

**MÁSTER UNIVERSITARIO EN ESTUDIOS AVANZADOS SOBRE EL
LENGUAJE, LA COMUNICACIÓN Y SUS PATOLOGÍAS**

CURSO ACADÉMICO 2022/2023

TRABAJO DE FIN DE MÁSTER

La salud mental en padres y madres de niños y niñas
diagnosticados con trastornos relacionados con la
comunicación, el habla y el lenguaje.

Irene Latorre Sos

Marta Puebla Guedea

Junio de 2023

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y DE LA EDUCACIÓN

Declaración de autoría

Declaro que he redactado el trabajo La salud mental en padres y madres de niños y niñas diagnosticados con trastornos relacionados con el lenguaje, comunicación y habla, para la asignatura de Trabajo de Fin de Máster en el curso académico 2022-2023 de forma autónoma, con la ayuda de las fuentes y la literatura citadas en la bibliografía, y que he identificado como tales todas las partes tomadas de las fuentes y de la literatura indicada, textualmente o conforme a su sentido.

Firma

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Irene', written over a horizontal line.

6 de Junio de 2023

ÍNDICE

RESUMEN	4
1. INTRODUCCIÓN	5
2. MARCO TEÓRICO	6
2.1. Trastornos del lenguaje, habla y comunicación	6
2.2. Salud mental	11
2.3. Salud mental en trastornos del lenguaje y la comunicación	13
2.4 Mindfulness	18
3. OBJETIVOS E HIPÓTESIS	28
4. METODOLOGÍA	29
4.1 Diseño	29
4.2 Muestra	29
4.3 Descripción del procedimiento	29
4.4 Instrumento	29
4.5 Análisis de los datos	31
4.6. Aspectos éticos	31
5. RESULTADOS	32
5.1 Análisis de la muestra	32
5.2 Resultados de la salud mental de los niños/as	33
5.3. Resultados de los padres y madres	34
5.4 Análisis del bienestar de los padres	35
5.5 Resultados de correlación de variables	39
6. DISCUSIÓN	42
7. CONCLUSIONES	47
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	48
9. ANEXOS	56

RESUMEN

Este trabajo consiste en analizar la salud mental de los padres y madres, los cuales tienen algún hijo con trastornos relacionados con el habla, lenguaje, o comunicación. Motivado por el segundo plano en el que se encuentran las familias en relación a su propia salud mental cuando se encuentran en la situación de tener un hijo con algún tipo de trastorno. Para ello, se ha llevado a cabo un estudio descriptivo, en el que se ha utilizado como instrumento la encuesta. La muestra está compuesta de 41 participantes entre padres y madres de niños/as con algún trastorno relacionado con el habla, lenguaje o comunicación. Los resultados obtenidos muestran la presencia de ansiedad en una gran parte de los casos y cómo la aceptación y el mindfulness resultan un gran protector ante la ansiedad o depresión.

Como conclusión, cabe destacar la gran influencia que tiene el mindfulness y por tanto, la necesidad de trabajar diferentes aspectos para poder paliar los efectos de la ansiedad y depresión tanto en adultos, como en niños/as.

ABSTRACT

This work consists of analyzing the mental health of fathers and mothers, who have a child with disorders related to speech, language, or communication. Motivated by the background in which families find themselves in relation to their own mental health when they find themselves in the situation of having a child with some type of disorder. To do this, a descriptive study has been carried out, in which the survey has been used as an instrument. The sample is composed of 41 participants between fathers and mothers of children with a disorder related to speech, language or communication. The results obtained show the presence of anxiety in a large part of the cases and how acceptance and mindfulness are a great protector against anxiety or depression.

In conclusion, it is worth noting the great influence that mindfulness has and, therefore, the need to work on different aspects in order to alleviate the effects of anxiety and depression in both adults and children.

Palabras clave

Trastornos, salud mental, mindfulness, padres, aceptación, ansiedad.

1. INTRODUCCIÓN

En nuestra sociedad, son muchas las personas que se encuentran en la situación de tener hijos con algún tipo de discapacidad. Estas familias tienen una gran cantidad de dificultades a las que se tienen que enfrentar, pero se suelen orientar todos los esfuerzos a las personas con discapacidad, dejando en segundo plano a las familias de los mismos.

De acuerdo con Kuján y Huayamave (2022), cuando a un padre o madre se les presenta un diagnóstico de sus hijos/as, se caracterizan una serie de patrones como angustia, culpa, incertidumbre, negación,... De esta manera, cómo se lo tomen los padres va a tener repercusión en sus vidas, sobre todo a nivel de salud mental, desfavoreciendo no solo a ellos, sino también a todo su alrededor.

Además, Siegel (2007) explica que hay evidencias de que el mindfulness mejora la capacidad de regular las emociones, optimizar pautas cognitivas, combatir disfunciones emocionales y reducir pensamientos negativos.

Así, el tema principal que nos ocupa en este trabajo y en el que se pretende profundizar es, la salud mental de los padres y madres de niños y niñas con trastornos relacionados con el habla, lenguaje o comunicación. A ello, se le suma, conocer los beneficios que puede tener el mindfulness en la salud mental.

Con el objetivo de ver los niveles de ansiedad, entre otros, y paliar esta necesidad intentando fortalecer la salud mental a través del mindfulness, se aborda este trabajo, el cual está dividido en diferentes apartados. En primer lugar, se encuentra el marco teórico, donde se realiza una revisión bibliográfica profunda en el que se concretan conceptos, debido a la amplitud de los mismos. Por una parte, se tratan los trastornos del lenguaje, habla y comunicación, tanto primarios como secundarios, ya que distinguir los trastornos primarios de los secundarios va a ser un factor clave en el trabajo. A continuación, se trata la salud mental tanto en los padres como en los hijos y finalmente se abordan diferentes conceptos de mindfulness.

En la siguiente parte del trabajo se encuentran los objetivos e hipótesis, donde se aprecian los fines que se pretenden lograr con este trabajo.

Posteriormente se halla la metodología llevada a cabo, en el que se explica el diseño del cuestionario, la muestra y otras categorías utilizadas.

Finalmente, la última parte está conformada por los resultados, la discusión de los mismos y las conclusiones.

2. MARCO TEÓRICO

2.1.Trastornos del lenguaje, habla y comunicación

2.1.1 Definición de comunicación, lenguaje y habla

Para poder adentrarnos en el conocimiento de los trastornos del lenguaje, habla y comunicación, resulta necesario saber diferenciar de primera mano el significado de dichos términos.

En primer lugar encontramos la comunicación. Proviene del latín, en especial de la palabra *communicare*, la cual significa “compartir”. Así, Tamarit (1989) la define de esta manera: “Proceso recíproco interpersonal de intercambio convencionalizado de significados en un contexto social.” Del mismo modo, Dominguez y Agelvis (2003) entienden la comunicación como: “Proceso por el cual los miembros de una misma especie se relacionan entre sí y comparten información.” Además, exponen que en cualquier situación de comunicación se pueden distinguir tres elementos:

- Emisor: el cual proporciona la información.
- Receptor: encargado de interpretar el mensaje.
- Mensaje: mediador entre el emisor y el receptor.

Con la intención de que se entienda de una manera más sencilla, ponen de ejemplo la situación de un incendio. En este caso, el emisor es el fuego y el mensaje el humo o el olor. El receptor será la persona que lo percibe, que ve que hay fuego y que huele a quemado. Por ello, el mensaje que él interpreta es que hay fuego y que resulta peligroso.

En segundo lugar, encontramos el lenguaje. Dominguez y Agelvis (2003) lo definen como un instrumento de comunicación exclusivo del ser humano que contiene una gran variedad de funciones. Asimismo, se podría explicar como un sistema de signos, que se estructura a través de unas reglas, permitiendo la comunicación en una comunidad. Es importante saber que, cuando hablamos de signos, están compuestos por dos componentes, el significante y el significado.

El significante, es la forma material que toma el signo, es decir, la cara perceptible de este. Por ejemplo, en la palabra CASA, el significante son las letras que componen la palabra. En el caso de la lengua de signos, el significante sería el gesto que realizan para referirse a casa.

El significado, es el concepto que representa el significante, es decir, el contenido. Siguiendo el mismo ejemplo de antes, es la imagen o la idea que nosotros tenemos de la palabra CASA.

De las Heras et al. (2015), añaden que el lenguaje es convencional, puesto que cuando las personas usan las palabras, están compartiendo un mismo significado. Por lo tanto, no es

instintivo. Aunque, cada cultura desarrolla su lenguaje, por lo que no se podría entender a una persona sin relacionarla con la cultura o sociedad a la que pertenece.

Así pues, es importante saber que el lenguaje se divide en varios niveles de análisis. Según Dominguez y Agelvis (2003), son los siguientes:

- Nivel fonológico (formalizar los datos sobre los diferentes tipos de sonidos) y fonético (estudia los sonidos de una lengua).
- Nivel sintáctico (estudia cómo se ordenan los elementos en un mensaje) y morfológico (estudia la forma de las palabras).
- Nivel léxico (unidades que forman parte de una lengua) y semántico (estudia el significado lingüístico).
- Pragmática (estudia el uso de la lengua).

El último término, el habla, De las Heras et al. (2015) lo definen como “la expresión vocal del lenguaje, son los sonidos, los sonidos que a su vez se representan por grafemas, en el caso del lenguaje escrito.” Explican que en ocasiones se confunde el *habla* con el *lenguaje*, pero aunque sean conceptos que están muy relacionados, en términos del lenguaje se trata la comprensión y expresión. Sin embargo, el habla, solo se refiere a la expresión. Y los elementos que están implicados en el habla son: la articulación, la prosodia y el ritmo.

2.1.2 Tipos de trastornos y dificultades

Cuando hablamos de dificultades, podemos hablar de inconvenientes a la hora de conseguir, ejecutar o entender bien algo. En referencia a los trastornos en el desarrollo del lenguaje, se entiende como esas dificultades que los niños/as presentan en la adquisición de los diferentes sonidos, estructuras y componentes de la lengua a la que pertenecen, diferenciándose así del resto de sus iguales. (Martinez, 2009)

Ahora bien, en el lenguaje oral, según Narbona y Chevrie-Muller (2001) se puede encontrar, por un lado los trastornos primarios y por otro lado los trastornos secundarios. Y la diferencia entre ellos es algo tan sencillo como si están asociados o no a otros déficits. En el caso de los trastornos primarios, se presentan durante la adquisición del lenguaje y no están asociados a otros déficits. Sin embargo, los trastornos secundarios sí que están asociados a otros déficits, generalmente con base orgánica.

Dentro de los trastornos primarios, encontramos:

- Trastornos del lenguaje.
- Trastornos del habla.
- Trastornos de la comunicación.

- Trastornos de la voz.
- Trastornos de la audición.

Los trastornos secundarios, abarcan:

- Discapacidad intelectual.
- Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad.
- Trastorno del Espectro Autista.
- Parálisis cerebral.
- Discapacidad visual.

Profundizando en los **trastornos primarios**:

Dentro de los **trastornos del lenguaje**, se pueden encontrar:

- Retraso del lenguaje: Como bien explica López (2005), un niño/a presenta retraso del lenguaje cuando su uso verbal se encuentre por debajo de la media de los niños/as de su misma edad. Es decir, cuando hay un desfase cronológico a nivel expresivo y receptivo. Aunque normalmente la comprensión suele ser mayor que el nivel de expresión.
- Trastorno Específico/Desarrollo del Lenguaje (disfasia): Fresneda y Mendoza (2005) definen este término como “conjunto de dificultades en la adquisición del lenguaje que están presentes en un grupo de niños que no evidencian problemas neurológicos, cognitivos, sensoriales, motores ni sociofamiliares.” Así mismo, Martínez (2009) comunica que además de presentar retraso cronológico, se le añaden dificultades en la estructuración del lenguaje, provocando conductas verbales diferentes respecto a los procesos normales de adquisición.
- Afasia: “Una afasia consiste en un trastorno del lenguaje ocasionado por una lesión cerebral en una persona que previamente podía hablar con normalidad. El trastorno afásico se caracteriza por trastornos en la emisión de los elementos sonoros del habla, déficit de la comprensión y trastornos de la denominación.” (Vendrell, 2001)

Los **trastornos del habla**, los cuales hacen referencia a la emisión de sonidos, abarcan:

- Dislalias: “La dislalia es un trastorno de la articulación de los fonemas, bien por ausencia o alteración de algunos sonidos concretos o por sustitución de estos por otros. Se suele manifestar con sustituciones, omisiones, inserciones, distorsiones, en posición inicial, media o final de la palabra.” (Cañas, 2010)

Además, Lima y Pillajo (2012) añaden que no está ligada a una lesión del Sistema Nervioso Central.

- Trastorno fonológico: se trata de un trastorno fonológico cuando, una persona a pesar de tener sus habilidades fonéticas bien desarrolladas, tiene problemas en el sistema

fonológico. Es decir, sería capaz de articular los fonemas a base de imitación, pero tiene dificultades para formar palabras y realizar un lenguaje espontáneo. (Cristal, 1983)

- Retrasos del habla: Cañas (2010) explica que se presenta desfase en la edad cronológica del niño/a tanto del momento de aparición del habla como del desarrollo de la expresión, es decir, su desarrollo del lenguaje no corresponde a su edad.
- Disglosias (dislalia orgánica): se denomina disglosia a aquel trastorno que no tiene origen neurológico y que es producido debido a malformaciones o lesiones físicas en los órganos articulatorios periféricos del habla (lengua, labios, paladar, ...) (Cañas, 2010). Se pueden distinguir disglosias labiales, mandibulares, dentales, linguales y palatales. (Martínez, 2009)
- Disartria: se puede definir como “una alteración de la articulación propia de lesiones en el Sistema Nervioso Central, así como de enfermedades de los nervios o de los músculos de la lengua, faringe y laringe, responsables del habla” (Lima y Pillajo 2012)
- Disfemias (tartamudez): Según Cañas (2010), es un trastorno que afecta a la fluidez del habla, caracterizándose por interrupciones en la melodía y el ritmo del discurso. Martínez (2009) añade que los síntomas más característicos de este trastorno suelen ser repeticiones, bloqueos, tics, espasmos, ...
- Disprosodia: Como bien apuntan Lima y Pillajo (2012) se trata de un trastorno que afecta al acento, al ritmo y al tono del habla. Es decir, a la prosodia.

Por otra parte encontramos los **trastornos en la comunicación**. Entre ellos se pueden ver:

- Mutismo selectivo: desaparición parcial o total del lenguaje de una manera repentina o progresiva, habiendo diferentes causas por las que el niño ha dejado de hablar. (Martínez, 2009) Además, Cañas (2010) apunta que es un problema difícil de diagnosticar, detectándose normalmente en el ámbito educativo.
- Trastorno de la comunicación social: tal y como apunta el DSM-V (2014), este trastorno contiene dificultades duraderas en el uso social de la comunicación, tanto verbal como no verbal, causando limitaciones funcionales en la comunicación eficaz, las relaciones sociales, los logros académicos, etc. Además no se debe atribuir a otra afección neurológica o médica, al igual que no se explica mejor por la presencia de un trastorno del espectro autista, discapacidad intelectual, trastorno mental o retraso global del desarrollo.

Cuando se produce un defectuoso funcionamiento vocal, nos encontramos ante **trastornos de la voz**. A éstos pertenecen:

- Afonía: Martínez (2009) expone que, cuando se habla de afonías, hay una pérdida total de la voz, pudiendo ser producida por diferentes causas como un traumatismo o un estado inflamatorio agudo.
- Disfonía: de acuerdo con Cañas (2010), la disfonía es una alteración de la voz mucho más frecuente que la afonía. Lima y Pillajo (2012) indican que puede ser cualquier anomalía, como por ejemplo una ronquera. Martínez (2009) explica que al tener la voz origen en la laringe, cuando hay alguna disfunción en este órgano se producen desórdenes en la emisión de la voz, afectando a la intensidad, tono, timbre y duración.
- Disodias: Ruiz (1994) define este trastorno como, la alteración de la voz cantada debido a afecciones que inciden, de una manera directa, a las cuerdas vocales o a causa de factores que actúan a distancia de manera negativa para la función vocal entonada. De hecho, es posible que haya algunas modificaciones orgánicas que sean capaces de no perturbar la voz hablada pero sí la cantada.

Para finalizar con los trastornos primarios, se dan los **trastornos en la audición**. Destaca:

- Hipoacusia: “Es la disminución de la percepción auditiva.” (Algaba, 2009) Este autor explica que según la intensidad, se puede hablar de hipoacusia leve, moderada, severa y profunda.

En relación a los **trastornos secundarios**, se presentan:

- Discapacidad intelectual: según el DSM-V (2014) se trata de un trastorno que incluye una serie de limitaciones del funcionamiento intelectual, conceptual, social y práctico. Comienza en el período de desarrollo. Además, se suele especificar la gravedad, pudiendo identificar una discapacidad intelectual leve, moderada, grave o profunda. Como bien explica Piaget (1964), las personas que presentan discapacidad intelectual poseen problemas en el lenguaje proporcionados al grado de discapacidad que tienen, ya que hay una fuerte interrelación entre pensamiento y lenguaje. Roces (2008) manifiesta que, a nivel receptivo, van a tener en ocasiones distorsión del lenguaje, pues sólo captan una o dos palabras de la oración. A nivel expresivo, se puede observar un léxico pobre, hipofluente y sobreextensión. En otras palabras, utilizar una sola palabra para designar a más de un concepto. A nivel morfo-sintáctico, el enunciado va a ser de corta longitud, sin nexos de unión como artículos, pronombres, etc. A nivel pragmático, Monfort y Monfort (2010) dicen que es uno de los más reducidos, con una gran multitud de errores en respuestas a simples preguntas. Todo ello

teniendo en cuenta que no se puede generalizar a todas las personas que poseen discapacidad intelectual. (Collazo, 2014)

- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH): para poder hablar del TDAH, el DSM-V (2014) indica que debe existir un patrón duradero de inatención e hiperactividad/impulsividad que obstaculice el funcionamiento normal. Cabe destacar que algunos de estos síntomas pueden estar presentes antes de los 12 años, en dos o más contextos y no se explican mejor por otro trastorno mental. Los niños/as con TDAH, en líneas generales, se observa que tienen dificultades en la organización fonológica (correspondencia fonema-grafema), y en la sintaxis (lugar de las palabras en la oración). Además, poseen problemas en tareas que requieren de organización semántica, tienen dificultades narrativas y una pobre memoria auditiva. (Etchepareborda, et al. 2003)

- Trastorno del espectro del autismo (TEA): cuando se encuentran deficiencias persistentes en la comunicación e interacción social, con una serie de patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, se refiere al trastorno del espectro del autismo conforme al DSM-V (2014). En él los síntomas están presentes en las primeras fases del período de desarrollo y no se explica mejor por discapacidad intelectual, es decir, pueden coincidir en algunos aspectos pero son totalmente independientes. Como bien explican Martos y Ayuda (2004), los primeros síntomas que suelen presentar los niños/as autistas son la pasividad, no hablar, no relacionarse con otros niños/as y la pérdida del lenguaje.

- Parálisis cerebral: “en la actualidad existe un consenso en considerar la parálisis cerebral (PC) como un grupo de trastornos del desarrollo del movimiento y la postura, causantes de limitación de la actividad, que son atribuidos a una agresión no progresiva sobre un cerebro en desarrollo, en la época fetal o primeros años.” (Argüelles, 2008) Pérez et al. (2015) explican que alrededor del 20% de los niños/as que presentan parálisis cerebral tienen dificultades a la hora de producir el habla, así como para gesticular.

- Discapacidad visual: en la fundación ONCE, definen la discapacidad visual como la disminución parcial o total de la vista. Aunque la falta de visión no impide el desarrollo del lenguaje, es cierto que pueden aparecer algunas dificultades, sobre todo en los aspectos más visuales del lenguaje. (Roselló et al. 2013)

2.2. Salud mental

2.2.1 Qué es la salud mental

La salud mental es un estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades, poder

aprender y trabajar adecuadamente y contribuir a la mejora de su comunidad. Es parte fundamental de la salud y el bienestar que sustenta nuestras capacidades individuales y colectivas para tomar decisiones, establecer relaciones y dar forma al mundo en el que vivimos. La salud mental es, además, un derecho humano fundamental. Y un elemento esencial para el desarrollo personal, comunitario y socioeconómico.

La salud mental es más que la mera ausencia de trastornos mentales. Se da en un proceso complejo, que cada persona experimenta de una manera diferente, con diversos grados de dificultad y angustia y resultados sociales y clínicos que pueden ser muy diferentes.

Las afecciones de salud mental comprenden trastornos mentales y discapacidades psicosociales, así como otros estados mentales asociados a un alto grado de angustia, discapacidad funcional o riesgo de conducta autolesiva. Las personas que las padecen son más propensas a experimentar niveles más bajos de bienestar mental, aunque no siempre es necesariamente así. (Organización Mundial de la Salud, 2022)

2.2.2 Determinantes de la salud mental

Como bien explica la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2022), la salud mental puede estar protegida o destruida por múltiples determinantes sociales, individuales y estructurales, de manera que cambia la situación de la misma.

La genética, las habilidades emocionales y el abuso de sustancias, son factores que influyen en la vulnerabilidad de la salud mental. De igual modo, cuando una persona se expone a ciertas circunstancias desfavorables, como pueden ser la pobreza, la desigualdad, la violencia,... Es probable que aumente la posibilidad de sufrir problemas en salud mental.

Hay distintos factores de riesgo y de protección que en nuestra sociedad se presentan en diferentes escalas. Por ejemplo, las amenazas mundiales afectan a poblaciones enteras aumentando el riesgo, o cuando se trata de una amenaza local, que en este caso alteraría a familias y personas de las comunidades.

Claro está que estos factores no se predicen fácilmente. En la mayor parte de la población, a pesar de estar expuestos a factores de riesgo, no se desarrollan problemas en la salud mental. Sin embargo, hay otra gran parte de la población que aunque no estén en una situación de riesgo, sí que desarrollan una afección en ésta.

2.2.3 Morbilidad

La OMS (2022) afirma que, los diferentes riesgos se pueden manifestar en cualquier etapa de la vida, tanto en niños/as, como en adolescentes y adultos. Resultando en la primera infancia realmente perjudicial. Sarmiento (2017), añade que los problemas de salud mental pueden

afectar a cualquier persona, sin ningún tipo de distinción, ya que cuando se habla de salud mental, no solamente se trata de trastornos mentales, sino de un gran abanico de situaciones que van desde una reacción de estrés, hasta un trastorno psicótico como la esquizofrenia. De hecho, cuando no se trata adecuadamente el problema puede derivar en un trastorno.

Efectivamente la OMS (2022) afirma que en el año 2019 había unas mil millones de personas en el mundo que se encontraban afectadas por un trastorno mental, entre ellas un 14% eran adolescentes. Es decir, una de cada ocho personas en el mundo padecían un trastorno mental y de entre todos los más comunes eran trastornos depresivos y ansiedad, aumentando en 2020 debido a la pandemia.

301 millones de personas en 2019 sufrían **ansiedad** y de ellos 58 millones eran niños/as y adolescentes. Éstos se caracterizan por una preocupación y miedo excesivo. Se encuentran diferentes tipos dependiendo de la gravedad de la situación en la que se encuentra la persona. Por ejemplo, el trastorno de ansiedad generalizada, se trata de una preocupación excesiva, pero el trastorno de pánico, está caracterizado por ataques de pánico. También se encuentran, el trastorno de ansiedad social, en la que se tiene miedo excesivo a situaciones sociales; el trastorno de ansiedad de separación, en la que como el propio nombre indica se tiene un miedo excesivo ante la separación de personas con las que se tiene un vínculo emocional, etc. En 2019, 280 millones de personas y de entre ellos 23 millones niños/as y adolescentes padecían **depresión**. En este caso, las personas que la sufren, experimentan un estado de ánimo deprimido, es decir, con tristeza, irritabilidad, ... A ello se le suman otros síntomas como pueden ser la dificultad en la concentración, alteraciones del sueño, sentimiento de culpa, sensación de cansancio, pensamientos negativos, cambios en el apetito, etc.

2.3. Salud mental en trastornos del lenguaje y la comunicación

“El lenguaje es una herramienta de gran importancia para el desarrollo de las habilidades sociales, y es un elemento clave en el proceso de interacción social” (Valera et al. 2015)

2.3.1 Niños/as

Como a través del lenguaje es posible aprender sobre diferentes aspectos gracias a los códigos comunes que permiten interactuar con nuestros iguales de una manera rápida y flexible, el sistema educativo lo considera una de sus principales herramientas y con ello un factor clave en el proceso de escolarización. Esto provoca que, las personas que presentan dificultades en el momento de expresarse o entender el lenguaje se encuentren ante problemas en su proceso educativo y tengan un mayor riesgo de fracaso escolar. (Adrover et al. 2022)

Incluso, en el momento en el que los niños/as reciben burlas, acoso, rechazo por parte de sus padres o se sienten humillados, debido a sus dificultades en el lenguaje, es posible que detone en sentimientos de desesperanza, depresión y desenlazar en uno de los peores finales, el suicidio. (Cruz, 2022)

De hecho, según la Asociación Mexicana de Psiquiatría Infantil (AMPI, 2017), señala que un 12% de niños/as en el país de México padece algún trastorno de ansiedad, con síntomas como la alteración del apetito, sueño, motivación, bajo rendimiento académico, emocionalidad y conductas de evitar situaciones escolares estresantes, como cuando llega el momento de hacer una demostración oral. (Salido de Ramos et al. 2019) O como bien dicen Spinosa y Massa (2012), los niños/as que presentan ansiedad suelen tener un miedo intenso, preocupación y puede interferir en su día a día, de manera que perjudique su interacción con el medio en el que se encuentra.

Tal y como apunta López (2014), los niños/as con dislalia suelen ser motivo de burla de sus compañeros, provocando inseguridad, complejos y problemas en la interacción en el aula. De igual manera repercute desfavorablemente en las emociones del niño/as, generando baja autoestima, irritabilidad, frustración, evitación de las situaciones sociales, temor a hablar en público y diferentes niveles de ansiedad, tanto en el aula como en otros lugares.

Además, cabe destacar que en la etapa de la preadolescencia y la adolescencia, al tener un mayor peso las habilidades sociales y el uso del lenguaje, puede resultar complicado el proceso de relación con los demás. (Valera, 2015)

Incluso, el bullying, se puede iniciar a una edad temprana para los niños con trastornos en la comunicación, ya que sus iguales son capaces de reconocerlos y responder de manera negativa ante ellos desde la etapa preescolar. (Ezrati-Vinacour et al., 2001)

Por lo tanto, teniendo todo lo anterior en cuenta, el hecho de que haya una mala utilización de las habilidades sociales ocasiona diferentes problemas en la comunicación con los demás, lo que provoca un difícil funcionamiento psicosocial. (Yew y O'kearney, 2013)

En efecto, en un estudio realizado por Maite Garaigordobil y José Ignacio Pérez en 2007, los resultados dictan que las personas con disfemia obtuvieron puntuaciones más bajas en autoestima y más altas en síntomas psicopatológicos de obsesión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, etc.

En consecuencia, las personas que tienen dificultades en expresarse oralmente y que poseen unas capacidades lingüísticas por debajo de lo normal, se enfrentan a un doble reto. Por un lado, se encuentran las dificultades académicas y por otro lado el gran riesgo de padecer acoso escolar a lo largo de su vida académica. (Adrover et al. 2022)

Cabría preguntarse hasta qué punto los niños/as son conscientes de la enfermedad o trastorno que presentan. En este aspecto Barrio (1990), afirma que existe una secuencia en el desarrollo de los niños/as por la que pasa la concepción de una enfermedad, proponiendo los siguientes niveles:

- Nivel 0: se presenta hasta los 4 años. En él se encuentra la total incompreensión del fenómeno de la enfermedad, así como el desconocimiento de las causas.
- Nivel 1: el cual pertenece a la noción preoperacional, es decir, entre los 5 y 6 años, comienzan a aparecer algunas concepciones mágicas sin diferenciar la prevención de la curación.
- Nivel 2: corresponde a la etapa de operaciones concretas, por tanto, abarca entre los 7 y los 9 años. Ya aprecian los elementos visibles que supone la enfermedad, dando una explicación físico-mecánica sobre el origen de la enfermedad y con ello aparece la noción de contaminantes externos.
- Nivel 3: se encuentra entre la etapa de operaciones concretas y la etapa de operaciones formales, así se encuentran niños/as entre los 8 y 13 años. En este nivel ya reconocen las diferencias entre síntoma y enfermedad, pero no entienden la relación entre sistemas y funciones del organismo.
- Nivel 4: etapa de operaciones formales, entre los 12 y 13 años, son capaces de tener la noción de defensa, por lo que aparecen concepciones tanto biológicas como psicosociales para explicar su enfermedad.

2.3.2. Padres y madres

La familia es una institución socializadora en la que el hombre se desenvuelve, constituye la célula básica de la sociedad; a lo largo de la historia ha sido el más sólido lazo afectivo que une a los hombres entre sí, donde se transmiten de generación en generación normas, valores, costumbres y el niño/a adquiere las primeras vivencias relacionadas con los hábitos y modos de hablar, de actuar, así como las posibilidades prácticas necesarias para adentrarse poco a poco en la vida social, hasta convertirse en sujetos activos de la misma. (Cala, 2016)

De este modo, según Lillos (2014), los niños/as representan para los padres una promesa, una oportunidad de formar una familia, de volver a empezar. Es vida, esperanza y salud. Hasta que llega el momento en el que reciben la información sobre la discapacidad de su hijo, evento realmente traumatizante para ellos. De hecho, en el caso de padres de un niño/a recién nacido, comunicarles que su hijo tiene problemas, les resulta algo catastrófico e incomprensible. A partir de ese momento, aparecen las culpas, los sentimientos de impotencia y con ello ser

incompetentes a la hora de ayudar al niño/a provocando sobreprotección. O al contrario, puede haber negación, huida, alejamiento, etc. Por ello, es necesario destacar la importancia del momento en el que se informa a los padres sobre la situación de su hijo para que pueda ser más llevadero.

En la línea de lo anterior y adentrándonos en el desarrollo del lenguaje, suele ser una gran preocupación en las primeras edades. En algunos casos, los padres acuden a consultas o piden orientación para ayudar en el lenguaje de su hijo y en otros casos son los profesionales los que detectan los primeros síntomas. En efecto, se han identificado algunas limitaciones, puesto que, algunas familias no tienen información ni conocimiento suficiente sobre lo que puede ser un retraso del lenguaje y la manera en la que se manifiesta, e incluso no cuentan con los recursos necesarios. (Cala, 2016)

Diaz (2020) añade que al no tener esas familias el conocimiento suficiente sobre lo que puede ser un retraso del lenguaje o cualquier trastorno relacionado con él, como puede ser el TEL, realizan su propio diagnóstico presuntivo. En el momento en el que se determina el diagnóstico por un neuropediatra, deben aceptarlo y si no son capaces de afrontarlo, se vuelven un obstáculo en la rehabilitación de sus hijos. De este modo, si se tiene un adecuado uso de las estrategias de afrontamiento del estrés, se desarrolla un mejor tratamiento, se fortalecen los lazos familiares, hay un mejor manejo conductual, etc. Aunque conocer las estrategias no quiere decir que eviten una situación estresante.

Pero para poder llegar a esas estrategias es necesario conocer las diferentes fases por las que pasan las familias. Así se intervendrá con ellas de una manera más adecuada.

Tabla 1.

Fases de evolución de las actitudes, emociones y reacciones de las familias.

Fase de Shock Inicial: al recibir el diagnóstico vemos reacciones parentales como confusión, incredulidad, dolor, autocompasión, distancia de su hijo, vergüenza, sentimientos de culpa, rabia, rechazo y crítica a los profesionales de la salud, etc.
Fase de Negación: se pone en duda el diagnóstico y se siembra la esperanza de que esté equivocado, por ello muchos inician una encrucijada de cambios continuos de profesionales buscando un diagnóstico diferente.
Fase de Tristeza: caracterizada por la desolación, nostalgia por no haber tenido un hijo sin esas limitaciones, aislamiento e ira; actitudes que conllevan hacer múltiples interpretaciones de lo que ocurre, seguir sintiéndose culpables, asumir la crianza

como una obligación con un peso mayor...

Fase de Aceptación y Reacción: se hacen conscientes de las limitaciones y necesidades de su hijo, pero una de las maneras disfuncionales de cubrirlas suele ser la sobreprotección que les puede generar ansiedad porque no están aprovechando los potenciales de su hijo. Aunque, por otro lado, comienzan a notar más que tienen capacidades y competencias para educar y criar a su hijo. De manera que es una situación de muchas ambivalencias emocionales y actitudinales.

Fase de Reorganización y Adaptación: aceptan a su hijo con sus limitaciones, desaparece el sentimiento de culpabilidad, se distribuyen las actividades entre ellos y se apoyan mutuamente, creen más en las capacidades de su hijo, y van adquiriendo paciencia para los avances a veces lentos, y si hasta ahora no han necesitado ayuda, suele ser el momento en el que piden ayuda a profesionales para mejorar la calidad de vida de su hijo y de la familia.

Fuente: *Salido de Cara (2019). Adaptado de Espinosa (2011) y Robledo y García-Sánchez (2007)*

Aunado a la situación, Belinchón (2001) explica que, en el momento en que cualquier miembro de una familia sufre alguna alteración, ésta afecta al conjunto trastocando todos los niveles de responsabilidad, madurez, dedicación y recursos que disponen, al igual que con sus relaciones con otras familias y amigos. De hecho Doménech (1997) defiende que el ambiente de la familia se encuentra tan alterado que, es necesario que todos los miembros intenten adaptarse a esa nueva situación, de manera que la familia siga disfrutando en un buen ambiente siendo sano, cálido y sereno.

Como ya se ha comentado, el riesgo de estrés que pueden tener estas familias, es muy alto y a ello se suma el riesgo de vivir en un clima constante de angustia y de tensión. Se ejerce un efecto negativo incluso en la organización económica familiar, la actividad y dedicación de los padres fuera del hogar, y en general, el equilibrio físico y psíquico de los adultos del hogar. (Bebko et al. 1987)

Tal es el caso que hasta los hermanos comparten las crisis de la vida, por ello, las relaciones fraternas deben tener una gran trascendencia psicológica y evolutiva. (Martínez y Bilbao, 2008). Harris (2001) defiende que, normalmente solo nos centramos en las intensas necesidades educativas del niño con problemas, lo que provoca que se pasen por alto las necesidades que puedan tener los demás hermanos.

En resumidas cuentas, se podría decir que el entorno familiar se puede ver afectado sufriendo un desgaste, sobre todo en los primeros años de vida del hijo.

2.4 Mindfulness

2.4.1. Qué es el Mindfulness

Con una historia de más de 2500 años, según Vallejo (2006) el término Mindfulness proviene de la traducción al inglés de la palabra “Sati”, pudiendo entenderse en nuestro idioma como “atención plena”, “presencia plena” o “conciencia plena”, es decir, una manera de centrarse en el momento presente. Kabat-Zinn (2009) añade que se puede entender como un estado, el cual puede tener una tendencia disposicional o rasgo estable, que implica prestar atención de forma deliberada y sin juicio.

En otras palabras, Parra-Delgado (2011) lo define como, ser plenamente consciente tanto de los estímulos externos, como internos, que están surgiendo en el momento presente y al mismo tiempo recibirlos con aceptación, sin juzgar, con serenidad, sin expectativas o creencias, con autocompasión y con bondad. De esta manera se está abierto a la experiencia del aquí y ahora.

Vallejo (2006) presenta sus elementos esenciales y su grado de innovación:

- Centrarse en el momento presente: consiste en sentir las cosas tal y como suceden, sin intentar controlarlas, de este modo se aceptan las experiencias y sensaciones como son.
- Aceptación radical: es decir, no hacer ningún tipo de valoración sobre la experiencia que se está experimentando. Aceptarla de una manera natural y normal, sin dar importancia a que sea una experiencia positiva o negativa.
- Apertura a la experiencia y los hechos: en otras palabras, procurar que los aspectos emocionales y estimulantes predominen a la interpretación de ellos.
- Elección de las experiencias: hacer que las personas decidan sobre qué actuar, en qué implicarse, centrarse o mirar.
- Control: procurar que la persona no controle sus reacciones, sentimientos, emociones, sino que simplemente las acepte y las experimente justo como se presentan. Es decir, no se debe controlar el miedo o la tristeza sino experimentarlos.

Por otra parte, algunos de los elementos clave del mindfulness según Germer (2005) son:

- No conceptual: es decir, no centrarse en los procesos de pensamiento implicados.
- Centrado en el presente: cosa básica en el mindfulness, ya que se da en y sobre el momento presente.

- No valorativo: si se está intentando experimentar algo plenamente y se desea que sea otra cosa, no se puede realizar de la manera adecuada.
- Intencional: ya que siempre hay intención en centrarse en algo.
- Observación participativa: no solo observar sino implicar la mente y el cuerpo.
- No verbal: pues resulta totalmente emocional y sensorial.
- Exploratorio: debido a que está completamente abierto a experimentar cualquier sensación o percepción.
- Liberador: puesto que resulta una experiencia de libertad.

Jon Kabat-Zinn (1990) añade algunos factores que resultan un gran soporte en la práctica de la atención plena. Entre ellos:

- No juzgar: aspecto que ya se ha comentado anteriormente, en el que se intenta ser imparcial de la propia experiencia, procurando no valorar.
- Paciencia: concebir que no se debe acelerar el proceso, sino entender que las cosas suceden en su momento.
- Mente del principiante: en otras palabras. tratar de verlo todo como si fuese la primera vez.
- Confianza: tener autoestima y creer en uno mismo.
- No esforzarse: pretender que no se obtenga ningún resultado en la práctica.
- Aceptación: ver las cosas como son sin intención de cambiarlas.
- Ceder: no aferrarse a las cosas, sino permitir que sean como son, es decir, soltar, dejar ir, sea positiva o negativa la experiencia.

En este sentido, se hace necesario saber qué no es el mindfulness. García y De marzo (2015) explican que:

- No se trata de dejar la mente en blanco, sino hacerse consciente del proceso del pensamiento y emociones.
- No significa buscar la iluminación o apartarse de la vida, ya que se pretende acercar el mindfulness a la vida diaria.
- No se suprimen las emociones, sino que se regulan al ser conscientes de cómo surgen y no reaccionar ante ellas. Eso sí, sin suprimirlas.
- No se escapa del dolor, sino que se acepta.
- No es una voz interna que juzga los actos, pensamientos y sentimientos.
- No es una práctica egoísta, sino que hace entender por qué se hacen las cosas y aumenta la capacidad de empatizar.

Al respecto, García y De marzo (2015) consideran que el mindfulness se puede aplicar en tres contextos:

- Contexto clínico: en el que la práctica va encaminada hacia pacientes que presentan un diagnóstico psiquiátrico o médico y necesitan curar o mejorar una enfermedad, como sería el ejemplo de, la ansiedad, depresión o dolor crónico.
- Contexto psicoeducativo: dirigido a la población general. Es decir, personas que no tienen ningún diagnóstico clínico.
- Contexto espiritual: orientado a personas que persiguen un desarrollo espiritual o la trascendencia. Se basan en la norma de alguna tradición religiosa, como puede ser la budista o la hinduista.

2.4.2. Beneficios del Mindfulness en el ámbito educativo

Amutio et al. (2018) indican que, el mindfulness resulta una estrategia que es capaz de potenciar el aprendizaje hacia la disminución de la evitación, el apego a los pensamientos, incluso, el incremento para centrarse en el momento presente.

Además, se ha visto relacionado con diferentes factores como la aceptación sin prejuicios, incluyendo las emociones negativas y el estrés, provocando que mejore la calidad de vida de la persona. (Bishop et al. 2004)

“Lo cierto es que sigue resultando sorprendente que unos ejercicios tan aparentemente sencillos a priori, ya que ponerlos en práctica no lo es tanto, puedan dinamizar aspectos tan variados del funcionamiento psicológico.” (Hervás et al. 2016)

Concretamente, Ayala y Martínez (2010) realizaron un programa de mindfulness con alumnos inmigrantes, los cuales se encontraban en secundaria, demostrando que mejoraron significativamente sus niveles de autoconcepto y rendimiento académico.

En la misma línea, Arguís et al. (2010) argumentan que, si los niños/as desde edades tempranas aprendieran a vivir de una manera más consciente, se contribuiría a educar a personas más libres, felices y responsables.

A partir de estas afirmaciones, Arguís (2014) resalta la importancia de utilizar la atención plena en el ámbito educativo, señalando algunos beneficios que surgen tras realizar la práctica del mindfulness con alumnos:

- Contrarresta el estrés diario.
- Se viven las experiencias de un modo más atento y consciente.
- Se asimila la información de una forma más relajada y serena.
- Se favorece el aprendizaje.

- Facilita el desarrollo social y personal.
- Provoca un bienestar global en los colegios.

Rodríguez-Carvajal (2016), añade que al mismo tiempo se mejoran las relaciones sociales y la relajación.

De hecho, en Aragón hay en marcha un programa educativo llamado “Aulas felices”, con la finalidad de desarrollar fortalezas personales en el alumnado de todas las edades, tanto de infantil, primaria como de secundaria. (Arguís et al., 2010)

Incluso, la práctica del mindfulness diariamente en el aula, no solamente es beneficioso para el alumnado, sino para todo el contexto del aula, de manera que hay un cambio de experiencias permitiendo al docente trabajar de manera calmada para que ello se refleje en sus alumnos. Aunque, es cierto que puede ser un proceso de larga duración, pero si se lleva a cabo de rutina se convierte en un hábito muy beneficioso para la vida. (Sánchez-Gómez et al., 2020)

Por tanto, partiendo de todos estos conceptos, se puede pensar que la práctica de mindfulness puede resultar de gran utilidad para todo tipo de alumnado, siendo una herramienta clave para desarrollar la atención plena, siendo ésta una habilidad que ha demostrado tener una gran relación con el rendimiento académico y el éxito. (Sánchez-Gómez et al., 2020)

2.4.3 Mindfulness y salud

Gracias a las investigaciones realizadas en torno a este tema, se pueden encontrar diversos estudios que presentan resultados generados por la práctica del Mindfulness. Destaca, entre otros, el tratamiento y acompañamiento de enfermedades físicas.

Jon Kabat-Zinn fundó en 1979 un Centro de Mindfulness y una Clínica de Reducción del Estrés. Éste se encuentra en Massachusetts y en él se han hecho diferentes estudios sobre el impacto del Mindfulness sobre diferentes diagnósticos. Por ejemplo, en uno de ellos, había una serie de pacientes que padecían de psoriasis y practicaron un programa de meditación de Mindfulness, lo que provocó que tuvieran una limpieza de piel cuatro veces mayor que los pacientes que decidieron no asistir.

De igual modo, Bertolín (2015) resalta la eficacia de programas de Mindfulness incluso en fibromialgia, cáncer, epilepsia, VIH, psoriasis, y otras muchas más.

Por otro lado, Sarmiento y Gómez (2013), quienes son neuropsicólogos, explican que todos contamos con un procesamiento top-down, que se encarga de modificar la dinámica de las redes tálamo-corticales, las cuales suelen generar predicciones sobre las situaciones sensoriales próximas, es decir, ésto explica que en ocasiones se tenga una conducta más

automática y con ello menos consciente. Sin embargo, el Mindfulness trabajaría la desconexión temporal de esas redes, permitiendo así interpretar las cosas que suceden tanto dentro como fuera de las personas. Aunque resulta realmente difícil, ya que nuestro pensamiento se encuentra muy mecanizado.

Además de las enfermedades físicas, hay estudios que revelan el impacto del Mindfulness en personas que presentan trastornos mentales comunes.

Javier García Campayo (2022) en su libro “Cómo reducir el sufrimiento: con aceptación y mindfulness” explica que cada vez existe más malestar psicológico en la sociedad. Conforme las generaciones van avanzando, más enfermedades mentales y menos bienestar psicológico presentan. Sin duda, los habitantes de los países desarrollados han perdido felicidad, algo que resulta realmente llamativo, ya que cada vez se tienen más comodidades materiales. Hay una razón y es que, nuestros abuelos eran capaces de adaptarse de una manera natural al sufrimiento que les rodeaba. Pero el progreso de la sociedad ha producido un fenómeno en el que cuanto menos se sufre, menos tolerancia se tiene a la frustración y al sufrimiento, teniendo así menos aceptación y demasiadas expectativas.

Así, existen estudios controlados que muestran la eficacia de las intervenciones basadas en Mindfulness, concretamente la terapia cognitiva basada en el Mindfulness (MBCT) previniendo recaídas en personas con más de dos o tres episodios de depresión. Por tanto, esto ha producido que terapeutas incluyan las intervenciones basadas en Mindfulness en su tratamiento de la sintomatología depresiva y ansiosa, puesto que hay varios estudios que se han hecho de manera aleatoria que han mostrado que se disminuye significativamente la gravedad de los síntomas primarios. (Strauss, Cavanagh, VellestOliver y Pettman, 2014)

Igualmente, Vollestad, Sivertsen y Nielsen (2011) hicieron un análisis de 19 estudios en los que se aplicaban intervenciones basadas en Mindfulness en diferentes trastornos de ansiedad. Observaron que los síntomas de ansiedad y depresión se redujeron sustancialmente.

El efecto de estas intervenciones también han tenido buenos resultados en lo referido a las adicciones, utilizando el programa de prevención de recaídas basado en Mindfulness (Bowen et al., 2011). Con este programa se busca ayudar al paciente de manera que sea capaz de reconocer las situaciones de alto riesgo y prepararse aumentando su autoeficacia. A esto se le añade un componente del mindfulness, la auto-observación del paciente, tanto de sus estados emocionales como fisiológicos (Penberthy et al., 2015)

De hecho, Bowen et al., (2011) nos vuelve a proporcionar un ejemplo de un estudio que mostró la eficacia de recibir un programa de 8 semanas de mindfulness y en el que se redujo el número de días de consumo de alcohol y sustancias estupefacientes.

Aunque, en muchas ocasiones, los trastornos de ansiedad y depresión pueden ser causados por problemas de salud, en especial si son crónicos, generando dificultades debido a ese dolor o a una discapacidad asociada. (Segerstrom y Miller, 2004)

Por ejemplo, Kabat-Zinn publicó un estudio aleatorizado en el que comparó el efecto del programa de reducción del estrés a través del Mindfulness, con el tratamiento habitual de pacientes con dolor crónico. Los resultados ofrecieron diferencias significativas en ansiedad y depresión, al igual que en indicadores sobre el dolor y la discapacidad asociada (Kabat-Zinn, Lipworth y Burney, 1985)

2.4.4 Mindfulness y aceptación

En la psicología, frecuentemente se suelen describir una serie de emociones en el ser humano. Entre ellas se encuentran alegría, miedo, enfado, sorpresa y asco.

Sin embargo, el mindfulness, contempla otra emoción más: la aceptación. No es considerada habitual, ya que no surge de una manera espontánea, sino que hay que trabajarla.

Ahora bien, para poder desarrollar la aceptación, se debe dar sentido al sufrimiento.

En el ser humano, el sufrimiento ha formado parte de la vida hasta el presente. Pero, ¿cuándo hablamos de sufrimiento? Sería cuando se teme enormemente algo pero, a pesar de ello, es inherente a la existencia del hombre. De hecho, cuando ocurre una situación en la que hay un gran sufrimiento, se suele pensar una pregunta : ¿por qué todo me pasa a mi?

El mindfulness hace una distinción dentro del sufrimiento, lo divide en dolor o sufrimiento primario y en sufrimiento secundario, explicando que la mayoría del sufrimiento que se padece podría ser evitable. Y por ello, la primera diferencia entre ambos sufrimientos es que el dolor o sufrimiento primario es inevitable y sin embargo, el secundario no. En el caso del dolor primario, es necesario aceptar que en la vida existe una cantidad de dolor inevitable, pero el sufrimiento secundario, es producido por las mismas personas al no aceptar que algunos sucesos son parte de la naturaleza y se buscan culpables donde no los hay. Por tanto, si una persona se resiste a ese dolor, como por ejemplo, a la vejez, enfermedad o a la muerte, está generando sufrimiento.

Pero, ¿por qué surge el sufrimiento? o más bien ¿por qué nos resistimos? A ello, el mindfulness explica que, en la fase de aceptación hay tres momentos, por un lado la importancia del suceso para nosotros, por otro lado si se considera que se tiene el control de la situación y por último, el sentido que se le da a ese sufrimiento.

Claro que, en el momento en el que el hombre tiene que hacer frente a ese sufrimiento, se puede apreciar que la persona puede responder de tres maneras diferentes:

- No hacer nada o casi nada ante el problema, de manera que el individuo no tiene control sobre lo que tiene.
- Negar el problema o sobrereactuar intentando de una manera desesperada encontrar una solución. Esta actitud es muy activa pero resulta muy poco efectiva, pues en este caso el individuo piensa que tiene más control del que tiene.
- Aceptar que el sufrimiento es parte de la vida y no luchar contra una realidad que no se puede controlar. En este caso sí que es una actitud tanto activa como efectiva, puesto que actúa en lo que realmente es útil y acepta la parte en la que no puede hacer nada.

Por tanto, a partir de las evidencias anteriores, se podría decir que la definición de aceptación sería no pelear con el mundo, porque controlar el mundo implica tener expectativas, es decir, desear que sea como la persona quiere. No quiere decir que no se puedan tener planes sobre algo que se quiere, sino que no se tenga un apego excesivo a ellos, en otras palabras, que no se generen expectativas. Hay que entender que la felicidad no está en esos planes, sino que está dentro de la persona, en la mente.

En consecuencia, la aceptación incluye dos grandes aspectos:

- Aceptación externa, haciendo referencia a todo lo que ocurre fuera del “yo”. Dentro de esos fenómenos se pueden encontrar:
 - Sucesos ocurridos en el pasado, presente y futuro, es decir, aceptar las pérdidas del pasado y lo que ocurre en el presente sin luchar.
 - Gestionar las relaciones a través del perdón.
- Aceptación interna, refiriéndose a lo que sucede dentro de la persona, o más bien dentro de la mente. Ésto se podría dividir en:
 - Sentidos
 - Emociones
 - Pensamientos
 - Impulsos

Atendiendo a estas consideraciones, el principal objetivo de la aceptación consistiría en aceptar totalmente la realidad del momento presente y no luchar contra lo que ocurre, dado que no se puede cambiar.

Vinculado al concepto, hay unos principios de aceptación de la realidad:

- Un suceso puede tener múltiples causas, esto es, no se suele entender el proceso, sino que sólo se aprecia el resultado final, la situación que molesta, con una visión muy

parcial y simplificada. Esa visión es la que lleva a actuar de forma compulsiva y tener la sensación de controlar todo.

- La realidad no se puede cambiar, por lo que se debería asumir que todo está bien. Por ejemplo, puede que haya algo que a mí sí que me guste, pero a otra persona no, o al revés.
- Vivir la vida merece la pena pese a experimentar dolor en algunas ocasiones.

Sin duda, no es fácil aceptar la realidad tal y como es. Cuanto más importante es para las personas el problema, más dolor produce, y por tanto más complicada es la aceptación. Incluso, ocurre en el momento en que una persona no es capaz de abarcar todo lo que se propone o no se da un sentido al sufrimiento.

En todo caso, una persona está desarrollando su aceptación cuando:

- No hay vergüenza ni culpa, es decir, las propias acciones no se evalúan, porque nunca se van a poder modificar. Esto implica la aceptación del pasado.
- No hay expectativas de futuro ni miedo a lo que pueda ocurrir.
- No hay juicio, es decir, no se compara lo que está ocurriendo en el presente con una expectativa.
- No hay pelea, ni tampoco esfuerzo.
- Las acciones se realizan como una respuesta adecuada a lo que está aconteciendo, con el objetivo de beneficiar a las demás personas y a la persona misma, sin esperar un resultado. Simplemente, estar satisfecho porque la acción se ha hecho lo mejor posible y de manera impecable. (García, 2022)

2.4.5 Mindfulness y autocompasión

Según la RAE, la definición de autocompasión es la compasión hacia uno mismo. En otras palabras, Germer y Simón (2011) explican que se trata de darnos a nosotros mismos cuidado, consuelo y serenidad, al igual que se lleva a cabo cuando alguien querido está sufriendo.

Al estar en una constante lucha, las personas se culpan y se consideran responsables cuando las cosas salen mal. Debido a ello, se suele reaccionar con autocrítica, aislamiento y ensimismamiento. Pero la autocompasión, engloba respuestas opuestas a lo descrito.

De hecho, Kristin Neff, quien fue pionera en la investigación de la autocompasión y diseñó la “Escala de Autocompasión (SCS)” (Neff, 2003) mide tres componentes que interactúan entre sí:

- Ser amable con uno mismo, es decir, no castigarse cuando las cosas van mal. Roca (2013) añade que se trata de considerarse a sí mismo de manera positiva, benévola y comprensiva, aceptando que no siempre se puede obtener todo lo que se quiere.
- Humanidad compartida, pues el sufrimiento y el dolor son parte de la experiencia humana, entendiendo así que todas las personas cometen fallos, tienen déficits y de algún modo sufren. Todos somos vulnerables, mortales e imperfectos.
- Atención plena y ecuánime, en otras palabras, experimentar el momento presente sin que las emociones influyan.

Dichos componentes, en el momento en el que se experimenta la autocompasión, se activan. Neff (2011) explica que a la autocompasión se le asocian algunos fenómenos que evidencian beneficios. Se puede asociar con la inteligencia emocional, el bienestar, la conexión social, los sentimientos de competencia, la satisfacción vital, el optimismo, la felicidad y la sabiduría. También está relacionado con la disminución de ansiedad, depresión, enfado y narcisismo. Personas autocompasivas suelen tener una autoestima alta, considerando que no depende de compararse con otras personas, sino que saben cómo reconfortarse a sí mismas cuando fracasan. (Salido de Germer y Simón, 2011)

Para poder llegar a esa autocompasión, se debe practicar cuando se está despierto y no solamente en el momento de meditar, ya que se puede dirigir la compasión en las intenciones, pensamientos, emociones y conductas, la mayor parte del tiempo. Hay cinco caminos que seguir:

- Camino físico, en el que se debe destensar el cuerpo.
- Camino mental, dejando que los pensamientos vayan y vengan sin luchar contra ellos.
- Camino emocional, entendiendo los propios sentimientos y estableciendo una relación de amistad sin evitarlos.
- Camino relacional, donde se debe dejar el aislamiento y conectar con otras personas.
- Camino espiritual, dejando de ser egoísta y siendo fiel a los propios valores.

Así, cuando se presentan problemas, se adquiere el hábito de responder con bondad, en lugar de hacerlo con autocrítica. (Germer y Simón, 2011)

Se debe hacer hincapié en que no hay que confundir la autocompasión con el victimismo. El victimismo es contraproducente dado que se exageran los propios problemas, ignorando la interconexión con los demás y sintiendo que es la única persona que está sufriendo. Además la persona se queda atrapada y no es capaz de adoptar una perspectiva más equilibrada y objetiva. Sin embargo, la autocompasión es lo contrario. No exagera los problemas, permite ver las experiencias adversas y no hace sentirse desconectado de los demás. De esta manera se

engloba a los demás y a uno mismo, reconociendo que la vida es difícil para todos. (Roca, 2013)

2.4.6 Mindfulness en relación con la salud mental y los trastornos del lenguaje, comunicación y habla

No se han encontrado evidencias que expliquen la relación que puede existir entre el mindfulness, la salud mental y los trastornos relacionados con el lenguaje y la comunicación.

Sin embargo, cabe destacar que gracias a la revisión teórica que se ha realizado, se podría obtener una conclusión.

En este caso, se puede observar que los trastornos relacionados con el lenguaje, la comunicación y el habla son dados a producir efectos negativos en la salud mental de las personas que lo padecen, como puede ser ansiedad o depresión.

Por otro lado, los estudios nos ofrecen certezas de que el mindfulness ayuda a paliar los efectos nocivos que se obtienen de una salud mental alterada.

Por lo tanto, se podría decir que al tener los trastornos un efecto indeseable en la salud mental de las personas y que esta salud mental se puede mejorar gracias al mindfulness, hay una relación entre los trastornos vinculados al lenguaje, habla y comunicación y el mindfulness.

De esta manera, el mindfulness beneficiará a la salud mental de las personas con este tipo de trastornos.

En el caso de los padres de estos niños/as que presentan trastornos relacionados con el lenguaje, habla y comunicación, como bien se ha explicado anteriormente, suelen presentar síntomas de ansiedad y frustración ante la enfermedad de su hijo. No lo aceptan y lo consideran como algo catastrófico. De este modo, el trabajo de la aceptación y la autocompasión les ayudará a sobrellevar el problema de su descendiente y con ello tener una relación mucho más afectiva.

3. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

Con este trabajo se pretende profundizar en la repercusión que tienen los trastornos relacionados con el habla, comunicación y lenguaje, en la salud mental de los padres con algún hijo que presente alguno de estos trastorno. Además, se procura conocer si podría actuar el mindfulness y la compasión como un factor protector de esta salud mental.

Así pues, los objetivos de este trabajo se dividen en generales y específicos.

Los objetivos generales que se tratan se resumen en:

- Determinar los niveles de estrés, depresión, resiliencia, aceptación, culpabilidad en los padres con hijos con algún tipo de trastorno relacionado con el habla, comunicación y lenguaje.

Y los objetivos específicos son:

- Determinar la consecuencia psicológica de presentar trastornos relacionados con el habla, comunicación y lenguaje tanto en padres y madres como en hijos.
- Relacionar conceptos de Mindfulness con la gestión emocional de dichas consecuencias.

Por otra parte, lo que se pretende demostrar a través de esta investigación es:

- La presencia de trastornos relacionados con el habla, comunicación y lenguaje en niños/as podría suponer mayores niveles de ansiedad o estrés por parte de los padres y madres de estos.
- La aceptación y la autocompasión podrían actuar como protector de la aparición del estrés o ansiedad en padres y madres de niños/as con trastornos relacionados con el habla, comunicación y lenguaje.
- La gestión emocional y la aceptación por parte de los padres/madres podría afectar a la gestión emocional y aceptación de los niños/as hacia su entorno.

4. METODOLOGÍA

4.1 Diseño

Este apartado ocupa la segunda parte del trabajo. Se pretende realizar un estudio de campo de corte descriptivo, transversal y con ello observacional, utilizando un cuestionario para la recogida de datos. (Anexo II)

4.2 Muestra

El estudio está dirigido hacia padres y madres de niños/as que padecen trastornos relacionados con el lenguaje, comunicación y habla. El cuestionario se les ha hecho llegar a través de diferentes asociaciones como el centro de atención temprana de Zaragoza (Discapacitados Físicos de Aragón), gabinete de logopedia Ana Odriozola, Atemtia, Atades, Formatea, Edian, ... Poniendo como criterios de inclusión, cualquier padre o madre con un hijo/a que tenga algún diagnóstico vinculado a los trastornos relacionados con el lenguaje, habla o comunicación.

4.3 Descripción del procedimiento

Las preguntas han sido diseñadas a través de la herramienta formularios de google de una manera totalmente personalizada. Las preguntas de este cuestionario son obligatorias y la mayor parte de ellas son cerradas, puesto que las alternativas de las respuestas están delimitadas, excepto en las variables sociodemográficas y anamnesis.

Está compuesto por 76 preguntas, divididas en siete secciones. De la sección 1 a la sección 3 se encuentra la política de privacidad. La sección 4 está orientada a los datos identificativos. La sección 5 se centra en los padres/madres. La sección 6 se centra en los hijos/as y la sección 7 está dirigida a el bienestar como padre/madre.

Este cuestionario se ha distribuido de forma online divulgado a través de los centros de logopedia y atención temprana a los padres y madres de niños/as que padecen trastornos relacionados con el lenguaje, habla y comunicación.

4.4 Instrumento

El procedimiento que se ha utilizado para poder llevar a cabo este estudio ha sido la encuesta y por tanto, el instrumento que se ha utilizado ha sido un cuestionario, con el cual se ha

permitido obtener información de una población concreta, realizando a cada sujeto las mismas preguntas.

Este cuestionario sobre salud mental y trastornos relacionados con el lenguaje, habla y comunicación está basado en determinadas variables:

Variables sociodemográficas: como la edad y género en los padres, madres y niños/as.

Anamnesis: informándonos sobre el diagnóstico y tratamiento del niño/a.

Variables psicológicas con:

- Preguntas relacionadas con la gestión emocional de la obtención del diagnóstico (elaboración propia)
- Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) (Zigmond, et al. 1983). Se trata de un cuestionario que mide la ansiedad y la depresión con siete ítems para cada uno, con un total de 14 ítems. En cuanto a las calificaciones, se totalizan obteniendo una puntuación entre 0 y 21 para ambos. Cuanto más alta sea la puntuación, mayor depresión o ansiedad indican. Si la puntuación es entre 8 y 10, son posibles casos de depresión o ansiedad. En el caso de que sea mayor a 11, resultan casos probables. La versión española ha demostrado tener validez y confiabilidad (Herrero, et al. 2003).
- Escala de autocompasión (SCS) (Neff, 2003). En ella se miden seis componentes de la autocompasión (autocompasión, auto juicio, humanidad común, aislamiento, atención plena y sobre identificación), haciendo un total de 26 elementos. En ella, los aspectos negativos están codificados a la inversa. Las respuestas a los ítems se califican en una escala tipo likert de cinco puntos yendo desde 1 (casi nunca) hasta 5 (casi siempre). La versión española también tiene validez y confiabilidad. (García-Campayo, et al. 2014)
- Cuestionario de aceptación, segunda versión (AAQ-II) (Bond, et al. 2011). Es utilizado para medir la evitación experiencial. En él se encuentran siete ítems, en los que se examina la falta de voluntad para experimentar emociones y pensamientos y la incapacidad de estar en el momento presente, al igual que participar en momentos en los que las emociones y pensamientos no deseados estén presentes. Se califica usando la escala de Likert yendo desde 1 (nunca es cierto) hasta 7 (siempre es cierto). Finalmente se suman todos los ítems. Cuanto más alta sea la puntuación, más evitación experiencial presenta la persona. Al igual que las anteriores, este instrumento también cuenta con una versión española validada y traducida (Ruiz, et al. 2013).
- Mindfulness Awareness Attention Scale (MAAS) (Brown y Ryan, 2003). Se trata de una escala muy sencilla con tan sólo 15 ítems. Evalúa de manera global la capacidad

general de mindfulness en la persona. La versión española está validada (Soler, et al. 2012).

4.5 Análisis de los datos

Los datos de la encuesta han sido analizados a través de la herramienta hojas de cálculo de google. Cada respuesta en el cuestionario de google forms, se trasladaba a dicha hoja de cálculo automáticamente. Gracias a ello, se han podido realizar análisis estadísticos de los datos calculando medias y proporciones.

Por otra parte, el análisis de correlación y significancia estadística se realizó mediante la librería Scipy de Python y las gráficas de la recta de correlación se obtuvieron mediante la librería seaborn de Python.

Para poder analizar la correlación entre las variables, lo primero que se hizo fue comprobar la normalidad de las variables con una prueba de normalidad llamada Shapiro wilks, donde se comprueba que las variables siguen una distribución normal.

Por lo tanto, podemos utilizar la prueba paramétrica de Pearson para calcular la correlación entre las diferentes variables.

Para buscar la respuesta a los objetivos e hipótesis, se buscó una correlación entre las variables de ansiedad y depresión con las diferentes variables relacionadas con el tema psicológico como son el mindfulness y aceptación.

4.6. Aspectos éticos

La participación en este estudio no conlleva ningún riesgo ni beneficio para los participantes, sino que se pide la colaboración por voluntad propia para poder buscar soluciones en un futuro para la afección psicológica de estos trastornos.

Además, ha sido analizado y aceptado por el Comité de Ética e Investigación Clínica de Aragón C.I. PI23/178. (Anexo I)

5. RESULTADOS

5.1 Análisis de la muestra

La muestra objeto de este estudio está compuesto por 41 participantes de los que el 80,5% son mujeres y el 19,5% hombres (ver figura 1), con edades que abarcan desde los 29 años hasta los 53, pero recalcando que la mayor parte de estas personas tenían entre 34 y 41. De esta manera la media de edad se encuentra en los 40 años. Estas personas tienen un hijo con algún tipo de trastorno relacionado con el lenguaje, habla o comunicación, obteniendo como resultado edades comprendidas entre los 3 y los 16 años. Un 24,4% de éstos tiene 5 años, siendo la edad que mayor porcentaje ha alcanzado en el cuestionario. De éstos, el 68,3% son niños y el 31,7% son niñas (ver figura 2).

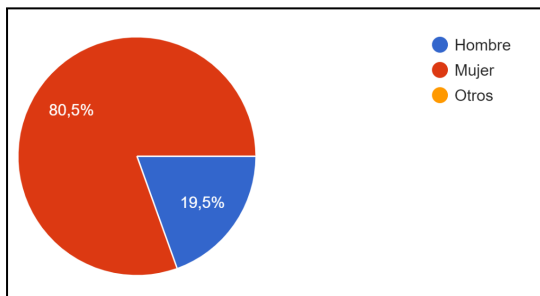


Figura 1. Gráfico de género de los padres.

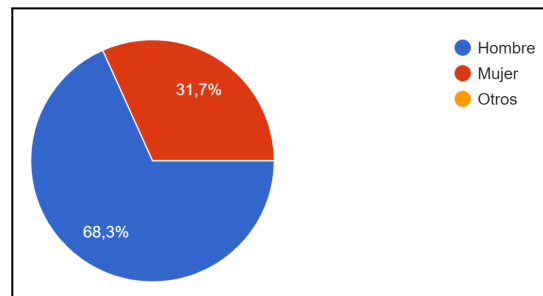


Figura 2. Gráfico de género de los niños/as.

En cuanto al diagnóstico de los hijos, el mayor porcentaje pertenece al Trastorno del Espectro Autista con un 31,7%. A ello, le sigue retraso global del desarrollo con un 19,51% de respuestas, retraso del habla con un 9,7%, trastorno específico del lenguaje con un 7,3%, dislalia con un 4,87% y el 27% restante está conformado por otros trastornos como el síndrome de deleción 1p36, TDAH, Síndrome de Tourette, deglución atípica y Síndrome X frágil. De este modo, el 78,21% de los diagnósticos son trastornos secundarios, ya que como bien se ha explicado anteriormente, los trastornos relacionados con el habla, lenguaje y comunicación pueden ser secundarios a la presencia de otro trastorno, como es el autismo entre otros. Por tanto, el 21,79% pertenecen a trastornos primarios del lenguaje, comunicación y habla. Viendo así que la mayor parte de los encuestados padecen trastornos relacionados con el lenguaje, comunicación y habla debido a otras patologías que presentan.

La edad de diagnóstico de estos niños/as es muy variada, hay algunos casos que han sido diagnosticados con 1 y otros con 10 años. La mayoría de ellos, obteniendo un 31,7% en los resultados, tenían dos años cuando fueron diagnosticados. Le siguen con un 24,3 % niños/as

diagnosticados con 3 años , con un 14,6% a los 4 años , con un 12,19% a la edad de 1 año y con un 7,3% a los 5 años . El 10% restante son niños/as diagnosticados a los 9 y 10 años y niños/as que no sabemos su edad de diagnóstico. Por tanto, la media de edad es de 3 años y medio.

En relación al tratamiento que están recibiendo los niños/as, podemos observar que un 60,9% acuden a sesiones de logopedia, un 14,63% a sesiones de atención temprana sin especificar y el 24% restante acuden a otras terapias como psicoterapia, psicomotricidad, terapia ocupacional o psicopedagogía. Además, tres de ellos, tienen tratamiento farmacológico.

5.2 Resultados de la salud mental de los niños/as

A la hora de presenciar malestar, cansancio, inquietud o mal humor en los niños/as, un 43,9% de los padres han observado estas acciones de vez en cuando. Frente a un 4,9% que lo presencian siempre.

El 65,9% de los padres creen que le afecta emocionalmente a su hijo/a su trastorno (ver figura 3), puesto que las respuestas evidencian la observación de una gran cantidad de frustración. Se puede ver en algunas contestaciones como: “Se frustra por no evolucionar con sus compañeros”, “Solo tiene 3 años, pero se observa cierta frustración al no poder comunicarse de un modo fluido tanto en el colegio como en la interacción con otros niños de su edad”. También se han visto otras respuestas como: “Se muerde las uñas”, “Inseguridad en sí misma”,...

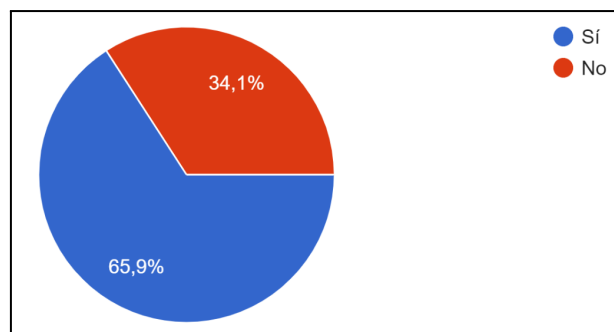


Figura 3. Gráfico de afectación del trastorno en el niño/a emocionalmente.

Un 34,1% de los padres, consideran que sus hijos no tienen baja autoestima, frente a un 31,7% que no lo sabe.

Un 46,3% de los mismos, observan problemas de conducta en sus hijos a veces, comparado con un 2,4% que lo observan con frecuencia. Además, un 4,3% considera que a su hijo no le produce vergüenza hablar delante de otros niños/as, en contraposición a un 26,8% que piensan que sí.

Finalmente, un 43,9% de ellos no sabe si a su hijo le afecta la manera en que él como padre o madre ha aceptado la situación (ver figura 4). Además de que un 26,8% considera que no le afecta. Sin embargo, un 29,2% sí que considera que su aceptación afecta al niño/a en gran medida (ver figura 5).

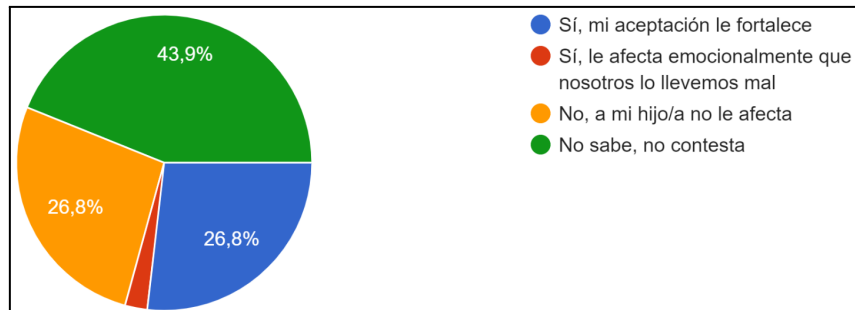


Figura 4. Gráfico de repercusión emocional del niño ante la aceptación de los padres del déficit.

26. Si la respuesta anterior es Sí. Selecciona el número al que cree que corresponde la manera en la que a su hijo/a le afecta su aceptación, siendo en gran medida el máximo (5) y nada el mínimo (1)
12 respuestas

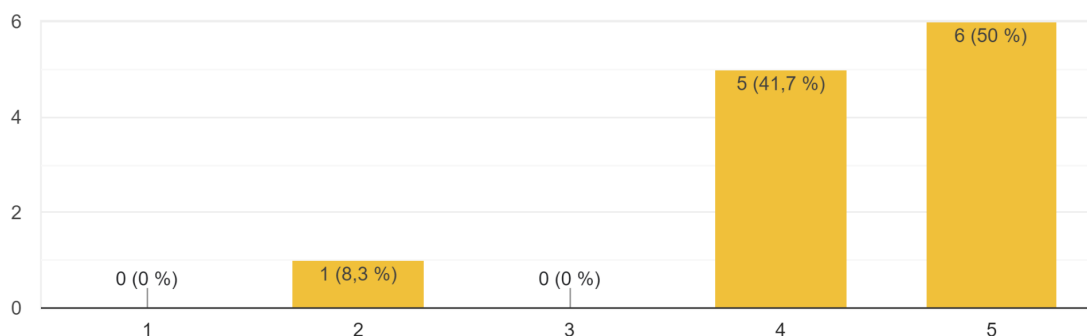


Figura 5. Gráfico de nivel de repercusión de la aceptación.

5.3. Resultados de los padres y madres

La mayor parte de los padres y madres, antes de tener el diagnóstico de su hijo/a se encontraban preocupados y con intranquilidad. Sin embargo, una vez comunicado el diagnóstico, se encuentran más tranquilos. Por ejemplo, se puede ver en frases como: “Aliviada por poder ayudarle”, “Feliz, satisfecha con la ayuda que le estamos brindando actualmente, feliz de saber que cada día se va desarrollando mejor en la sociedad.” Aunque es cierto que hay una gran parte de ellos que sus sentimientos son al contrario. Por ejemplo se puede ver en frases como: “Muy mal, al no tener cura.” “Triste y preocupada por su futuro.” “Con miedo, de no saber o no ser capaz de ser el pilar que ella necesita.”

El 31,7% de los encuestados se siente frustrado un cuatro sobre cinco y un 92,7% consideran que han sido capaces de ponerse en el lugar del niño/a. Además, a un 85,4% le preocupa la salud mental de su hijo/a, frente a un 14,6% que no (ver figura 6). Dentro de los que sí, toman medidas como acudir al psicólogo o psiquiatra.

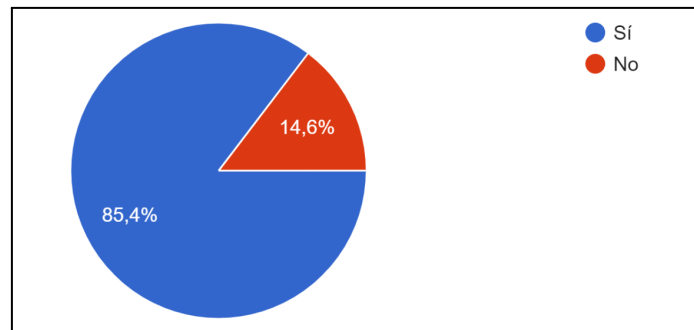


Figura 6. Gráfico de preocupaci3n de los padres de la salud mental de sus hijos/as.

El 100% de los padres entienden que el niño necesita una serie de servicios. Y con ello, un 68,3% de ellos considera que tiene obstáculos a la hora de educar a su hijo/a debido a su diagnóstico. A modo de ejemplo: “La falta de comunicaci3n fluida”, “Falta de empatía por parte del profesorado”, “No hay suficiente apoyo escolar ni comprensi3n con el tema”, “Los colegios poco preparados para su integraci3n y la sociedad en general”.

Asimismo, un 100% de ellos considera importante su formaci3n para mejorar la educaci3n de su hijo/a. Y un 41,5% se encuentra siempre preocupado de que su hijo no sea capaz de desenvolverse en su entorno debido a su déficit.

5.4 Análisis del bienestar de los padres

En cuanto a los resultados de la escala de autocompasión (SCS) (ver figura 7 y figura 8) se ha obtenido como media grupal de las subescalas que componen la escala principal: Auto-amabilidad: 6,17, media grupal de humanidad común: 6,17 y media grupal de Mindfulness: 5,7.

La puntuaci3n global media de la escala principal ha sido de 6,01, teniendo en cuenta que, para saber si el nivel de autocompasión es alto o bajo, las puntuaciones de 1,0 a 2,49 son bajas, entre 2,5 y 3,5 son moderadas y entre 3,51 y 5,0 son altas. Obteniendo así un 2,43% situados en autocompasión moderada y el 97,56% en autocompasión alta. Se pueden ver diferentes puntuaciones yendo desde la más baja, la cual sería 3, a la más alta, la cual sería 8,83.

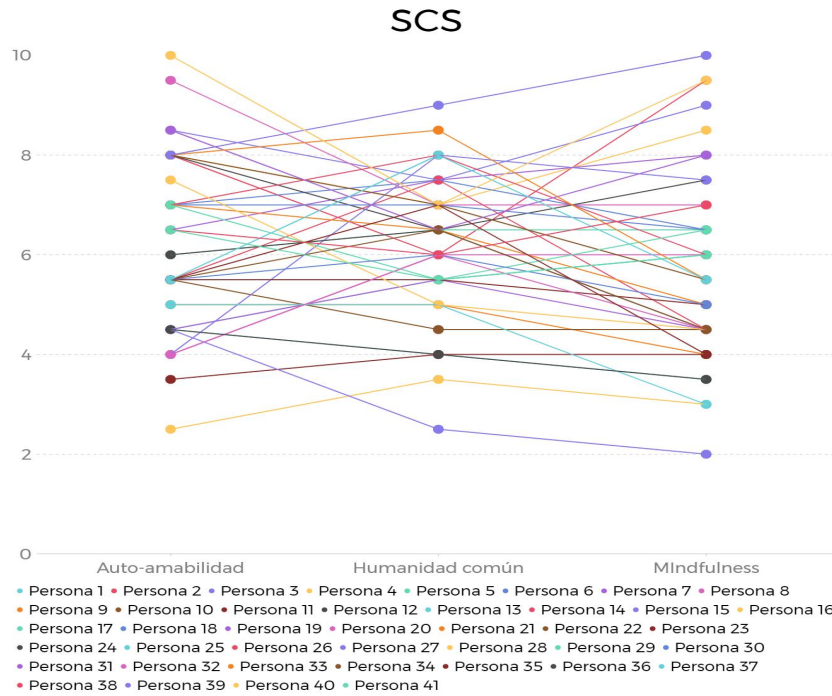


Figura 7. Resultados del SCS desglosados por auto-amabilidad, humanidad común y mindfulness.

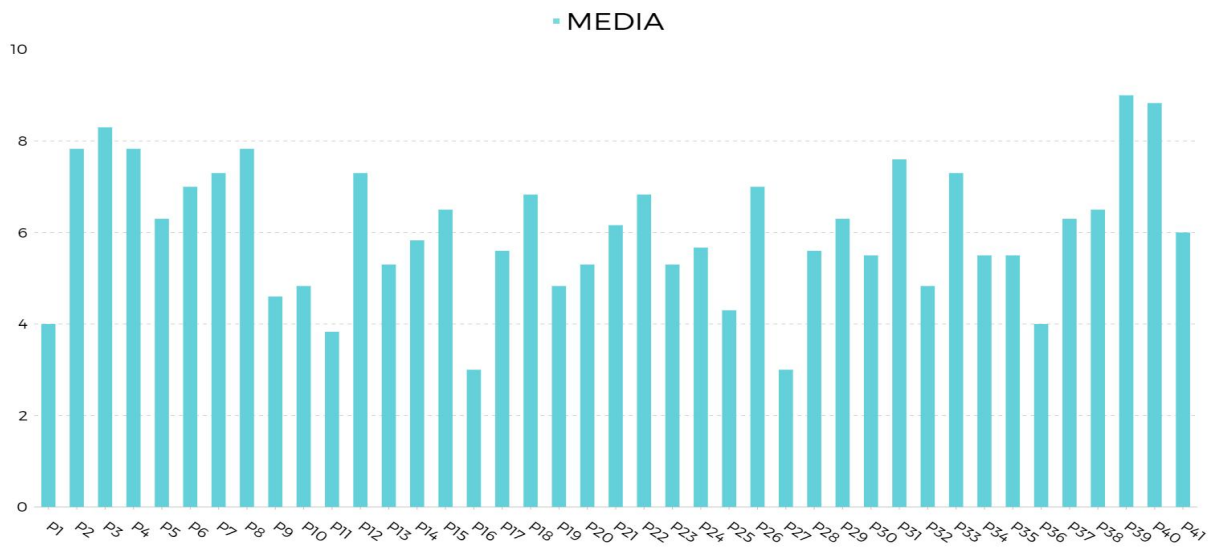


Figura 8. Resultados del SCS por persona.

Por otra parte, encontramos los resultados en cuanto a ansiedad o depresión, de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) (ver figura 9). De nuevo, se debe tener en cuenta que el rango de normalidad son puntuaciones entre 0 y 7, un posible caso de ansiedad o depresión entre 8 y 9 y un caso probable de ansiedad o depresión entre 11 y 21.

De esta manera, la media de ansiedad del grupo es de 8,58 y la media de depresión del grupo completo es de 5,7. Obteniendo como puntuación más baja de ansiedad 2 y más alta 16 y de depresión la más baja 1 y la más alta 14.

Un 48,7% de los encuestados, se encuentran en un rango de ansiedad normal. Sin embargo, el 12,19% aumenta su ansiedad pudiendo tener un posible caso de ansiedad y el 39,02% seguramente presente ansiedad.

En relación a la depresión, un 73,17% de los encuestados se encuentran en un rango normal. No obstante, el 9,75% se encontraría en un posible caso de depresión y un 17,07% seguramente padece depresión.

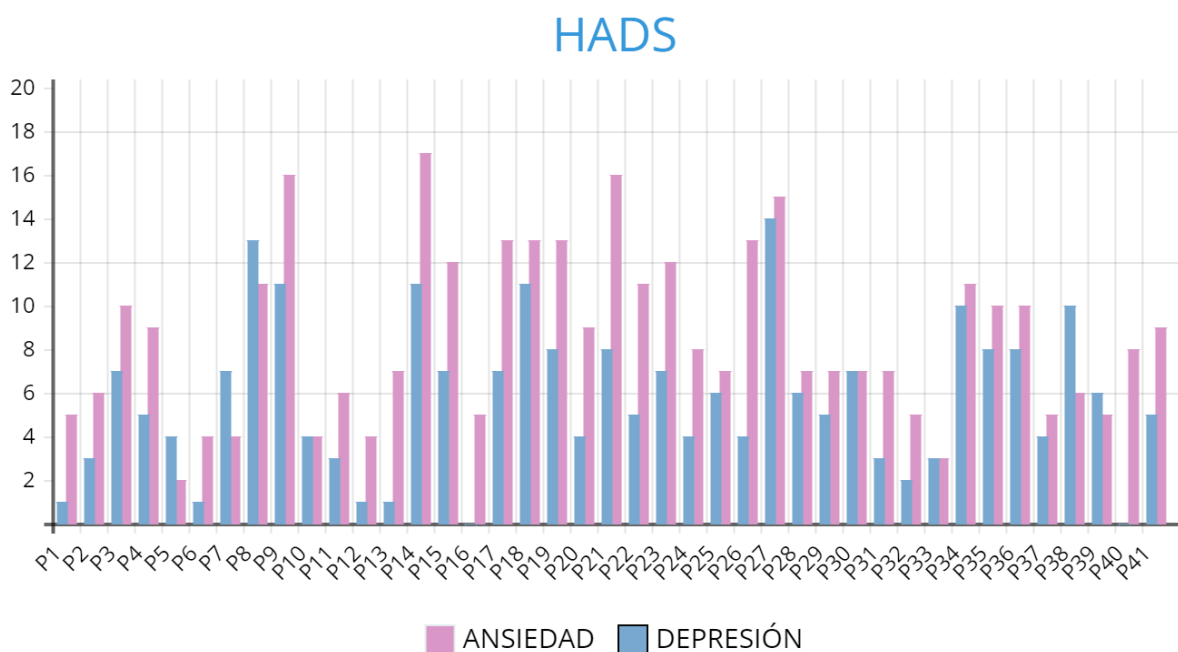


Figura 9. Resultados de la escala de ansiedad y depresión (HADS) por persona.

A continuación se aprecian los resultados del cuestionario de aceptación AAQ-II (ver figura 10). Para ello, hay que considerar que a mayor puntuación, mayor evitación experiencial, asociándose a menor aceptación. La media del grupo ha sido de 33,36, obteniendo 52 como máxima puntuación y 20 como mínima puntuación.

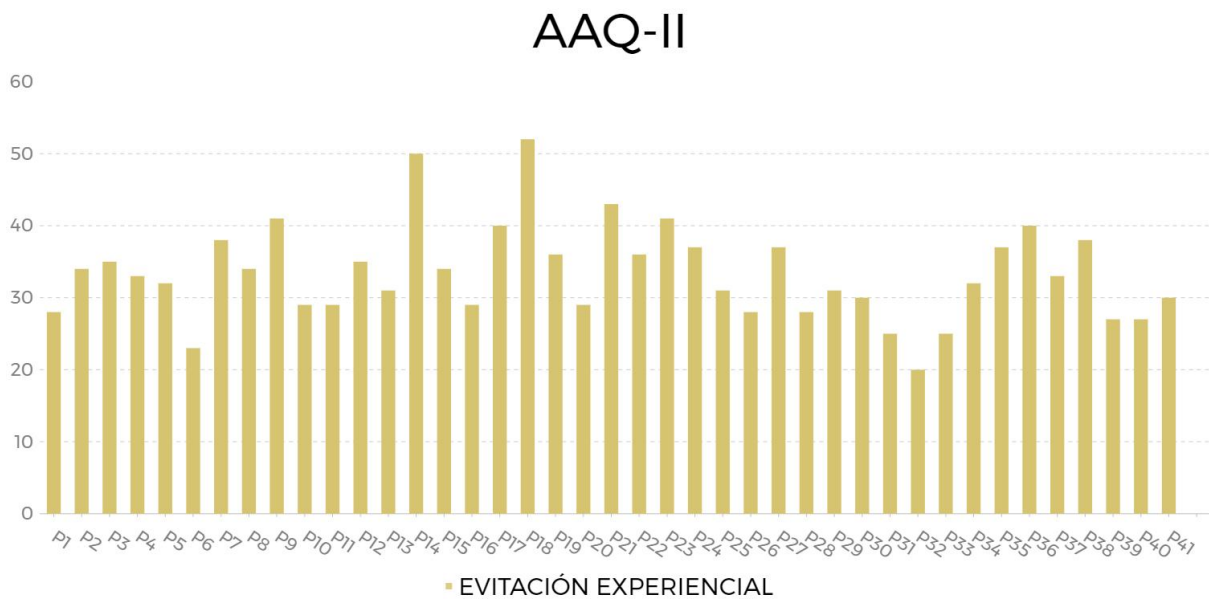


Figura 10. Resultados de la evitación experiencial (AAQ-II) por persona.

Para finalizar, encontramos las respuestas de la escala de mindfulness (MAAS) (ver figura 11) donde las puntuaciones elevadas significan un mayor estado de mindfulness. La media del grupo ha sido de 3,85, la puntuación máxima 5,93 y la puntuación mínima 1,26.

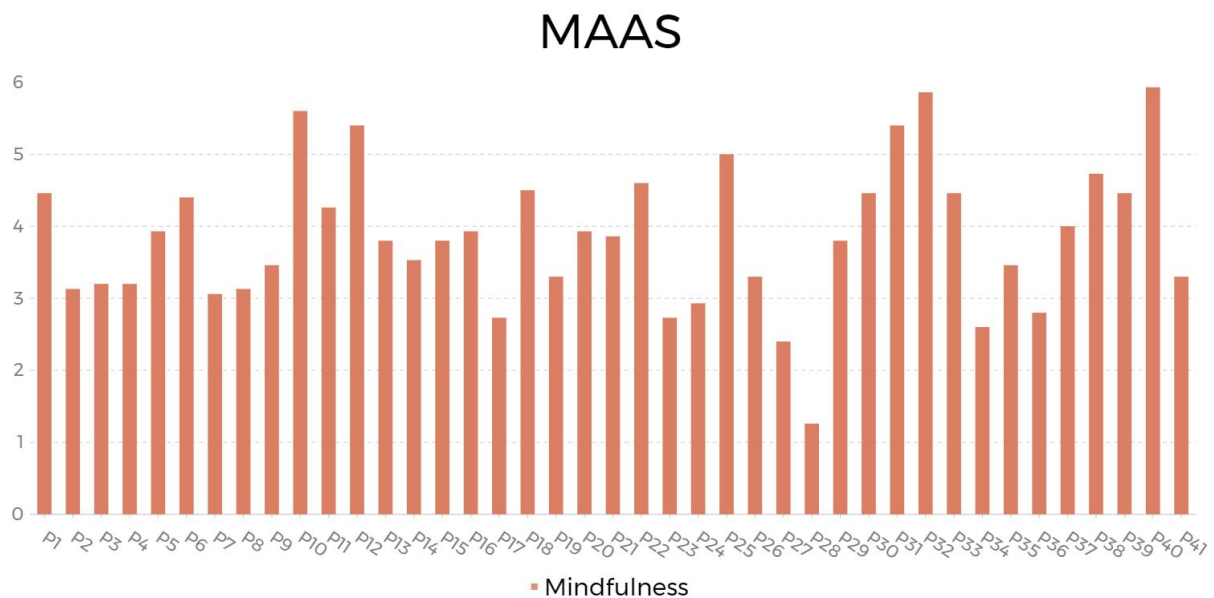


Figura 11. Resultados de la escala de mindfulness (MAAS) por persona.

5.5 Resultados de correlación de variables

Ante los resultados obtenidos de las diferentes preguntas, se ha pretendido indagar más y ver si hay algún tipo de relación entre la variable de depresión y ansiedad con mindfulness, auto-compasión y aceptación.

Entendiendo así que si la R se acerca a 0, significa que no hay ninguna relación. Pero, si la R se aleja del 0 y es superior o inferior, sí que puede haber relación.

Además, cuando la P es inferior a 0,05, quiere decir que es estadísticamente significativo.

De este modo se han obtenido los siguientes resultados:

Tanto en ansiedad como en depresión, no se ha obtenido correlación con ninguna de las subescalas del SCS (auto-amabilidad, humanidad común y mindfulness). Esto se puede apreciar, ya que en ansiedad la $R=0,08$ (auto-amabilidad), $R=0,06$ (humanidad común) y $R=0,23$ (mindfulness). En depresión la $R=0,01$ (auto-amabilidad), $R=0,04$ (humanidad común) y $R=0,20$ (mindfulness). De este modo, como se acerca a 0 no hay relación. A ello, se suma que, en ansiedad la $P=0,64$ (auto-amabilidad), $P=0,72$ (humanidad común) y $P=0,15$ (mindfulness). En depresión la $P=0,96$ (auto-amabilidad), $P=0,83$ (humanidad común) y $P=0,21$ (mindfulness). Por tanto, como es mayor a 0,05, no es estadísticamente significativo. La excepción la tiene la subescala mindfulness, ya que se puede ver una tendencia negativa pero no significativa. Todo ello se aprecia en las figuras 12 y 13.

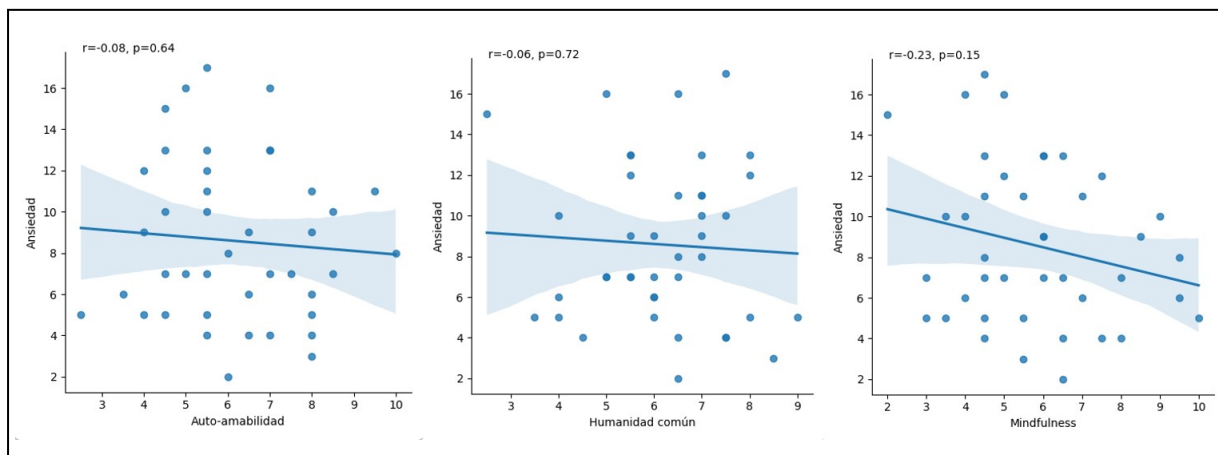


Figura 12. Correlación entre Ansiedad y SCS.

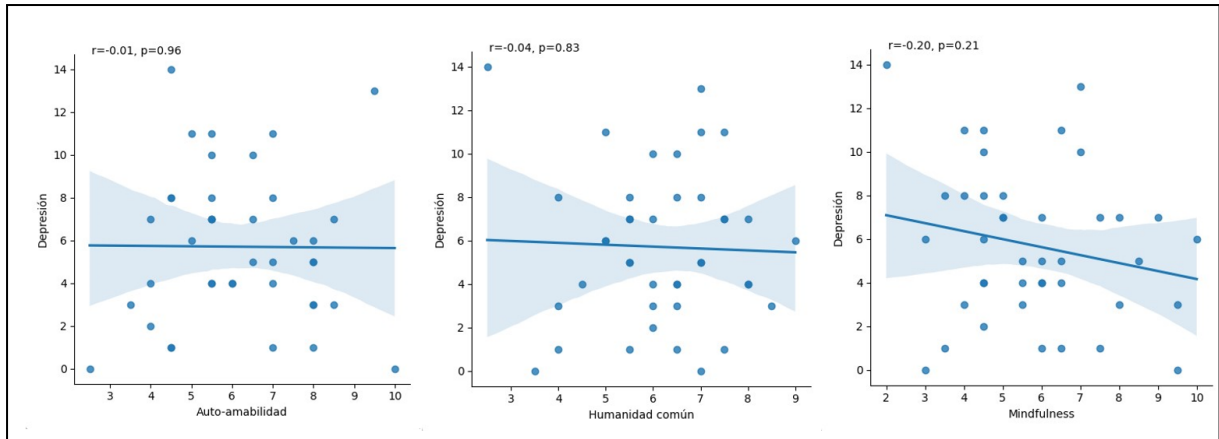


Figura 13. Correlación entre Depresión y SCS.

Sin embargo, en la situación de comparar la ansiedad y depresión en la escala de evitación experiencial, entendida como a menos evitación experiencial, más aceptación, podemos ver los siguientes datos. Cuando hablamos de ansiedad podemos ver una $R = 0,66$ y una $P = 2,8e-06$. Cuando hablamos de depresión podemos ver una $R = 0,66$ y una $P = 2,23-06$, por lo tanto, podemos ver que sí que hay una correlación dándose mayor ansiedad cuando hay mayor evitación experiencial. (Ver figura 14)

En cuanto a la situación de comparar la ansiedad y depresión con la escala de mindfulness, podemos ver los siguientes datos. Al hablar de ansiedad podemos ver una $R = 0,42$ y una $P = 0,0062$. Cuando hablamos de depresión podemos ver una $R = 0,47$ y una $P = 0,0018$. De este modo, como la escala MAAS correlaciona negativamente ($r = -$), entendemos que a más mindfulness, menos depresión y menos ansiedad. (Ver figura 15)

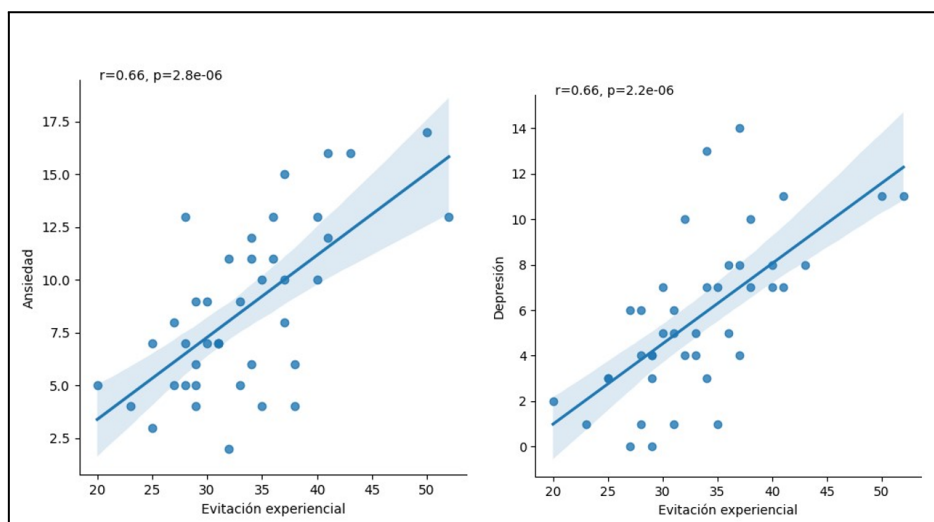


Figura 14. Correlación entre Ansiedad y Depresión con Evitación experiencial.

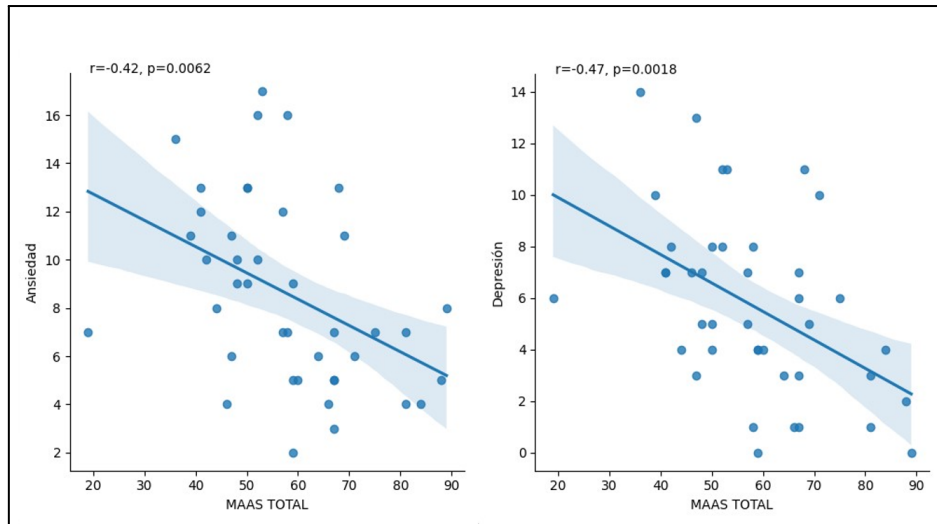


Figura 15. Correlación entre Ansiedad y Depresión con MAAS.

6. DISCUSIÓN

No cabe duda de que la familia, es un elemento primordial en el ámbito de la enfermedad. De esta manera, a lo largo de este trabajo, se han podido observar diferentes resultados relacionados con la salud mental de los padres/madres de hijos/as que padecen algún trastorno relacionado con el lenguaje, el habla o la comunicación.

Mediante el estudio demográfico realizado, se ha llevado a cabo una descripción completa de la muestra, compuesta por 41 participantes, ayudando así a conocer los perfiles de los encuestados. Así pues, los resultados muestran que la mayor parte de las personas han sido mujeres, siendo un 80,5% frente a un 19,5% que son hombres. Esto nos puede llevar a pensar que las madres, son las que suelen llevar el peso de los problemas de los hijos. De hecho, Campbell (2001), explica que “En la familia, las madres están más involucradas en el cuidado de los hijos que el padre.” Esto hace pensar que, si realmente ambos padres tuviesen la misma implicación, deberían haber respondido al test ambos y de este modo, tener una cantidad muy parecida de respuestas de ambos sexos.

Por otra parte, el porcentaje de los niños varones, es mayor que el de las niñas. No se han encontrado estudios que demuestran que, en los trastornos del lenguaje, habla o comunicación, haya una prevalencia en niños o niñas. Pero, como bien se ha podido ver en los resultados, una gran parte de los niños tienen trastornos secundarios, es decir, los trastornos que presenten del habla, lenguaje o comunicación son secundarios a otro trastorno como es el TEA. Además, como es el trastorno que más se presenta en los resultados del cuestionario, con un 31,7%, es necesario mencionar que, en el caso del TEA, sí que puede haber prevalencia en varones. De hecho, Martos (2004) en su estudio, ha obtenido como resultado que hay una mayor incidencia del trastorno autista en varones. Aunque, es cierto que, como bien explica Tsirgiotis et al. (2021), actualmente en el género femenino, el autismo se detecta y diagnóstica tardíamente, o incluso reciben diagnósticos inadecuados, ya que hay diferencias en la presentación del autismo entre niños y niñas.

Además, hay que tener en cuenta que los primeros años de vida de los niños/as, son cruciales para la adquisición de habilidades relacionadas con el habla, la comunicación y el lenguaje. De este modo, la detección precoz resulta realmente importante y necesaria, ya que condiciona el futuro del niño/a. Los resultados que se han obtenido en la encuesta, hacen pensar que se ha hecho un buen procedimiento con estos, ya que la mayor parte de estos, han sido diagnosticados con la edad de dos y tres años, por lo que tendrán un mejor desarrollo posterior al conocer sus dificultades de manera temprana.

Ahora bien, uno de nuestros objetivos es determinar la consecuencia psicológica de presentar trastornos relacionados con el habla, comunicación y lenguaje tanto en padres y madres como en hijos. Los resultados nos muestran que, de vez en cuando, los niños/as suelen presentar malestar, cansancio, inquietud o mal humor. Es posible que sea debido a que les afecta emocionalmente su trastorno, puesto que el 65,9% de los padres cree que se da el caso. De hecho, se pueden ver algunas respuestas como: “Se frustra por no evolucionar con sus compañeros”. Además, como bien explica López (2009), esta frustración puede llevar a la agresividad, tristeza, rabietas, ansiedad, mentiras, rabia, etc. En efecto, en los resultados obtenidos, un 46,3% de los padres, observan problemas de conducta en sus hijos a veces. Aunque, algo que llama bastante la atención es que, un 34,1% de los padres consideran que sus hijos no tienen baja autoestima, frente a un 31,7% que no lo sabe. Tal vez, el posible problema esté en que los padres no entienden qué es la autoestima, ya que si normalmente la frustración da lugar a ansiedad, rabietas, tristeza,... la autoestima que se va a generar va a ser baja, como bien se explica en el marco teórico. Es cierto que, todo depende de la concepción de la enfermedad que tenga el niño/a, pero por lo general, cuanto más frustración, menos autoestima. A ello, se suma que, un 26,8% piensan que a sus hijos les da vergüenza hablar delante de otros niños/as, frente a un 4,3% que considera que a su hijo no le produce vergüenza. Por tanto, nos llevaría a pensar que si de verdad los niños/as no tuvieran problemas de autoestima, no les daría vergüenza hablar delante de otros niños/as. Además, la mayor parte de los padres/madres, no saben si a su hijo le afecta la manera en que él o ella como padre o madre ha aceptado la situación. Por lo que, no podemos corroborar la hipótesis de que la gestión emocional y la aceptación por parte de los padres/madres podría afectar a la gestión emocional y aceptación de los niños/as hacia su entorno. Sin embargo, la literatura corrobora esta hipótesis, ya que De Minci (2005) explica en su estudio que, la relación basada en la aceptación de ambos padres, favorece cómo el niño/a se afronta y se adapta a las diferentes situaciones. Además, se le suma que, cuando un niño/a percibe que sus padres lo aceptan, respetan sus opiniones y están orgullosos de ellos, producen menos sentimientos depresivos y menos soledad. Por el contrario, cuando hay baja aceptación por parte de los progenitores, los niños/as tienen afrontamientos desadaptativos. Con todo, sería una variable interesante de la cual seguir investigando para tener más conocimiento sobre ello.

Que no sepan si a sus hijos les afecta la manera en que aceptan ellos como padres la situación, no quiere decir que no se preocupen por ellos. La mayor parte de ellos, se encontraban preocupados y con intranquilidad antes de tener el diagnóstico de su hijo/a. Pero, una vez obtenido ese diagnóstico, se ha podido observar en los resultados que la mayoría se

encuentran mucho más tranquilos. Por ejemplo, se puede ver en frases como “Aliviada de poder ayudarlo”. Con todo, hay también sentimientos contrarios, pues se encuentran inquietos ante la vida de su hijo/a. Por ejemplo, se puede reconocer en frases como “Muy mal, al no tener cura”. Lo cual, produce frustración hacia la situación y por tanto ansiedad. A la mayor parte de ellos les preocupa la salud mental de su hijo/a y creen que son capaces de ponerse en el lugar del niño/a. Además, muchos toman medidas en cuanto a la salud mental de sus niños/as como acudir al psicólogo o al psiquiatra y todos ellos entienden que su descendiente necesita una serie de servicios. Pero, perciben obstáculos a la hora de educar a su hijo/a debido a ese diagnóstico, sobre todo en el colegio, ya que consideran que no están lo suficientemente preparados para su integración.

Bien hemos podido ver que, a los padres y madres, les preocupa la salud mental de sus hijos, pero no se preocupan tanto por la suya propia. Y sin duda, una de las razones de no autocuidarse en su propia salud mental es debido al diagnóstico de sus descendientes. Los autocuidados pasan a un segundo plano y además, como hemos visto en los resultados anteriores, a algunos de ellos les resulta frustrante dicho diagnóstico, por lo que le puede conducir a ansiedad o incluso depresión. Aunque, es cierto que, también hay otra gran parte que se sienten aliviados ante dicho diagnóstico. Por lo tanto, para poder investigar sobre esto, se pueden observar los resultados del cuestionario, donde se ha medido la autocompasión, la ansiedad y depresión, la aceptación y el mindfulness.

Haciendo referencia a la autocompasión, los resultados comunican que la mayor parte de las personas encuestadas tienen una autocompasión alta. Eso quiere decir que estas personas son amables consigo mismas, entienden que todas las personas de algún modo sufren y experimentan el momento presente sin que las emociones influyan. (Neff, 2003)

Por otro lado, casi la mitad de los encuestados se encuentran en un rango de ansiedad normal, pero el 39,02% seguramente la presente. Cosa que no ocurre con la depresión, ya que la mayor parte de las personas se encuentran en un rango normal y solamente el 17,07% seguramente presenta depresión. Esto nos indica que tiene más prevalencia la ansiedad que la depresión y por tanto, una parte de los padres tienen una gran preocupación y un miedo excesivo por la situación de sus hijos, corroborando la hipótesis de partida donde se pretendía evidenciar que la presencia de trastornos relacionados con el habla, comunicación y lenguaje en niños/as podría suponer mayores niveles de ansiedad o estrés por parte de los padres y madres de estos. Para cerrar esta parte, podríamos decir que los datos no tienen una tendencia muy alta hacia la depresión encontrándose los rasgos dentro de una normalidad.

Así mismo, los resultados en cuanto a la aceptación evidencian que, la evitación experiencial es muy alta y por tanto, los padres y madres de estos niños/as tienen menor aceptación. De esta manera, podríamos explicar porqué la mayoría de los padres encuestados, no saben si la manera en que han aceptado su diagnóstico afecta al niño/a, pues ellos mismos no lo aceptan lo suficiente. Sin embargo, la mayor parte de ellos tienen la capacidad de mindfulness bastante elevada, de manera que tienen consciencia del aquí y ahora, siendo beneficioso.

En pocas palabras, los resultados expresan que algunos de los padres de estos niños/as, presentan mayoritariamente ansiedad, a pesar de tener una autocompasión alta y consciencia del aquí y el ahora. Esto podría ser debido a que la aceptación ha resultado ser baja.

Pero, para comprobar que la aceptación y la autocompasión podrían actuar como protector de la aparición del estrés o ansiedad en padres y madres de niños/as con trastornos relacionados con el habla, comunicación y lenguaje, se han realizado correlaciones entre variables. En estas, los resultados han mostrado que, entre la escala de autocompasión y la depresión y ansiedad no se ha visto ningún tipo de correlación. A pesar de ello, en la literatura está más que comprobado que sí que hay correlación entre estas variables, por lo que sería interesante seguir estudiándolo, puesto que los grupos de terapia de unión de familias, a la hora de hablar de los casos, fomentan la humanidad compartida, la cual es una de las variables de la escala de autocompasión.

Sin embargo, entre la aceptación y la ansiedad y depresión, se ha obtenido correlación. De esta manera, se ve claro que la aceptación, es uno de los pilares que puede influir como protector total de la depresión y ansiedad. Lo que significa que, aceptar la situación, ser conscientes de las limitaciones y necesidades, no intentar cambiar las cosas y no luchar contra una realidad que no se puede controlar, nos protege de esa ansiedad y depresión. También se ha obtenido correlación entre mindfulness y ansiedad y depresión, viendo que a más mindfulness, es decir, más consciencia del aquí y el ahora, menos depresión o ansiedad. Por lo tanto, el mindfulness también serviría como un factor protector de esa ansiedad o depresión.

Por consiguiente, tras comprobar que la aceptación es un protector ante la ansiedad o depresión, podríamos intuir que la que presentan parte de los padres, se debe a la poca aceptación que tienen ante la situación. Asimismo, se podría explicar el hecho de que, casi la mitad de las personas encuestadas se encontraban en un rango normal de ansiedad y es que la mayoría han obtenido resultados muy favorables en mindfulness, otro factor protector de la misma, por lo que les ha beneficiado en ese aspecto.

Limitaciones

La principal dificultad que he encontrado es la limitación de haber obtenido una muestra pequeña, debido a que ha sido enviada a los destinatarios a través de una asociación sin un contacto directo. Si este contacto hubiera sido directo, seguramente hubiera obtenido más respuestas. Además, es una población muy concreta y puede ser que muchas personas a las que les llega el cuestionario no estén todavía preparados para participar en un estudio de este tipo.

El cuestionario se podría mejorar siendo más específico. Por ejemplo, reduciendo variables extrañas, como sería el hecho de saber si los padres van a algún tipo de terapia, ya que es una variable que no se ha controlado y puede afectar a los resultados.

7. CONCLUSIONES

Como conclusión de este trabajo, se puede decir que se ha profundizado tanto en los trastornos relacionados con el habla, comunicación y lenguaje, como en trastornos secundarios de estos, como en la salud mental de los padres con algún hijo que presente alguno de estos trastornos.

Así pues, se ha podido determinar los niveles de estrés, depresión, ansiedad, aceptación, autocompasión y mindfulness en los padres con hijos con algún tipo de trastorno relacionado con el habla, comunicación y lenguaje gracias al cuestionario realizado, determinando así la consecuencia psicológica de presentar estos trastornos tanto en los padres como en los hijos. En relación a los hijos, hemos podido ver que los padres perciben cierta frustración, lo que posiblemente les produce una baja autoestima y con ello vergüenza a hablar delante de sus iguales.

Por otra parte, en cuanto a la salud mental de los padres, se han obtenido diferentes resultados que demuestran que la presencia de trastornos relacionados con el habla, comunicación y lenguaje en niños/as supone mayor nivel de ansiedad o estrés por parte de los padres y madres de estos. A ello, se le suma que se ha logrado entender el porqué de ese problema, pues se ha podido demostrar que la aceptación y el mindfulness son un factor protector de la ansiedad. De esta manera, al presentar los sujetos una baja aceptación, les ha supuesto un mayor nivel de ansiedad.

Por ello, para favorecer a las familias, al ver que la aceptación, la autocompasión y el mindfulness, son un factor protector ante la ansiedad o depresión, sería interesante hacer un estudio de intervención. Así, se podría seguir analizando estos datos mientras se entrena tanto a los padres, como a sus hijos/as, en todas estas variables, con el objetivo de favorecer la salud mental de toda la familia.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Argüelles, P. P. (2008). Parálisis cerebral infantil. *Hospital Sant Joan de Dèu*, 271-277.
- Algaba, M. J. (2009) LA HIPOACUSIA EN LA ESCUELA. *Revista digital innovación y experiencias educativas*. 15. Granada
- Arguís, R., Bolsas, A. P., Hernández, S., y Salvador, M. (2010). Programa “Aulas felices”. Psicología positiva aplicada a la educación. Zaragoza, España: SATI.
- American Psychological Association [APA]. (2014). *Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*. Editorial Médica Panamericana.
- Arguís, R. (2014). Mindfulness y educación: aprendiendo a vivir con atención plena. En A. Cebolla, J. García Campayo, y M. Demarzo (Eds.), *Mindfulness y ciencia* (pp. 236-265). Madrid, España: Alianza.
- Amutio, A., Franco, C., Sánchez, L.C., PérezFuentes, M.C., Gázquez, J.J., Van Gordon, W., y Molero, M.M. (2018). Effects of Mindfulness Training on Sleep Problems in Patients With Fibromyalgia. *Frontiers in Psychology*, 9, 1-8. doi: 10.3389/fpsyg.2018.01365
- Adrover Roig D, et al. (2022). Los alumnos con dificultades de lenguaje son más vulnerables al acoso. *El economista*. México. <https://www.proquest.com/newspapers/los-alumnos-con-dificultades-de-lenguaje-son-m%EF%BF%BDs/docview/2730240026/se-2?accountid=14795>
- Bebko, J. et al. (1987). Parent and professional evaluations of family stress associated with characteristics of autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 17 (4), 565-577.
- Belinchón, M. (Dir.) (2001). Situación y necesidades de las personas con trastornos del espectro autista en la Comunidad de Madrid. Madrid: Caja Madrid.
- Bishop, S.R. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science & Practice*, 11, 230-241. doi:10.1093/clipsy.bph077
- Brown KW, Ryan RM. The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *J Pers Soc Psychol* [Internet]. Abril de 2003;84(4):822-48. Disponible en: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/0022-3514.84.4.822>
- Betancourt, M. L., & de la Habana, A. D. I. (2005). Retraso del lenguaje. *Centro de Logopedia y Foniatría: La Habana*.
- Bond FW, Hayes SC, Baer RA, Carpenter KM, Guenole N, Orcutt HK, et al. Preliminary Psychometric Properties of the Acceptance and Action Questionnaire–II: A Revised Measure of Psychological Inflexibility and Experiential Avoidance. *Behav Ther*

- [Internet]. diciembre de 2011;42(4):676-88. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0005789411000888>
- Bowen, S., Chawla, N. y Marlatt, G. A. (2011). *Mindfulness-based relapse prevention for addictive behaviors: A clinician's guide*. New York, NY: Guilford Press.
- Bertolín, J. (2015). Eficacia-efectividad del programa de reducción del estrés basado en la conciencia plena (MBSR): actualización. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35(126), 289-307
- Cristal D., Fletcher P. y Garman M. (1983). *Análisis gramatical de los trastornos del lenguaje*. Barcelona. Médica y Técnica.
- Campbell-Araujo, O. A., & Figueroa-Duarte, A. S. (2001). Impacto del autismo en la familia. La percepción de los padres. *Arch Neurocién (Mex)*, 6(1), 6-14.
- Cabellero, A. L. (2009). La frustración como elemento educativo. *Padres y Maestros/Journal of Parents and Teachers*, (323), 24-29.
- Cañas, A.M. (2010). Problemas del habla. *Revista digital innovación y experiencias educativas*. 36. Granada.
- Candel, I. (2010). *Prevención desde el ámbito educativo: Patologías no evidentes*. En J. Pérez-López y A.G. Brito (Coords.). *Manual de Atención Temprana* (pp. 119- 132). Madrid: Pirámide.
- Collazo Alonso, A. (2014). *Habilidades comunicativas en discapacidad intelectual*. [Trabajo Final de Máster]
- Cala-Valero, M, De las Mercedes Monzón-García, S., & Tibau-Avello, M. (2016). La orientación a la familia de niños con retraso en el lenguaje desde el programa Educa a tu Hijo. *Educación y sociedad*, 14(3), 24-36.
- Cara García, R. (2019). Estrés parental y resiliencia en padres de hijos con trastornos del neurodesarrollo [Trabajo Fin de Máster, Universidad de Almería].
- Cruz Ríos M. (2022). Urge educar sobre salud mental en niños y adolescentes. *El vocero de Puerto Rico*.
<https://www.proquest.com/newspapers/urge-educar-sobre-salud-mental-en-ni%EF%BF%BDos-y/docview/2724180045/se-2?accountid=14795>
- Del Barrio, C. (1990). *La comprensión infantil de la enfermedad: un estudio evolutivo*. Barcelona: Anthropos.
- Doménech, E. (1997). El estrés de los padres y el clima familiar del niño autista. En A. PolainoLorente, E. Doménech y F. Cuxart, (eds.) *El impacto del niño autista en la familia* (95-110). Navarra: Rialp

- Domínguez C.L y Agelvis, V. (2003). *Lingüística: una introducción generalísima*. Universidad de los Andes.
- De Minzi, M. C. R. (2005). Estilos parentales y estrategias de afrontamiento en niños. *Revista latinoamericana de Psicología*, 37(1), 47-58.
- Díaz, A. P., Gómez, Á. B., Jiménez, A. C., Muñoz, M. C., Montilla, A. A., & Dimas, V. (2015). Parálisis cerebral y trastornos relacionados con el lenguaje: un enfoque neuropsicológico.
- De las Heras Mínguez, G y Rodríguez García, L. (2015). *Guía de intervención logopédica en las dislalias*. Madrid: Síntesis.
- Díaz, A. (2021). Estrés en padres con hijos de educación básica especial, durante aislamiento social, Chiclayo, 2020. [Tesis de pregrado, Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo]. <http://hdl.handle.net/20.500.12423/4198>
- Ezrati-Vinacour, R., Platzky, R., & Yairi, E. (2001). The Young Child's Awareness of Stuttering-Like Disfluency. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 44(2), 368–380. [https://doi.org/10.1044/1092-4388\(2001/030\)](https://doi.org/10.1044/1092-4388(2001/030))
- Etchepareborda, M. C., Santana, R., Paiva, H., & Lugtenberg, I. (2003). Atención y lenguaje. *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad*. Montevideo: Printer, 135-154.
- Fresneda, M. D., & Mendoza, E. (2005). Trastorno específico del lenguaje: Concepto, clasificaciones y criterios de identificación. *Revista de neurología*, 41(1), 51-56.
- Garaigordobil, M., & Pérez, J. I. (2007). Autoconcepto, autoestima y síntomas psicopatológicos en personas con y sin dislexia: un análisis descriptivo y comparativo. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 7(2), 285-298.
- Germer, C.K. (2005) Mindfulness. What is it? What does it matter? En C.K. Germer, R.D. Siegel y P.R. Fulton (eds.): *Mindfulness and Psychotherapy*. Nueva York: Guilford Press, págs., 3-27.
- García-Campayo J, Navarro-Gil M, Andrés E, Montero-Marín J, López-Artal L, Demarzo MMP. Validation of the Spanish versions of the long (26 items) and short (12 items) forms of the Self-Compassion Scale (SCS). *Health Qual Life Outcomes* [Internet]. 12/15 2014 Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24410742>
- García, J. y De marzo, M. (2015) *¿Qué sabemos del mindfulness?* Kairós.
- García, J. y De marzo, M. (2015) *Mindfulness y compasión. La nueva revolución*. Siglantana.

- García-Rubio, C., Luna, T., Castillo, R., y Rodríguez-Carvajal, R. (2016). Impacto de una intervención breve basada en mindfulness en niños: Un estudio piloto. *Revista Interuniversitaria de formación del profesorado*, 87(30.3), 61-74.
- Gómez, M. S., Renau, M. A., Andrés, M. H., & Bresó, E. (2020). Mindfulness en educación infantil: un programa para desarrollar la atención plena. *Revista academia y virtualidad*, 13(2), 133-144.
- García Campayo, J. (2022) *Cómo reducir el sufrimiento: con aceptación y Mindfulness*. Siglantana editorial. España.
- Harris, S. L. (2001). Los hermanos de niños con autismo. Su rol específico en las relaciones familiares. Madrid: Narcea.
- Herrero MJ, Blanch J, Peri JM, De Pablo J, Pintor L, Bulbena A. A validation study of the hospital anxiety and depression scale (HADS) in a Spanish population. *Gen Hosp Psychiatry* [Internet]. julio de 2003;25(4):277-83. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0163834303000434>
- Hervás, G., Cebolla, A., & Soler, J. (2016). Intervenciones psicológicas basadas en mindfulness y sus beneficios: estado actual de la cuestión. *Clínica y salud*, 27(3), 115-124.
- Justo, C. F., Ayala, E. S., & Martínez, E. J. (2010). Incidencia de un programa psicoeducativo de mindfulness (conciencia plena) sobre el autoconcepto y el rendimiento académico de estudiantes inmigrantes sudamericanos residentes en España. *Revista Iberoamericana de Educación*, 53(6), 3.
- Kabat-Zinn, J., Lipworth, L. y Burney, R. (1985). The clinical use of mindfulness meditation for the self-regulation of chronic pain. *Journal of Behavioral Medicine*, 8, 163–190. <http://dx.doi.org/10.1007/BF00844934>
- Kabat Zinn, J. (2001). *Mindfulness. Based Interventions in Context: Past, Present, and Future*. Center for Mindfulness in Medicine, Health Care, and Society, University of Massachusetts Medical School, Worcester
- Kabat-Zinn, J. (2004). *Vivir con plenitud las crisis. Cómo utilizar la sabiduría del cuerpo y de la mente para afrontar el estrés, el dolor y la enfermedad* (Trad. Díaz, F. T., y Péres, P.). Barcelona: Kairós. (Trabajo original publicado en 1990).
- Kuján Wong, M. À., & Huayamave Mejía, S. A. (2022). *Impacto psicológico en padres, por el diagnóstico temprano de trastorno del espectro autista en sus hijos* [Bachelor 's thesis, Universidad de Guayaquil-Facultad de Ciencias Psicológicas].

- Lima, S.M y Pillajo, L.M. (2012). Evaluación e intervención logopédica de los trastornos del habla en niños/as de 5 a 7 años en la escuela rural “Manuel Guerrero” de la parroquia el valle y en la escuela rural mixta “Joel Monroy” de la parroquia Baños de la provincia del Azuay. [Tesis de maestría]. Ecuador.
- Lillo, S. S. (2014). El proceso de comunicar y acompañar a los padres y al paciente frente al diagnóstico de discapacidad. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 25(2), 372-379.
- López, S. (2014). *La dislalia y su incidencia en la lectura de los niños y niñas del tercer año de educación básica de la escuela “Benigno Bayancela” de la ciudad de Loja*. [Tesis de Pregrado]. Universidad Nacional de Loja, Ecuador.
- Martos, J., & Ayuda, R. (2004). Desarrollo temprano: algunos datos procedentes del autismo y los trastornos del lenguaje. *Revista de Neurología*, 38(1), 39-46.
- Martínez Martín, M., & Bilbao León, M. C. (2008). Acercamiento a la realidad de las familias de personas con autismo. *Psychosocial Intervention*, 17(2), 215-230.
- Martinez, MM. (2009). Dificultades del lenguaje en la etapa escolar. *Revista digital innovación y experiencias educativas*. 24. Granada.
- Monfort, I. & Monfort, M. (2010). La comprensión de preguntas: una dificultad específica en niños con trastorno pragmático de la comunicación y el lenguaje. *Revista de Neurología*. 50 (Supl.3): 107-111.
- Narbona, J. y Chevrie-Muller, C. (2001). *El lenguaje del niño. Desarrollo normal, evaluación y trastornos* (2ª ed.). Masson.
- Neff KD. The Development and Validation of a Scale to Measure Self-Compassion. *Self Identity* [Internet]. julio de 2003;2(3):223-50. Disponible en: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/15298860309027>
- Organización Mundial de la Salud. (Junio de 2022) *Salud mental: Fortalecer nuestra propuesta*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Organización Mundial de la Salud. (Junio de 2022). *La OMS subraya la urgencia de transformar la salud mental y los cuidados conexos*. <https://www.who.int/es/news/item/17-06-2022-who-highlights-urgent-need-to-transform-mental-health-and-mental-health-care>
- Organización Mundial de la Salud. (Junio de 2022) *Trastornos mentales*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

- Once (2023), *La discapacidad visual*.
<https://www.once.es/dejanos-ayudarte/la-discapacidad-visual#:~:text=Qu%C3%A9%20es%20la%20discapacidad%20visual,visual%20o%20la%20agudeza%20visual>.
- Piaget, J. (1964). *Six études de Psychologie*. Trad. Español. Barcelona: Labor.
- Parra-Delgado, M. (2011). *Eficacia de la Terapia Cognitiva-Basada en la Conciencia Plena (Mindfulness) en pacientes con Fibromialgia* [Tesis Doctoral. Universidad de Castilla-La Mancha, Albacete.]
- Penberthy, J. K., Konig, A., Gioia, C. J., Rodríguez, V. M., Starr, J. A., Meese, W., Natanya, E. (2015). Mindfulness-Based Relapse Prevention: History, Mechanisms of Action, and Effects. *Mindfulness*, 6, 151–158. <http://dx.doi.org/10.1007/s12671-013-0239-1>
- Ruiz, E. R. (1994). La educación de la voz:: una justificada necesidad para la profesión docente. *Tabanque: Revista pedagógica*, (9), 133-144.
- Roces Montero, C. (2008). *Discapacidad Intelectual*. Oviedo: Ediciones de la Universidad de Oviedo.
- Roca, E. (2013). *Autoestima Sana*. ACDE Ediciones.
- Roselló Leyva, A., Baute Puerto, B., Ríos García, M., Rodríguez Masó, S., Quintero Busutil, M., & Lázaro Izquierdo, Y. (2013). Estimulación temprana en niños con baja visión. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 12(4), 0-0.
- Ruiz FJ, Langer Herrera AI, Luciano C, Cangas AJAJ, Beltr.n I. Measuring experiential avoidance and psychological inflexibility: The Spanish version of the Acceptance and Action Questionnaire-II. *Psicothema* [Internet]. febrero de 2013 ;25(1):123-9. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23336554>
- Ramos A. y Sánchez C. (2019) *Propuesta de acciones psicológicas para el afrontamiento de ansiedad en niños con dislalia* [Trabajo Final de Grado].
- Segerstrom, S. C. y Miller, G. E. (2004). Psychological stress and the human immune system: a meta-analytic study of 30 years of inquiry. *Psychological Bulletin*, 130, 601–630. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.130.4.601>
- Siegel, D. (2007). *The Mindful Brain*. New York: Norton & Company
- Simón, V. & Germer, C.K. (2011) *Aprender a practicar mindfulness*. Barcelona.
- Spinosa, A. M y Massa, M. (2012). *Ansiedad en la Infancia y Adolescencia*. Spinosa y Massa Equipo Terapéutico. Recuperado de <https://trastorno-del-lenguajeinfantil.blogspot.com/2012/04/ansiedadinfantil.html?fbclid=IwAR1N2GaO66uQbFVAkAV1LORvUvBkDqwmCuh1bwljJuHTwYA3yjaPvnaGfo4>

- Soler Ribaudi J, Tejedor R, Feliu-Soler A, Pascual Segovia JC, Cebolla i Mart. AJ, Soriano J, et al. Propiedades psicométricas de la versión española de la escala Mindful Attention Awareness Scale (MAAS). *Actas Españolas Psiquiatr.* 2012;40(1):19–26.
- Sarmiento, M., & Gómez, A. (2013). Mindfulness. Una propuesta de aplicación en rehabilitación neuropsicológica. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 31(1), 140-155.
- Strauss, C., Cavanagh, K., Oliver, A. y Pettman, D. (2014). Mindfulness-based interventions for people diagnosed with a current episode of an anxiety or depressive disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS One*, 9(4), 96-110. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0096110>
- Sarmiento, M. J. (2017). Salud Mental y desarrollo. *Medicina*, 39(3), 246-254.
- Tamarit, J. (1989). Uso y abuso de los sistemas alternativos de comunicación. *Comunicación, Lenguaje y Educación*. 1, 81-94. Madrid.
- Torres de Galvis, Y. (2018). Costos asociados con la salud mental. *Revista Ciencias de la salud*, 16(2), 182-187.
- Tsirgiotis, J. M., Young, R. L., & Weber, N. (2021). A mixed-methods investigation of diagnostician Sex/Gender-bias and challenges in assessing females for autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 1-16.
- Vendrell, J. M. (2001). Las afasias: semiología y tipos clínicos. *Revista de neurología*, 32(10), 980-986.
- Vallejo, M. A. (2006). Mindfulness. *Papeles del Psicólogo*, 27, 92-99.
- Vøllestad, J., Sivertsen, B. y Nielsen, G. H. (2011). Mindfulness-based stress reduction for patients with anxiety disorders: Evaluation in a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 281–288. <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2011.01.007>
- Valera-Pozo, M., Buil-Legaz, L., Rigo-Carratalà, E., Casero-Martínez, A., & Aguilar-Mediavilla, E. (2016). Habilidades sociales en preadolescentes con trastorno específico del lenguaje. *Revista de logopedia, foniatría y audiología*, 36(2), 55-63.
- Valera-Pozo, M., Buil-Legaz, L., Rigo-Carratalà, E., Casero-Martínez, A., & Aguilar-Mediavilla, E. (2016). Habilidades sociales en preadolescentes con trastorno específico del lenguaje. *Revista de logopedia, foniatría y audiología*, 36(2), 55-63.
- Yew, S. G. K. y O’Kearney, R. (2013). Emotional and behavioral outcomes later in childhood and adolescence for children with specific language impairments: Meta-analyses of controlled prospective studies. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(5), 516-524.

Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand*
[Internet]. junio de 1983;67(6):361-70. Disponible en:
<http://doi.wiley.com/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>

9. ANEXOS

Anexo I. Dictamen Favorable CEICA.



Informe Dictamen Favorable Trabajos académicos

C.I. PI23/178

5 de abril de 2023

Dña. María González Hincos, Secretaria del CEIC Aragón (CEICA)

CERTIFICA

1º. Que el CEIC Aragón (CEICA) en su reunión del día 05/04/2023, Acta Nº 07/2023 ha evaluado la propuesta del Trabajo:

Título: La salud mental en padres y madres de niños y niñas diagnosticados con trastornos relacionados con la comunicación, el habla y el lenguaje

Alumna: Irene Latorre Sos

Tutora: Marta Puebla Guedea

Versión protocolo: 9 de Marzo de 2023

Obtención de los datos: cuestionario

2º. Considera que

- El proyecto se plantea siguiendo los requisitos de la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica y los principios éticos aplicables.
- El Tutor/Director garantiza la confidencialidad de la información, la obtención y el adecuado tratamiento de los datos, en cumplimiento de la legislación vigente y la correcta utilización de los recursos materiales necesarios para su realización.

3º. Por lo que este CEIC emite **DICTAMEN FAVORABLE a la realización del proyecto.**

Lo que firmo en Zaragoza

GONZALEZ
HINJOS MARIA
DNI 03857456B

Firmado digitalmente
por GONZALEZ HINJOS
MARIA - DNI 03857456B
Fecha: 2023.04.11
12:59:04 +02'00'

María González Hincos
Secretaria del CEIC Aragón (CEICA)

Anexo II. Enlace al cuestionario.

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfrYhHlkBj-a2Y_TEk4YweV-NEZCUXTE6rfzd5bMTjRQbPxHw/viewform?usp=sf_link