa de la institución diagnosticados con parálisis cerebral.

### **2.2. Objetivos Específicos**

1. Analizar si existen diferencias en los diferentes niveles de las habilidades socioemocionales de los alumnos del Área Educativa con parálisis cerebral en función del género.
2. Analizar si existen diferencias en los diferentes niveles de las habilidades socioemocionales de los alumnos del Área Educativa con parálisis cerebral en función del déficit cognitivo que presentan.
3. Analizar si existen diferencias en los diferentes niveles de las habilidades socioemocionales de los alumnos del Área Educativa con parálisis cerebral a partir de la presencia o ausencia de trastornos psicopatológicos asociados.

## **3. Hipótesis**

1. El grupo de hombres diagnosticados con parálisis cerebral presentan un mayor nivel de habilidades socioemocionales.
2. El grupo con déficit cognitivo leve/moderado presenta un mayor nivel de habilidades socioemocionales
3. El grupo de jóvenes sin presencia de trastornos psicopatológicos asociados presenta un mayor nivel de habilidades socioemocionales.

## **4. Marco Teórico**

### **4.1 Parálisis Cerebral. Definición.**

Para poder comenzar es necesario definir claramente uno de los conceptos principales de esta investigación que es la Parálisis Cerebral (PC). Eicher (1993, citado en Valdez, 2007) plantea que la PC se trata de un conjunto de síndromes y no una enfermedad en sí. Se presenta como problemas motores no evolutivos, aunque frecuentemente cambiantes. Es secundaria a lesiones o malformaciones cerebrales generadas en los comienzos del desarrollo que incluye los tres a cinco primeros años de vida, cuando el cerebro está inmaduro.

Por otra parte, la Confederación Española de Federaciones y Asociaciones de Atención a Personas con Parálisis Cerebral y Afines (ASPACE, 2013) define a la PC como un trastorno general de la persona que se basa en el desorden crónico y no inmutable del tono muscular, la postura y el movimiento, debido a una afectación no progresiva en el cerebro antes de que éste se encuentre en un estado completo de desarrollo y crecimiento. Existen probabilidades de que dicha afectación genere diferentes trastornos o alteraciones en otras funciones superiores, además de la posibilidad de interferir en el desarrollo posterior del sistema nervioso central.

Abarca un conjunto de síntomas que difieren cualitativamente y en la gravedad de los mismos de unas personas a otras, dependiendo de la extensión y localización de la lesión. No obstante, en todas ellas se manifiesta una debilidad o problema en la utilización de los músculos, cuyos síntomas principales son: alteraciones en el control del movimiento, el tono muscular y la postura (Muñoz, 2007)

En tanto que la Asociación en Defensa del Infante Neurológico (AEDIN, 2013) expresa que la mayoría de los niños nacen con este cuadro pero se manifiesta en forma posterior. Los signos suelen manifestarse en los primeros tres años de vida. Hay distintos tipos de parálisis cerebral y distintos grados de severidad. Es por esto que niños con el mismo diagnóstico de parálisis cerebral puedan presentar una manifestación distinta de la enfermedad.

Para Toledo (1998) se ha intentado, en lo posible, delimitar el concepto de PC para lograr una definición adecuada. Definir, delimitar, determinar son verbos que poseen el sentido de poner límites lo que es esencial cuando se plantea el problema de “contar” los casos para propósitos de la estadística y se necesita saber cuáles incluir y cuáles dejar fuera. Una gran mayoría de diversos autores están de acuerdo en incluir una serie de características básicas en la construcción de una identidad de la PC. En primer lugar la existencia de una lesión cerebral; en segundo término, la no evolutividad de dicha lesión y; por último, la instauración precoz de la misma.

Comenzando por la primera característica, la existencia de una lesión cerebral alude a la presencia visible de alteraciones en el cerebro mediante diferentes tipos de estudios del cerebro, como ser resonancia magnética o a simple vista. También existen alteraciones que pueden ser causales de PC pero no son factibles de ser visualizadas a través de los medios de estudios del cerebro, ya que ocurren a nivel bioquímico, por lo que no se incluyen en ésta clasificación como lesión. En segundo lugar, la no evolutividad de la lesión refiere a la falta de mejoría como a la falta de empeoramiento de la misma. Las lesiones estructurales del cerebro sufren cambios, ya que se producen alteraciones cicatriciales a partir de la plasticidad neuronal, pero en términos generales se podría aludir a la lesión como estática. Finalmente, la instauración precoz de la lesión excluye a las lesiones que se instauran en los adultos y alude a que la misma debiera ocurrir antes de que el cerebro esté debidamente desarrollado (Toledo, 1998).

Por lo que se puede observar que el término PC se utiliza más bien para definir toda afección neurológica residual producida por lesiones no progresivas del encéfalo, consecutivas a causas pre-, peri- o post-natales, la cual se manifiesta esencialmente por un trastorno motor aislado o, en la mayoría de los casos, asociados a otras alteraciones del lenguaje, la inteligencia, sensoriales, psicológicas, convulsivas, de aprendizaje, entre otras (Yelin, 1997).

Según estadísticas mundiales la PC puede afectar de 1 a 2 por mil niños nacidos por año. Larguía (2000) informa que en Argentina, la cantidad de niños nacidos por año diagnosticados con PC asciende a una suma de 1500, siendo un rango de población amplia que debe ser tenida en cuenta.

### 4.1.1 Etiología

Según Ruiz Bedia y Artega Manjón (2006) la PC puede ser causada por diversos factores. Los mismos se encuentran agrupados según el momento en que acontecen: prenatal -si ocurren durante el proceso de gestación-; perinatal -cuando se producen durante el nacimiento-; y postnatal -si ocurre luego del nacimiento y antes de la completa maduración del cerebro-. Los diversos factores causantes de la PC según sus etapas se detallan en la Tabla 1.

Tabla 1. *Desencadenantes según Ruiz Bedia y Artega Manjón (2006)*

<b>ETAPA</b>	<b>FACTOR</b>
<b>Período Prenatal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hemorragia materna</li> <li>- Hipertiroidismo materno</li> <li>- Fiebre materna</li> <li>- Corioamnionitis (Infección de las membranas placentarias y del líquido amniótico que rodea el feto dentro del útero)</li> <li>- Infarto placentario (Degeneración y muerte parcial del tejido placentario)</li> <li>- Gemelaridad</li> <li>- Exposición a toxinas o drogas</li> <li>- Infección por sífilis, toxoplasma, rubeola, citomegalovirus, herpes, hepatitis o por el virus de la inmunodeficiencia adquirida (HIV)</li> <li>- Infartos cerebrales o por oclusión de vasos arteriales o venosos</li> <li>- Digénesis o malformaciones cerebrales</li> <li>- Factores genéticos</li> </ul>
<b>Período Perinatal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prematuridad (Cuando la edad gestacional es menor a 37 semanas)</li> <li>- Asfixia perinatal por una alteración en la oxigenación cerebral (Con subsiguiente encefalopatía hipoxicoisquémica, es una causa frecuente de PC en tanto recién nacidos pretérmino como en nacidos a término)</li> <li>- Hiperbilirrubinemia (Por aumento de la cifra de bilirrubina en sangre, que da origen a la ictericia en la piel)</li> <li>- Infecciones perinatales</li> </ul>
<b>Factores Postnatales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Traumatismos craneales</li> <li>- Meningitis o procesos inflamatorios de las meninges</li> <li>- Encefalitis (Procesos inflamatorios agudos del Sistema Nervioso Central)</li> <li>- Hemorragia intracraneal</li> <li>- Infarto o muerte parcial del tejido cerebral</li> <li>- Hidrocefalia (Por aumento del líquido cefalorraquídeo intracraneal y presión aumentada en algún momento de su evolución)</li> <li>- Neoplasias o tumores intracraneales</li> </ul>

Como afirman Perez y Hernandez (2008), existe una gran discusión en la comunidad científica acerca de la etiología de la PC, siendo que aproximadamente en la mitad de los casos diagnosticados no se puede definir a con certeza la etiología de la misma, aunque es frecuente que estos casos sean ligados a factores perinatales y generalmente estos están asociados a elementos que actúan en la etapa prenatal poniendo en desventaja al infante a la hora de enfrentar el estrés que supone el parto.

Voto (2001) afirma que en el estado actual en el que se encuentra el conocimiento científico sobre PC resulta difícil la prevención ya que los cambios y las nuevas tecnologías asociadas al cuidado perinatal han sido sumamente efectivas en cuanto a reducir de manera importante el nivel de morbimortalidad en los fetos neonatales, pero no en cuanto a una disminución en la frecuencia de aparición de la PC, ya que el número de infantes diagnosticados con PC se mantiene estable a pesar de las mejoras en los cuidados perinatales.

En torno a los sujetos con PC lo importante es considerar el progreso diario, por más mínimo que parezca, por lo que cabe aclarar que estas clasificaciones no trata de encasillar, sino, más bien se trata de una simple categorización con un fin didáctico y enunciativo (Ruiz Bedia & Artega, 2006).

#### **4.1.2 Tipos de Parálisis Cerebral.**

Los diferentes tipos de PC se encuentran clasificados según el trastorno motor predominante en el paciente, esto se refiere al nivel de movimiento involuntario que presentan, pudiendo ser espástica, disquinética, atáxica o mixta. A su vez se catalogan según cual o cuales extremidad/es afecte, pudiendo ser así PC unilateral -un solo hemisferio del cuerpo afectado- (Unilateral Hemiparesia o Monoparesia) o Bilateral -si se afecta ambos hemisferios- (Displejía, Triparesia y Tetraparesia).

### 4.1.3 Parálisis cerebral y trastornos asociados.

Existen distintos tipos de trastornos que son comúnmente asociados a la PC, algunos se encuentran más frecuentemente que otros, pero no dejan de resultar una dificultad más que presentan los pacientes diagnosticados con parálisis cerebral y que deben ser tenidas en cuenta a la hora de un diagnóstico adecuado, de cara a una posterior intervención más acertada en búsqueda de mejores resultados para hacer más llevadero el modo y calidad de vida de dichos pacientes.

Según Bax (2005, citado en Robina Castellanos, 2010) los trastornos motores de la PC se acompañan a menudo de trastornos sensoriales, cognitivos, de la comunicación, perceptivos, y/o de conducta, y/o por un trastorno convulsivo. Las frecuencias de estas patologías asociadas son variables según el tipo y la gravedad de las mismas.

Los diferentes trastornos asociados según Argüelles (2008) son:

- Trastornos sensoriales. Aproximadamente el 20% de los niños con PC posee además un déficit auditivo, en tanto que un 50% de ellos posee problemas visuales. Los niños con diplegia espástica son quienes frecuentemente poseen trastornos visuoespaciales por leucomalacia periventricular.
- Trastornos en el rendimiento cognitivo. Se pueden observar niños con un retraso mental severo con tetraplegia, oscilando hasta la normalidad en un 50-70% de los casos. Niveles menores de retraso mental se presentan en niños con hemiplejia y diplegia. Los problemas de comunicación y lenguaje son más frecuentes en niños con PC discinetica.
- Epilepsia. Aproximadamente el 50% de los niños con PC padecen de epilepsia. Presentándose más frecuentemente en pacientes con tetraplegia y en una menor medida en displejicos.
- Complicaciones. Las complicaciones más frecuentes en los pacientes con PC son las ortopédicas (luxaciones de cadera, escoliosis, contracturas musculoesqueléticas, osteoporosis). Por otro lado problemas digestivos (malnutrición, estreñimiento, dificultades para la alimentación, reflujo gastroesofágico). A su vez también las complicaciones pueden ser respiratorias (aspiraciones,

neumonías); y también alteraciones bucodentales, cutáneas, vasculares, y diferentes problemas que conllevan disconfort y dolores.

Es por estas razones que, como se recalca al principio de esta sección, es menester el conocimiento de este tipo de trastornos asociados para poder comprender la multiplicidad de afecciones comorbidas que conlleva la PC, insistiendo en que esto hace referencia a la dificultad del diagnóstico. El diagnóstico de PC en conjunto con todos estos trastornos asociados va a repercutir en la manera de integrarse socialmente. Nos detendremos de aquí en más a analizar más exhaustivamente el ámbito social respecto de los niños diagnosticados con PC.

#### **4.1.5 Parálisis cerebral y lenguaje.**

Para Campbell (1991, citado en Bernard, Lepage & Noreau, 1998) los niños con PC pueden mostrar un retraso en la adquisición de varias habilidades motrices, tanto como la motricidad fina o gruesa, o el habla. Este retraso puede producir limitaciones funcionales y provocar perturbaciones en el funcionamiento social.

Según Pennington, Goldbart y Marshall (2011), es probable que los niños con PC puedan presentar complicaciones en la comunicación desde los primeros meses, tendiendo a ser problemas crónicos del lenguaje y siendo probable que requieran de intervenciones a largo plazo mientras la PC sea una enfermedad persistente.

Como anteriormente ha sido mencionado, bien sabidas son las dificultades en las capacidades cognitivas de los pacientes con PC, como así sus limitaciones físicas en torno a los órganos utilizados en la expresión oral, comprometiendo así el lenguaje, entendido como el conjunto de símbolos y reglas representacionales, tanto en su comprensión como en su expresión Ruiz Bedia y Artega (2006).

Es por eso que los tratamientos en el lenguaje, deben apuntar a disminuir las barreras tanto físicas como de comunicación y las actitudes desfavorables, apuntando tanto a los pacientes con PC como a la sociedad en su conjunto, para no limitar tanto el crecimiento personal como la calidad de vida de estas personas (Basil, 1998).

Con la utilización de diversos sistemas de signos y ayudas técnicas se puede arribar a resultados igual de favorables en la comunicación que con el paciente usando su propia voz o sus manos para escribir, aunque no tan deseados. Esto favorecería la comunicación de la persona con sus seres queridos, con la sociedad en su conjunto, así como utilizar el lenguaje para aprender y desempeñarse correctamente en cualquier ámbito de la actividad humana (Basil, 1998). En lo que respecta a las instituciones argentinas uno de los recursos más utilizados para suplir las deficiencias en la comunicación de los niños con PC, es el del sistema de Lenguaje Alternativo Aumentativo, el cual se basa en una serie de pictogramas que son elegidos en conjunto entre el terapeuta y el paciente, a partir de los cuales se trabaja para que -una vez comprendidos los pictogramas- el niño pueda comunicarse sin precisar demasiada asistencia.

Debido a esto no se puede obviar la importancia de conseguir que los niños diagnosticados con PC puedan conseguir un desenvolvimiento socioemocional adecuado para una mejor calidad de vida. Logrando con todo lo antes expuesto mejorar los estándares de salud con respecto a este sector poblacional, que no es un tema menor a la hora de tenerlos en cuenta para generar diferentes proyectos y leyes en el marco de la Salud Pública.

#### **4.1.6 Parálisis cerebral y familia.**

Cabrera Perez (1996) dice que otro aspecto a tener en cuenta en cuanto a la población con parálisis cerebral es su entorno, y al estar bastantes restringidos en cuanto el desarrollo social, éste suele ser un núcleo pequeño, prácticamente supeditado a la familia y a las instituciones en las cuales están inmersos. Se han realizado diversos estudios sobre el impacto que genera en estas familias tener un integrante con una gran discapacidad o parálisis cerebral. Este tipo de investigaciones generalmente apunta más al enfoque de estas familias como *patológicas* desde el sentido en que se estudia a partir del supuesto que estas familias están expuestas a mucho más estrés, luego su acento se puso en cómo manejar estos montos de estrés y a quienes afectaba más; y por ultimo a un proceso de adaptación y los recursos de afrontamiento de las familias.

Hoy los paradigmas han ido evolucionando y se comenzó a estudiar desde la perspectiva de apoyo a la familia y el fomento de la autonomía de las mismas como

fundamento base para las investigaciones, tratando de guiarse por el modelo ecológico planteado por Bronferbrenner en 1977 en el cual se planteaba el estudio de la discapacidad desde un punto de vista social. Por su parte, Badia Corbella (2005) refiere a que este nuevo paradigma de estudio sobre la discapacidad en relación con la familia y la sociedad no pone el énfasis sólo en las limitaciones de la persona con discapacidad, sino, por el contrario, en las adaptaciones que se necesitan por parte del entorno para que el grupo familiar pueda experimentar la calidad de vida y de cómo los servicios de apoyo, como los actores sociales, son factor fundamental a la hora de mejorar las situaciones particulares de cada una de estas familias.

Por otra parte, la Conserjería de Educación, Ciencia y Tecnología (2014) sugiere brindar información a la familia en la cual se exponga con claridad la problemática que poseen sus hijos y los orígenes de la misma, así como también distinguir las posibilidades del infante, para poder ofrecerle diferentes actividades para realizar en conjunto, de tal forma que aprehendan la manera de relacionarse con su hijo, mejorando así la interacción entre los mismos, base y guía sobre las que luego el niño podrá relacionarse con los demás fuera del ámbito familiar.

#### **4.2. Habilidades sociales. Antecedentes.**

Uno de los precedentes más insoslayables de las habilidades sociales es la inteligencia interpersonal, descrita por Gardner (1995) comprendiendo a la habilidad para diferenciar la propia persona de los demás seres sociales y particularmente entre sus estados de ánimo, su personalidad, sus intenciones y su motivación. Siendo la capacidad del niño para discernir entre los individuos a su alrededor y conocer así sus diferentes estados de humor. Cuando ésta se desarrolla aún más posibilita al adulto hábil poder conocer las intenciones y deseos de otros individuos aunque estos estén escondidos y actuar en base a este conocimiento, por ejemplo para influir sobre otras personas a comportarse de determinada manera.

Otro precedente importante es la teoría del apego de Bolwby (1980), teniendo en cuenta que explica la primera socialización del infante, sentando precedente así para las futuras maneras de relacionarse de la persona. Según lo propuesto por este autor el modelo representacional es una imagen mental de sí mismo y de sus relaciones con los demás. Esto

se construirá a partir de su relación con las figuras de apego que servirá a la persona para poder conocer e interpretar los actos e intenciones de los demás así como también para dirigir su conducta. Es por eso que el modelo representacional es un precedente que dirigirá e influenciará la conducta de la persona en sus relaciones sociales.

### **1.2.1 Habilidades sociales. Definición.**

La segunda variable más importante de este trabajo son las habilidades sociales o habilidades sociemocionales, ambos constructos que no difieren de manera determinante en cuanto su contenido. Para Caballo (2007) se encuentra una gran dificultad ante la falta de una teoría general que pueda incluir en ella todos los aspectos menesteres a la cuestión de las habilidades sociales como son la práctica, la evaluación y el entrenamiento en las habilidades sociales, siendo esta una cuestión pendiente a resolver para un mejor estudio del tema que nos convoca.

La habilidad social es descripta, acotada pero no por eso menos precisa, por Luca de Tena, Rodriguez y Sureda (2001) como un comportamiento o tipo de pensamiento que lleva a resolver la situación social de manera efectiva, es decir, aceptable para el propio sujeto y para el contexto social en el que está.

Siguiendo esta línea conceptual acerca de las habilidades sociales, Caballo (1987) define a éstas como un conjunto de comportamientos que realiza un individuo en su vida en sociedad en el que puede expresar, de una manera adecuada y respetando las conductas de los demás, los diferentes deseos, sentimientos, actitudes, opiniones y derechos, que generalmente ayuda a resolver problemas presentados en una situación inmediata y, a su vez disminuir la posibilidad de ocurrencia de futuros problemas.

Monjas y Moreno (2000) hacen un resumen las habilidades sociales como un conjunto de competencias conductuales que posibilitan que el niño mantenga relaciones sociales positivas con los otros y que afronte, de modo efectivo y adaptativo, las demandas del entorno social, aspectos estos que contribuyen significativamente, por una parte, a la aceptación por los compañeros y, al adecuado ajuste y adaptación social.

Habiendo aún poco consenso entre las definiciones de las habilidades sociales y las habilidades socioemocionales cabe recalcar que las diferencias en los constructos son

ínfimas, como se observará en las siguientes definiciones de las habilidades socioemocionales.

Para Darder (2007) las habilidades socioemocionales son el conjunto de habilidades, tanto cognitivas como sociales que configuran unos comportamientos interpersonales afectivos en los diferentes ámbitos de relación. Son la traducción comportamental de la Inteligencia Social de Gardner (1995).

Las habilidades socioemocionales conforman una cantidad de competencias individuales que funcionan en pos de facilitar las diferentes relaciones interpersonales de los individuos. Este conjunto de competencias individuales están directamente relacionadas y en conexión con las emociones. Por lo que estas habilidades socioemocionales constituyen, en los diferentes grupos sociales, un clima que es favorable al trabajo en grupo generando así una mejor producción y satisfacción en los diferentes individuos (Alzina Bisquerra, 2005).

Más allá de los inconvenientes para clarificar la definición de los constructos y su modo de evaluación, en el presente trabajo se identificará tanto a las habilidades sociales como a las habilidades socioemocionales dentro de una misma idea, procediendo así a tomarlas como el mismo constructo, es decir entendiéndolas como sinónimos.

Es menester estudiar las habilidades sociales para la investigación e intervención, siendo psicoeducativa o clínica, en el terreno de las relaciones interpersonales y de la inadecuación social. Queda claro, entonces que es un constructo multidimensional y que posee una especificidad situacional siendo ésta la razón por la cual se hace dificultoso su estudio. A pesar de esto, es completamente necesaria la utilización de este tipo de variables cuando se apunta a realizar estudios en pos de una mejor integración e interacción social de determinado grupo, pudiendo tomar de ello lo necesario para una mejoría en cuanto a estándares de vida.

#### **4.2.2 Habilidades sociales: Entrenamiento y relación con estrés.**

Luego de exponer la importancia de las habilidades sociales respecto de un mejor relacionamiento social y ampliación de las redes de contención, el trabajo con estas también han demostrado ser eficaces para un mejor afrontamiento al estrés y un aumento en la capacidad de resolución de problemas. A partir de esta situación se han creado diferentes programas de entrenamiento en habilidades sociales y se han hecho investigaciones sobre estos entrenamientos en cuanto a su efectividad.

Orviz y Lema (2000) afirman, en un estudio realizado sobre el entrenamiento en habilidades sociales (EHS), que los resultados obtenidos aluden a un gran beneficio para las personas que realizaron el EHS, aunque es discutible su generalización. También se concluye que estos beneficios deben ser enmarcados en una intervención psicosocial mucho más amplia que solamente el EHS, debiéndose tener esto muy en cuenta a la hora de intentar extrapolar estos resultados en otras poblaciones.

Lorenzo y Bueno (2011) luego de realizar un programa de entrenamiento de habilidades sociales en fútbol base sobre una población de niños de 8 años de edad, arribaron a la conclusión de que el EHS ha derivado en un aumento de las conductas asertivas de los niños, así como también una disminución considerable en cuanto a las conductas agresivas y pasivas que se presentaban.

Por otro lado, existen estudios en las que se procede a investigar en búsqueda de un mayor conocimiento de la influencia de las habilidades sociales en relación con el afrontamiento al estrés infantil. En este sentido Vega, Gonzalez, Anguiano, Nava y Soria (2009) afirman en los resultados de su investigación que la relación entre habilidades sociales y estrés infantil es positiva, siendo que los niños con un mayor nivel de habilidades sociales poseen una base mejor para el afrontamiento del estrés, presentando un menor nivel de estrés, es decir que a un menor nivel de habilidades sociales son menos los recursos para un afrontamiento eficaz del estrés, elevando el nivel del mismo.

Por lo que deja en claro que la influencia de las habilidades sociales sobre el estrés de los niños es un dato significativo no debiéndose dejar de lado la ocupación y la preocupación de mejorar el nivel de habilidades sociales en los niños diagnosticados con Parálisis cerebral ya que es de suma importancia para que éstos puedan manejar mejor su

relación y afrontamiento con el estrés al que se encuentran supeditados en su vida cotidiana.

#### **4.2.3 Habilidades sociales y parálisis cerebral.**

Es sumamente difícil encontrar la convergencia de estas variables en estudios científicos, ya que poco se ha estudiado sobre el tema, dejando de lado la importancia que podría tener un mayor conocimiento en la materia para mejorar la calidad de vida de los niños y adolescentes con PC.

Es comprensible, en este punto, que poseer un deterioro en las habilidades y competencias para las relaciones interpersonales es sumamente relevante para los estándares de vida de los individuos, por lo que mejorar las habilidades sociales en los pacientes diagnosticados con PC pudiera devenir en una mejor integración en la sociedad así como también un crecimiento en los estándares de salud y bienestar de estos.

Se debe entender aquí, que las dificultades de un niño con PC para un correcto desarrollo de las habilidades sociales se presentan en una doble manera, ya que por una parte su propia discapacidad y los trastornos asociados con ella –como ya se ha nombrado anteriormente- los limita en cuanto a la falta de independencia y autonomía para alimentarse, higienizarse y desplazarse; la posibilidad de una buena comunicación debido a sus falencias y las dificultades para realizar cualquier tipo de actividades recreativas o educativas. La otra manera en la que se presentan estas dificultades para un correcto desarrollo de las habilidades sociales es que la infraestructura social no se encuentra correctamente adaptada para este sector de la sociedad afectado con PC y otras minusvalías ya sea por barreras arquitectónicas, sentimientos de lástima, poca actividad recreativa en la que puedan participar, entre otras (Cabrera Perez 1996).

Morales, Fernández, Infante, Trianes y Cerezo (2009) coinciden en que es esperable que las intervenciones que proporcionan apoyo social afecten positivamente sobre el autoconcepto, las habilidades sociales y la autoestima de los niños y adolescentes discapacitados motores. Normalmente los individuos reciben apoyo de sus redes sociales más cercanas. Sin embargo, esto no sucede así en los casos de las personas con discapacidades motoras, ya que debido a sus restricciones para relacionarse con un espectro

social más amplio, están supeditados a un apoyo reducido y más íntimo, ligado a los familiares y las instituciones en las que se encuentran.

En conclusiones de otra investigación se pudo afirmar que trabajar sobre las habilidades sociales en este sector de la población produjo un cambio fehaciente en las habilidades sociales de los adolescentes con discapacidad motora que puede ayudar a disminuir las situaciones de desventaja social que estos poseen, a la vez de aumentar la confianza en sí mismos y tener una mayor capacidad de relación con pares (Morales et al., 2009)

A pesar de las restricciones que poseen los pacientes con PC para relacionarse fuera de su ámbito más íntimo, hoy, gracias a la globalización, surgieron nuevas herramientas para poder establecer diferentes relaciones interpersonales a través de internet. Algunas de estas herramientas -como las redes sociales- suelen disminuir las barreras que se les presentan a los pacientes con PC, pudiendo a través de estas establecer relaciones sociales *online*, ampliando así su espectro de relaciones. En concordancia con ésta línea de pensamiento, Suriá (2012) una investigación realizada en España, afirma que las personas con discapacidad motora (entre ellas pacientes diagnosticados con PC), encuentran a través de internet una vía más accesible para establecer relaciones sociales con más facilidad que de la manera tradicional.

En cuanto a las habilidades sociales, esta investigación sugiere que los jóvenes con discapacidad motora hacen una valoración positiva en cuanto a que el uso de las redes sociales para mantener relaciones interpersonales *online* ha mejorado el nivel de habilidades sociales que poseían. Denotando así que las relaciones sociales establecidas a partir de la red, son valoradas como auténticas y no como superficiales o banales (Suriá, 2012)

## **5. Metodología**

### **5.1 Participantes**

Los participantes fueron 20 alumnos asistentes a los diferentes grupos del Área Educativa de la institución, de 6 a 15 años divididos en distintos grupos según las edades de cada uno. Todos los participantes poseían un diagnóstico definido de Parálisis Cerebral, así como también, algunos de ellos presentan trastornos psicopatológicos asociados. La muestra posee una media de 9.95 con respecto a la edad, así como un desvío estándar de 10.49 con respecto a ésta variable. En cuanto a la variable del sexo se buscó contar con una muestra en la que se encuentran un dividida en un 50% para cada sexo.

### **5.2 Instrumentos**

Los instrumentos utilizados en esta investigación fueron las historias clínicas de los alumnos y la escala observacional de Habilidades Socioemocionales, siendo este último un material inédito de circulación interna realizado por el Lic. Horacio Navarre.

La escala observacional de habilidades socioemocionales se trata de un instrumento de inédito de circulación interna de la institución en defensa del infante neurológico, el cual está compuesto por 4 niveles de habilidades socioemocionales, éstos niveles son: Habilidades sociales básicas (Vinculación primaria: Regulación de conducta ante necesidades básicas, respuesta a la interacción del adulto, manifiesta agrado/desagrado), Habilidades sociales nivel II (Adaptación de normas, intencionalidad vincular secundaria, regulación inducida), Habilidades sociales nivel III (Grupalidad, aptitud para el aprendizaje emocional, autorregulación), Habilidades sociales nivel IV (Empatía, introspección, resolución adaptativa de conflictos, afrontamiento positivo, orientación a la autonomía, iniciativa hacia proyecto personal); con un nivel de puntuación para cada una que va de 0 (No aplica) a 4 (Logrado). El instrumento además posee una grilla en la que se detalla el grado de déficit cognitivo en un rango de *Sin Retraso Mental* a *Retraso Mental Severo*, y dos apartados en los que se aporta información adicional como ser Indicadores de trastornos psicopatológicos asociados y Apreciación del entorno familiar.

### **5.3 Procedimiento**

Se realizó la recolección de datos tomando la Escala Observacional de Habilidades Socioemocionales a los integrantes del grupo Área Educativa durante el período de dos meses. Todos los sujetos fueron evaluados por quien remite el presente trabajo. A su vez, se revisaron las historias clínicas.

Con los datos recolectados se calcularon pruebas U-de Mann Whitney para comparar dos grupos. Se optó por análisis no paramétricos debido al reducido tamaño de los grupos de la muestra.

### **5.4 Tipo de Estudio y diseño.**

Se realizó un diseño no experimental, y un estudio correlacional, de diferencias entre grupos.

## **Desarrollo**

### **6.1. Analizar si existen diferencias en los diferentes niveles de las habilidades socioemocionales de los alumnos del Área Educativa con parálisis cerebral en función del género.**

Debido a que las habilidades socioemocionales básicas presentaron el valor constante de 3, se calcularon solamente aquellas correspondientes a las habilidades de nivel II, III y IV.

Se compararon los rangos promedios para mujeres y varones mediante la prueba de U de Mann-Whitney no hallándose diferencias según sexo. Los resultados se detallan en la Tabla 2.

Tabla 2.

*Habilidades socioemocionales. Diferencias según sexo.*

	Rango promedio		Estadísticos	
	Mujeres	Varones	Z	Sig.
<b>HS Nivel II</b>	10,50	10,50	,000	,999
<b>HS Nivel III</b>	10,25	10,75	-,207	,836
<b>HS Nivel IV</b>	10,35	10,65	-,122	,903

Los resultados difieren de investigaciones previas, como por ejemplo, la efectuada por Suriá (2012) en la que reportó que las mujeres con discapacidad motora (entre ellas, pacientes con PC) son quienes más se relacionan a través de redes sociales y afirma que éstas mejoran su nivel de habilidades sociales a partir de las redes online y los hombres lo hacen también pero en menor medida.

**6.2. Analizar si existen diferencias en los diferentes niveles de las habilidades socioemocionales de los alumnos del Área Educativa con parálisis cerebral en función del déficit cognitivo que presentan.**

Previo al análisis de las diferencias en las habilidades socioemocionales según déficit cognitivo se examinaron las frecuencias de esta última variable. Como puede observarse en la Tabla 3, solo se halló un sujeto con déficit leve, y otro con déficit profundo. Por ende, para poder realizar un análisis estadístico apropiado, se eliminaron dichos casos con el fin de tener grupos más balanceados en tamaño y con por lo menos dos sujetos en cada uno.

Tabla 3.

*Déficit cognitivo. Frecuencias.*

	Frecuencia	Porcentaje
<b>Leve</b>	1	5,0
<b>Moderado</b>	9	45,0
<b>Severo</b>	9	45,0
<b>Profundo</b>	1	5,0

De este modo, nuevamente se calculó la prueba de U de Mann-Whitney según los niveles moderado y severo de déficit cognitivo. En la tabla 4 se detallan los resultados. Como puede observarse, se detectaron diferencias estadísticamente significativas en el nivel III de habilidades socioemocionales, exhibiendo los sujetos del nivel moderado de déficit cognitivo mayores valores.

Tabla 4.

*Habilidades socioemocionales. Diferencias según déficit cognitivo.*

	Rango promedio		Estadísticos	
	Moderado	Severo	Z	Sig.
<b>HS Nivel II</b>	10,00	9,00	-,458	,647
<b>HS Nivel III</b>	11,83	7,17	-2,028	,043
<b>HS Nivel IV</b>	9,50	9,50	,000	,999

Como expone Arguelles (2008) alrededor del 70% de los niños poseen algún nivel de déficit cognitivo, complicando así el lenguaje y por ende su comunicación, en este sentido se observa que el 100% de los niños evaluados poseía algún nivel de déficit cognitivo, por lo que se evaluó a la población en búsqueda de diferencias que se encontraron significativas. Es por esto que en este sector de la población se debería acentuar, como explica Ruiz y Artega (2006) en los aspectos positivos de las características psicológicas en estos niños, a partir de los recursos presentes y en base a eso construir para mejorar los niveles de Habilidades Sociales que presentan.

Como afirma Campbell (1991, citado en Bernard, Lepage & Noreau, 1998) estos niños diagnosticados con Parálisis cerebral suelen mostrar, debido a los déficits cognitivos, un retraso en la adquisición del habla, siendo esto causal de limitaciones funcionales pudiendo de esta manera provocar perturbaciones en el aspecto de las relaciones sociales y su funcionamiento, afectando así de manera directa a la adquisición de las habilidades socioemocionales de un mayor nivel.

**6.3. Analizar si existen diferencias en los diferentes niveles de las habilidades socioemocionales de los alumnos del Área Educativa con parálisis cerebral a partir de la presencia o ausencia de trastornos psicopatológicos asociados.**

Para responder al objetivo 3, nuevamente se efectuó la prueba de U de Mann-Whitney comparando las habilidades socioemocionales según presencia de psicopatología, no hallándose diferencias estadísticamente significativas (Tabla 5).

Tabla 5.

*Habilidades socioemocionales. Diferencias según presencia de psicopatología.*

	Rango promedio		Estadísticos	
	Con Patología	Sin Patología	Z	Sig.
<b>HS Nivel II</b>	10,88	9,79	-,457	,648
<b>HS Nivel III</b>	11,50	8,64	-1,130	,258
<b>HS Nivel IV</b>	10,42	10,64	-,085	,932

Según Bax, (2005, citado en Robina Castellanos, 2010) gran parte de la población con Parálisis Cerebral posee, además trastornos psicopatológicos asociados a este diagnóstico. Estos varían desde diferentes tipos de trastornos sensoriales, de conducta, de la percepción, de la comunicación, déficits cognitivos, hasta trastornos convulsivos. Siendo que la mayoría de la población posee alguno o varios de estos trastornos asociados es necesario el conocimiento acerca de la existencia o no de una relación positiva entre las habilidades sociales y estos diferentes tipos de trastornos asociados, que en este caso no fue significativa. Aun siendo los resultados no favorables en la asociación, probablemente debido al tamaño de la muestra, debe seguir indagándose, debido a que alrededor de un 20% de los niños con PC posee un déficit auditivo y rondando el 50% de estos poseen problemas visuales, además de un alto porcentaje en trastornos del sistema respiratorio como alteraciones bucodentales (Arguelles, 2008). En esta muestra particular más del 50% de los niños son afectados por alguno de estos trastornos psicopatológicos asociados, por lo que debe continuar investigándose, ya que estas dificultades son claras barreras para la adquisición e incorporación de diferentes habilidades sociales y con este conocimiento

intentar disminuir las situaciones de desventaja social en las que se encuentran éstos pacientes.

## **7. Conclusiones**

Retomando la hipótesis 1 en la que se afirmaba que el grupo de hombres diagnosticados con parálisis cerebral presentan un mayor nivel de habilidades socioemocionales, no se halló evidencia a favor de la misma debido a que no se detectaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos sexos por lo que no podría realizarse un análisis acerca de las diferencias que pudieran haberse observado durante el transcurso de las prácticas profesionales.

En relación a la hipótesis 2 - Analizar si existen diferencias en los diferentes niveles de las habilidades socioemocionales de los alumnos del Área Educativa con parálisis cerebral en función del déficit cognitivo que presentan-, el grupo con déficit cognitivo moderado presentó un mayor nivel de habilidades socioemocionales con respecto del grupo con déficit cognitivo severo.

Finalmente, en relación a la hipótesis 3 -El grupo de jóvenes sin presencia de trastornos psicopatológicos asociados presenta un mayor nivel de habilidades socioemocionales-, tampoco se halló evidencia a su favor.

Los resultados marcan una tendencia que se pudo observar durante la práctica profesional, debido a que se podían notar diferencias en las habilidades sociales de los niños con un mayor nivel de déficit cognitivo, siendo para éstos un poco más difícil la autorregulación de las emociones, como la relación con los pares y los profesionales, un ejemplo claro de uno de los niños con mayor déficit cognitivo al no obtener lo que quería en ese momento –que era seguir con la actividad que era un juego- no detenía los llantos y los gritos a pesar de los intentos tanto de los integrantes del grupo como los profesionales de la sala por calmarlo. Probablemente debido a las dificultades personales para poder expresarse claramente con respecto a sus sentimientos y poder reconocer los sentimientos y emociones de los demás, a pesar de la constante ayuda y estimulación, como la utilización

de técnicas de lenguaje alternativo y las técnicas y estrategias dirigidas a poder sortear estas barreras, como afirma Basil (1998)

En el transcurso de las prácticas profesionales también se pudo ver el efecto positivo que tiene el nivel de estimulación que reciben los niños en la institución, dándoles herramientas para mejorar sus relaciones sociales, tanto dentro como fuera del ámbito institucional. Los niños también utilizan las redes sociales como una de estas herramientas a su favor, estimulados por los profesionales de la institución siendo así como explica Suriá (2012) en donde el nivel de apoyo social percibido y el nivel de habilidades sociales han mejorado.

Durante la investigación también se han presentado ciertas limitaciones que influyeron en los resultados y en el desarrollo de la misma, por lo cual no deben dejar de ser tomadas en cuenta a la hora de realizar futuras investigaciones, para no incurrir en los mismos problemas. Es menester, en este sentido, nombrar a continuación cuáles fueron las limitaciones que ocurrieron en este trabajo. Estas están referidas principalmente al tamaño de la muestra, ya que es bastante reducido. Con un tamaño muestral mayor se podría llegar a resultados más acertados acerca de las variables estudiadas. Por otra parte la guía de observación de habilidades sociales es un material de circulación interna de la institución, el cual no se encuentra validado aún. Estas son las limitaciones presentadas en el trabajo en cuanto a la muestra y a los instrumentos, por otro lado la falta de un consenso en la definición de una de las variables (Habilidades Sociales) lo hace un poco más dificultoso a la hora de ser estudiada, como explica Caballo (2007). Sumado a esto, se encuentra una falta de investigaciones en la que se relacionen las variables de Habilidades Sociales y Parálisis Cerebral.

Habiendo definido las limitaciones que afectaran a esta investigación, la disposición de la misma es proponer diversos enfoques que apunten a dar mayor claridad a cerca de estas variables, generando así un mayor conocimiento en la materia que pueda ser tomado en cuenta para un mejor tratamiento de la PC.

A partir de esto se pueden proponer como futuras líneas de investigación la búsqueda de la relación entre estas variables en una población más amplia, ya que siendo la

muestra mayor en número de participantes se pueden arribar a resultados más certeros, además de poder generalizar los resultados de las mismas.

Se podría expandir la investigación agregando como variable un entrenamiento en habilidades sociales con población control, como los estudios realizados por Orviz y Lema (2000) en donde se arribaron a resultados positivos sobre estos entrenamientos. A su vez Lorenzo y Bueno (2011) también arribaron a resultados positivos utilizando el EHS. Es por eso que es necesario seguir éstas líneas de investigación para llegar a un conocimiento más profundo sobre el tema, el cual se podría traspolar a diferentes tipos de intervenciones y medidas para mejorar la calidad de vida de la población con PC y sus familias.

Además de los estudios sobre habilidades sociales y parálisis cerebral se podría sumar la variable del estrés, pudiendo así comprobar si existe un mejor afrontamiento de estrés cuando mayores son los niveles de habilidades sociales en los niños diagnosticados con parálisis cerebral, pudiendo así también encontrar la manera de reducir el gran estrés al que se encuentran expuestos constantemente estos niños, basados en los resultados positivos que se han encontrado en investigaciones realizadas por Vega et. al. (2009) en donde afirman que un mayor nivel de habilidades sociales mejora el enfrentamiento al estrés de los niños.

Por otra parte, también deberían extenderse las investigaciones sobre los diferentes niveles de retraso madurativo y su relación con las habilidades socioemocionales para poder luego establecer si esta relación es causal y así lograr hacer foco sobre las poblaciones de niños con Parálisis Cerebral que presenten niveles severos y profundos de déficit cognitivo. Pudiendo establecer así estrategias de intervención que mejoren sus herramientas de afrontamiento, como son las habilidades socioemocionales.

La relación entre las habilidades sociales y la parálisis cerebral continúa siendo un campo fértil para realizar diversos tipos de investigaciones, acentuando nuevamente en la importancia de las HS como herramienta para mejorar los estándares de vida. Pudiéndose agregar a nuevas futuras investigaciones también la variable de calidad de vida, para poder afirmar fehacientemente la relación positiva entre ambas.

## BIBLIOGRAFIA

- Argüelles Póo, P. (2008) Parálisis cerebral infantil En Narbona García J., Casas Fernández C. (Coord.) *Protocolos de diagnóstico terapéuticos de la AEP: Neurología Pediátrica*. (pp. 271-277) Barcelona: Asociación española de Pediatría.
- Asociación en Defensa del Infante Neurológico (s.f.). Preguntas Frecuentes: ¿Qué es la parálisis cerebral? Recuperado el 08 de Junio de 2013, de <http://www.aedin.org>
- Badía Corbella, M. (2005). Calidad de vida familiar: La familia como apoyo a la persona con parálisis cerebral. *Psychosocial Intervention*, 14(3), 325-341
- Bisquerra Alzina, R. (2005). Educación emocional: marco conceptual y aplicaciones prácticas. En M. Perez Solis, A. Rivera Otero (Comps.), *La orientación escolar en centros educativos* (pp. 287-318). España: Ministerio de educación y ciencia.
- Bernard, P., Lepage, C. & Noreau, L. (1998) Association between characteristics of locomotion and accomplishment of life habits in children with Cerebral Palsy. *Physical Therapy*, 78(5), 458-469
- Bolwby, J. (1980). *La pérdida afectiva. Tristeza y depresión*. Barcelona: Paidós.
- Caballo, V. (1987). Evaluación de las habilidades sociales. En R. Fernández-Ballesteros & J.A. Carrobles (Comps.) *Evaluación Conductual: Metodología y Aplicaciones* (pp. 553-593). Madrid: Pirámide.
- Caballo, V. (2007). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Madrid: Siglo XXI.
- Cabrera Pérez, Lidia (1996). Evaluación y desarrollo de habilidades sociales en niños y niñas con parálisis cerebral. *Qurrículum*, 12-13 (164-185)
- Confederación Española de Federaciones y Asociaciones de Atención a Personas con Parálisis Cerebral y Afines. (s.f.) *Mi bebé tiene parálisis cerebral ¿Qué hacer? Guía para padres primerizos*. Recuperado el 10 de Diciembre de 2013 de [http://www.aspace.org/images/publicaciones/GUIA\\_DE\\_PADRES.pdf](http://www.aspace.org/images/publicaciones/GUIA_DE_PADRES.pdf)

- Conserjería de Educación, Ciencia y Tecnología. Dirección general de Formación Profesional y Promoción Educativa (s.f.) *Guía para la atención educativa del alumnado con deficiencia motora*. Recuperado el 15 de Octubre de 2014 de <http://recursos.educarex.es/pdf/recursos-diversidad-DGCEE/guiadefmot.pdf>
- Darder, P. (2007) *Emociones y educación: Que son y como intervenir desde la escuela*. Barcelona: Graó.
- Gardner, H. (1995) *Estructuras de la mente. La teoría de las inteligencias múltiples*. Buenos Aires: Fondo de cultura económica.
- Larguía, A. (2000). Consenso argentino sobre Parálisis Cerebral: El rol del cuidado perinatal. *Arch Argent Pediatr*, 98(4), 253-257.
- Lorente Hurtado, I. (2007) La parálisis cerebral. Actualización de concepto, diagnóstico y tratamiento. *Pediatr Integral XI* (8), 687-698.
- Lorenzo Fernandez, M. & Bueno Moreno, M. (2011). Entrenamiento de habilidades sociales en futbol base: Propuesta de intervencion. *Revista internacional de ciencias sociales y humanidades*, 21(2), 39-52.
- Luca de Tena, C., Rodriguez, R. I. & Sureda, I. (2001) *Programa de habilidades sociales en la enseñanza secundaria obligatoria*. Málaga: Aljibe.
- Monjas Casares, M.I. & González Moreno, B. (2000) *Las habilidades sociales en el currículo*. Madrid: Ministerio de educación, Centro de investigación y documentación educativa.
- Morales M., Fernández F., Infante L., Trianes M. & Cerezo M. (2009) Eficacia de una intervención para incrementar apoyo social en adolescentes discapacitados motores a partir del voluntariado de estudiantes de educación secundaria. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 1(45), 139-148
- Muñoz Madrigal, A. (2007) Familias ante la parálisis cerebral. *Intervención Psicosocial*. 16(1).
- Orviz Garcia, S. & Lema Bartolomé, M. (2000). Generalización de los efectos del entrenamiento en los programas de habilidades sociales. *Psychosocial Intervention*, 9(1), 117-126.

- Pennington L., Goldbart J. & Marshall J. (2011) Speech and language therapy to improve the communication skills of children with cerebral palsy. *The Cochrane Library, issue 9*.
- Perez Alvarez, L. & Hernandez Vidal, A. (2008). Parálisis Cerebral Infantil: Características clínicas y factores relacionados con su atención. *Archivo Medico de Camagüey, 12(1)*, 1-9.
- Robaina Castellanos, G. R. (2010). Factores antenatales de riesgo de parálisis cerebral. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología, 36(2)*.
- Rosell, C., Soro-Camats, E. & Basil, C. (1998). *Sistemas de signos y ayudas técnicas para la comunicación aumentativa y la escritura* (pp. 7-22). Barcelona: Masson.
- Ruiz Bedia, A. & Artega Manjón (2006) Parálisis cerebral y discapacidad intelectual. En Del Barrio, J. (Coord.) *Síndromes y apoyos. Panorámica desde la ciencia y desde las instituciones*. (pp. 363-394) Madrid: Colección FEAPS.
- Suria Martínez, R. (2012). Redes sociales online y su utilización para mejorar las habilidades sociales en jóvenes con discapacidad. *Psychological Writings, 5(3)*, 16-23.
- Toledo González, M. (1998) *La parálisis cerebral: Mito y realidad*. Sevilla: Universidad de Sevilla, Servicio de publicaciones.
- Valdez Malangón, J. (2007) Actualizaciones en neurología infantil: Parálisis Cerebral. *Medicina, 67 (6/1)*, 586-592.
- Vega Valero, C., Gonzalez Betanzos, F., Anguiano Serrano, S., Nava Quiroz, C., Soria Trujano, R. (2009). Habilidades Sociales y Estrés infantil. *Journal of behavior, health & social issues, 1(1)*, 7-13.
- Voto, L. (2001). Consenso argentino sobre Parálisis Cerebral: El rol del cuidado perinatal. *XXXVII Reunión Anual Nacional de la Federación Argentina de Sociedades de Obstrricia de Obstetricia y Ginecología*.
- Yelin, B. (1997). Diagnóstico temprano de la parálisis cerebral. *Revista de Neurología, 25(141)*, 725-727.

## ESCALA OBSERVACIONAL DE HABILIDADES SOCIOEMOCIONALES

Horacio Navarre

### Guía de referencias: Desarrollo socioemocional:

#### **Habilidades sociales básicas:**

- Se vincula con su grupo primario de pertenencia (puede incluir a cuidadores significativos) reconociendo su presencia mediante algún tipo de manifestación (gestual o corporal)
- Regulación conducta ante necesidades básicas, por ejemplo cesando de llorar o quejarse si se satisface su necesidad de alimentación, higiene, abrigo, refrigeración, o atención.
- Manifiesta respuesta a la interacción del adulto (gestual o preverbal)
- Manifiesta agrado/desagrado ante estímulos sensoriales o afectivos.
- Puede manifestar pedido de atención

#### **Habilidades Sociales Nivel II:**

- Reconoce y acepta normas que impliquen posponer una satisfacción inmediata, por ejemplo aceptando toma de turnos, tolerando la espera, reconociendo rutinas.
- Manifiesta interés/agrado ante la presencia de personas dentro de su grupo de pertenencia secundario (compañeros de sala, profesionales y otras personas de su entorno no familiar).
- Responde a la interacción con el adulto, y muestra intencionalidad comunicativa.
- Puede lograr cierta regulación de su conducta al ser inducido por un adulto, por ejemplo, aceptando esperar si se le hace saber que pronto será asistido/atendido en su requerimiento.
- Logra expresar deseos y emociones a través de gestos, palabras o CAA
- Puede expresar Si y No

#### **Habilidades Sociales de Nivel III:**

- Manifiesta sentido de pertenencia a su grupo de vinculación secundaria (grupalidad)
- Demuestra aptitud para el aprendizaje emocional, reconociendo estados emocionales diversos en sí mismos y en otras personas con las que interactúa.
- Puede atribuir intención y sentido a las conductas de otras personas (Teoría de la Mente)
- Logra cierto grado de autorregulación sin necesidad de ser inducido por el adulto repetidamente

#### **Habilidades Sociales de Nivel IV:**

- Logra introspección de estados emocionales o situaciones significativas
- Puede hacer empatía con otras personas de su entorno significativo
- Puede resolver conflictos vinculares de manera adaptativa, apelando a recursos apropiados y pertinentes.
- Manifiesta recursos de Afrontamiento positivo ante procesos de duelo vinculados a sus desafíos biológicos.
- Muestra motivación y empeño en alcanzar mayor grado de autonomía, acorde a sus posibilidades funcionales.
- Demuestra iniciativa y proactividad con relación a proyectos personales.

**ESCALA OBSERVACIONAL DE HABILIDADES SOCIOEMOCIONALES**  
Horacio Navarre

**Paciente:**

**Edad:**

**Fecha:**

**Diagnóstico:**

**Déficit cognitivo:**

- S/RM                       Moderado                       Profundo  
 Leve                       Severo

**Desarrollo socioemocional\*:**

	Nivel alcanzado	Consignar el mayor desarrollo alcanzado en cada nivel, según la siguiente escala:
<b>Habilidades sociales básicas</b> (vinculación primaria; regulación conducta ante necesidades básicas, respuesta a la interacción del adulto, manifiesta agrado/desagrado)		0: No aplica 1: Inicial 2: Parcialmente logrado 3: Logrado
<b>Habilidades Sociales Nivel II</b> (aceptación de normas, intencionalidad vincular secundaria, regulación inducida)		
<b>Habilidades Sociales de Nivel III</b> (grupalidad, aptitud para el aprendizaje emocional, autoregulación)		
<b>Habilidades Sociales de Nivel IV</b> (empatía, introspección, resolución adaptativa de conflictos, afrontamiento positivo, orientación a la autonomía, iniciativa hacia proyecto personal)		

\* Autor: Horacio Navarre, Buenos Aires, 2010. Consultar guía de aplicación

**Indicadores de Trastornos Psicopatológicos Asociados** (Si-No, especificar):

**Apreciación del entorno familiar:**