



320825  
8  
2e'  
UNIVERSIDAD DEL VALLE DE MEXICO

PLANTEL TLALPAN  
ESCUELA DE PSICOLOGIA

Con Estudios Incorporados a la U.N.A.M.

INDICADORES EMOCIONALES DE NIÑOS  
HIPOACUSICOS DE 5 A 6 AÑOS POR MEDIO DEL  
DIBUJO DE LA FIGURA HUMANA (DFH)

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A :

ANA MARIA ALBERTINA URIBE VELAZQUEZ

DIRECTOR DE TESIS:

Lic. Marquina Terán Guillén

México, D. F.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

1991



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## I N D I C E

INTRODUCCION.....	1
JUSTIFICACION.....	2
<b>CAPITULO I</b>	
ANTECEDENTES HISTORICOS.....	8
<b>CAPITULO II</b>	
ASPECTOS FISICOS.....	11
2.1 Anatomía y Fisiología del Aparato de la Audición.....	11
2.2 Elementos Básicos de Audiología.....	19
2.3 Definición y Clasificación de la Sordera.....	28
2.4 Valoración de la Pérdida Auditiva.....	31
<b>CAPITULO III</b>	
MARCO TEORICO.....	32
<b>CAPITULO IV</b>	
METODOLOGIA.....	47
<b>CAPITULO V</b>	
ANALISIS DE RESULTADOS.....	53
<b>CAPITULO VI</b>	
DISCUSION Y CONCLUSIONES.....	83
<b>CAPITULO VII</b>	
LIMITACIONES Y SUGERENCIAS.....	87
BIBLIOGRAFIA.....	89
APENDICES Y ANEXOS.....	92
Entrevista	
Test Gestáltico Visomotor para Niños	
El Dibujo de la Figura Humana (DFH)	
Normas para Niños Hipocúsicos de la Prueba de Aptitudes para el aprendizaje Hiskey-Nebraska (NTLA).	

**I N T R O D U C C I O N**

## INTRODUCCION

La percepción auditiva es una función fundamental en tanto cumple su cometido. La captación de la estimulación auditiva, punto de partida para una serie de procesos de transformación de datos que al integrarse, constituyen en el todo una unidad de información esencial, para integrar el conocimiento del mundo circundante, afectando esto al desarrollo psicológico y afectivo. Por lo que se considera que una alteración relevante en la percepción auditiva obstaculizará en forma importante la captación de la estimulación y como consecuencia, la información, lo que marcará deficiencias en la estructuración de las funciones afectivas y psicológicas.

Desde hace muchos años la sordera ha venido siendo un problema, en el cual se ve afectado principalmente el que la posee y la familia del mismo, posteriormente las personas que lo rodean como son los parientes y amigos y por último la sociedad, ésto es debido a que existen escuelas que se dedican al tratamiento parcial de la sordera, ya que cuando se dá por causas congénitas es imposible llevar a cabo la recuperación total, lo que nos hace pensar que aún cuando el sujeto pueda desarrollarse de manera casi normal, tendrá siempre el problema de adaptación e integración a su medio ambiente. (Pérez,1982).

Así nos encontramos ante el hecho de poder determinar hasta que punto el niño hipocúsico (sordo)<sup>7</sup> se encuentra adaptado o nó a su medio ambiente, y si las personas que se encuentran y se mueven a su alrededor, son agentes de estimulación o motivación para el bienestar de su personalidad.

De todos es sabio que el niño sordo requiere de una educación mas específica, en las mejores condiciones ambientales, si es que "a de tener un desarrollo humano que se acerque más a su potencial".

Ninguna orientación beneficiaría al niño si no se tiene en cuenta en desarrollo personal y sus necesidades esenciales, éste seguirá siendo ser humano aún cuando se muy grande la pérdida auditiva y como tal debe ser tratado. (Pérez, 1982).

Se han realizado diferentes investigaciones enfocadas a datos acerca de la personalidad del sordo, pero siempre en comparación del oyente, en los cuales se han obtenido datos en desventaja para los mismos, ya que de antemano se plantea que el sordo tiene un impedimento, el cual, le produce limitaciones individuales, familiares y sociales. (Myklebust, 1975).

Pensando que se han realizado grandes esfuerzos por diversas personas (terapistas de audición y lenguaje, médicos, audiólogos, maestros especialistas, etc.) interesadas en la rehabilitación del sordo, en la mayoría de los casos parece ser que éstos se "olvidan" del aspecto psicológico y de su adaptación social al medio, ya que se limitan a ayudarlos en el aspecto pedagógico sin pensar que su rendimiento no será del todo satisfactorio si no se conocen y se manejan en forma adecuada los sentimientos, emociones y pensamientos del niño sordo. Es por eso el interés de la presente investigación en conocer al niño sordo como tal y no en comparación con el oyente, así se considera de suma importancia conocer sus sentimientos, emociones y pensamientos para entender la situación y apoyar a estas personas de la mejor manera posible.

- (I) En el presente estudio se planteará de forma similar el término hipoacusia y sordera por ser el último más conocido e intenta mayor comprensión del tema tratado.

Actualmente hablar de población afectada por deficiencias auditivas refiere el gran problema social que constituyen estas personas. Este panorama se contempla en las investigaciones realizadas por el Instituto Mexicano de Audición y Lenguaje (I.M.A.L.), las cuales contienen los datos sobre la población anacusica y débil auditiva en el país. (Valencia,1985).

En una investigación auspiciada por la actual Secretaría de Salud (antes SSA) se confirmaron los siguientes datos:

Hasta 1980 las estadísticas revisadas eran conservadoras, señalando cifras tan bajas como del 3 al 5 % de personas afectadas en relación a la población total. (Pérez,1982).

A partir de 1984, una población calculada en 72 millones y considerando el 3% de afectados se obtuvo una proporción aproximada de 2.160,000 mexicanos con necesidad de servicios especializados solamente en el área de audición disminuida (esta cifra fue proyectada en 1984 basándose en los resultados de las investigación realizada en 1959 por la SSA. que consta en el acta Audiológica y Foniátrica Hispanoamericana Mayo-Agosto 1959, No.2). De esta población afectada solo son atendidos 1.326,240. personas que representan el 61%, las restantes 833,760 que conforman el 38% no tienen o no asisten a estudios médicos. (Roa,1985).

La idea actual es de una cifra equivalente a un sor-domudo (para estas investigaciones es el representativo de un anacusico) por cada 1,600 habitantes lo cual significa que en el país existen 45,000 personas en estas condiciones de las cuales 10,400 se encuentran en edad escolar. La incidencia de la alteración en la pérdida auditiva presenta un problema singular, ya que las estadísticas muestran datos difusos e imprecisos. Bajo el rubro de invalidez e incapacidad se describe la incidencia de la hipoacusia sin especificar el grado o el tipo. (Roa,1985).

Se reportan como "secuelas de invalidez e incapacidad" y se cuantifica a la "mudez" y a la "sordera" indistintamente. Por ejemplo la Organización Panamericana de la Salud, ha calculado en nuestro país una incidencia de sordera y mudez del 2% en la población general. (Valencia P., 1985).

El Doctor Pedro Berruecos, subdirector médico del Hospital General de la Secretaría de Salud, afirma que en México, 8 millones de personas padecen alteraciones negativas del sistema auditivo; entre la población infantil este problema alcanza el 4% de la niñez en edad escolar. El Doctor Berruecos señala que el número de mexicanos afectados por complicaciones auditivas constituye poco menos de la cuarta parte del total existente en América Latina, donde hay 40 millones de personas con afecciones auditivas y de comunicación. (La Jornada, 1989).

De estos 40 millones, indicó, casi la mitad sufre problemas de audición crónica y 9 millones requiere aparatos especiales para escuchar.

En México, uno de cada 10 habitantes registra complicaciones en el sistema auditivo; respecto a la población infantil, el 4% en edad escolar también presenta este tipo de alteraciones. (La Jornada, 1989).

En torno a la hipoacusia se encuentran importantes factores que afectan en forma drástica el desenvolvimiento de las personas con deficiencia auditiva, ya que de acuerdo a las estadísticas en México, una gran mayoría de adultos viven dependiendo de su familia o bien, se debe a los múltiples errores al encauzar éste padecimiento, ya que los padres al encontrarse desorientados se sumergen en estados depresivos de angustia y decepción, que les impide una participación activa en la rehabilitación de sus hijos. (Cortés, 1982).

En nuestro país, este padecimiento ha estado relegado, existiendo pocas instituciones y profesionistas que ofrecen alternativas acertadas para rehabilitar al niño hipoacúsico. Las formas de detección y evaluación se avocan al conocimiento de funciones cognoscitivas, elaborando solo un diagnóstico psicométrico sin otorgarle la debida a su desarrollo emocional y social.

Es por esto que, por medio del presente trabajo, se tratará de conocer cuáles son los indicadores emocionales más frecuentes que presentan los niños hipoacúsicos por medio del dibujo de la figura humana, con el propósito de entender la situación y apoyar a estos niños de la mejor manera posible.

**J U S T I F I C A C I O N**

## JUSTIFICACION

En el transcurso del trabajo realizado como psicóloga en el Instituto Nacional de la Comunicación Humana, he tenido la oportunidad de observar los dibujos de la figura humana en centenares de niños hipoacúsicos reflejando alteraciones principalmente en las relaciones con su medio ambiente, tendencia al aislamiento, pobre auto-concepto, alteraciones en cuanto a su madurez en relación a su interacción social, dependencia, inseguridad e impulsividad entre otros; de lo cual surgió la inquietud en conocer los indicadores emocionales más relevantes, de los antes mencionados que presentan los niños hipoacúsicos de 5 a 6 años. Esto es por que se considera de suma importancia dicha edad, ya que el niño se inicia generalmente en esta edad en el proceso rehabilitatorio (terapia para hipoacúsicos) en lo que es proyección al papel.

Es por esto que se pensó en la aplicación del Dibujo de la Figura Humana de los niños evaluación psicológica de Elizabeth M. Koppitz ya que se puede utilizar como índice de funcionamiento intelectual, del desarrollo de la percepción (particularmente de la imagen corporal) y como técnica proyectiva. Esta prueba resulta particularmente útil cuando se trata de niños entre los 4 y 10 años.

La consigna ambigua de dibujar "una persona" entera parece llevar al niño a mirar dentro de sí mismo y sus propios sentimientos en el intento de capturar la esencia de "una persona". La persona que un niño conoce mejor es él mismo; su dibujo de una persona se convierte por lo tanto en un retrato de su interior, de sus actitudes.

El presente trabajo intenta conocer los indicadores emocionales más relevantes en los niños hipoacúsicos y entender la relación entre su yo y el medio que lo rodea.

Es evidente el efecto de una alteración emotiva y la nota dominante la constituye la distinta organización y estructuración psicológicas, debidas a la hipoacusia que viene afectando desde la primera infancia. Estas variantes son las que deben decidir las bases de los planes educativos y de los programas de asesoramiento, si de verdad se quieren aliviar los problemas especiales de aprendizaje y de adaptación del niño hipoacúsico.

**C A P I T U L O I**

**A N T E C E D E N T E S**

## ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA BORDERA

El hombre es un ser altamente dependiente de sus sentidos. A través de ellos recibe las impresiones que integran su experiencia. Y sobre la base de esta información transmitida por los sentidos construye su mundo, mundo de sus percepciones y conceptos, de su memoria, imaginación, pensamientos y razón.

La falta de un sentido reduce y limita el mundo de la experiencia. Priva al organismo de una serie de elementos con los que trabaja la inteligencia y a causa de esta laguna en la experiencia integral, se imponen una serie de consecuencias en la ponderación y equilibrio de todo proceso psicológico. El fallo de un tipo de sensaciones altera la integración y funcionamiento de todos los demás sentidos. Debido a ello, la experiencia se estructura de manera diferente y el mundo de las percepciones, representaciones e imágenes, así como de las ideas, se levanta sobre una base alterada, adquiriendo una nueva configuración. Dichas alteraciones tienen lugar de modo natural e inconsciente, por lo que puede poner en riesgo todos los demás elementos de personalidad, a menos de que el individuo se organice de otro modo. (Roa, 1985).

La amplitud y naturaleza de estas alteraciones sufridas por el organismo dependen del grado de la perturbación sensorial, del momento de su aparición y de otros factores, no son idénticas en todos los afectados, pero en todos ellos al parecer, es imperiosa e inevitable, alguna alteración o reorganización de la experiencia. Por lo visto, la experiencia sensorial produce un impacto que modifica la conducta según unas determinadas pautas. Esto parece ser verdad, a pesar de las múltiples variantes y de las diferencias individuales que pudieran estar implicadas.

El propósito de éste estudio es investigar la naturaleza de éste impacto, así como el analizar las influencia de la deficiencia auditiva sobre la adaptación emocional en los niños afectados.

La investigación sobre la sordera, unas de las clases de privación sensorial, cuenta con un largo historial. Las diferentes sociedades a través del tiempo, han mantenido distintas posturas ante las personas con deficiencias auditivas. (Davis,1980).

Así tenemos que Aristóteles y después Plinio, señalaron que "el sordo no podía comprender a los demás y por lo tanto no era susceptible de educarse". Esta postura se mantuvo hasta la época medieval, teniendo criterios tan radicales como la expuesta por la "Ley Romana" que no otorgaba los mismos derechos a los sordos como los ciudadanos, llegando a impedir la procreación a los sordos.

El Talmud, clasificaba a los sordos entre los tontos y los niños, mientras que la iglesia cristiana estaba incrédula de la capacidad intelectual del sordo, aunque le permitía el matrimonio con ceremonia realizada mediante el lenguaje de signos. El aprendizaje de sordos era considerado como un milagro. (Davis,1980).

Fue hasta el siglo XVI que un médico italiano (Giromo Cardo de Padua 1501-1572) propuso un conjunto de principios que resumían la posibilidad de instruir a los sordos. En este siglo son numerosas las diferencias a personas con dificultad en la audición . Hasta entonces los sordos estaban clasificados en la misma categoría que los deficientes mentales.

En 1555, un monje español Pedro Ponce de León, educa a los niños sordos de la nobleza y en 1620 en España aparece el primer libro de sordos, escrito por el monje Juan Pablo Bonet que constituía un alfabeto de lenguaje por señas. (Davis,1980).

La carta de Diderot sobre el sordo y mudo, escrita en el siglo XVII, muestra que los filósofos de entonces se interesaban por los sordos, especialmente en lo referente a las reacciones de la sordera con el lenguaje y el pensamiento. Los primeros intentos de instruir a los sordos comienzan en Europa en la Edad Media, a mediados del siglo XVIII se trata de establecer los derechos personales del sordo en orden a su educación. Durante este período, Samuel Heineke inicia una escuela de sordos en Alemania, Abbé L'Eppeé emprende la misma obra en Francia y Thomas Braidwood da los primeros pasos en la Gran Bretaña. La obra de L'Eppeé tuvo una considerable influencia en los primeros trabajos con los sordos en América. Carlos Miguel de L'Eppeé, demostró que los sordos podían ser educados y hasta vocalizar, lo que generó un movimiento positivo hacia el trabajo con los sordos. (Cortés, 1982).

Los principales exponentes fueron monjes que crearon institutos dedicados a los sordos. Las técnicas empleadas iban desde utilizar instrumentos que incrementaban el nivel auditivo, hasta ejercicios musculares propuestos por Jarnet sobre el área facial.

Posteriormente se funda el Centro de Información en lo relacionado a la sordera, con Alejandro Graham Bell, abriendo una nueva senda en la enseñanza del lenguaje del sordo. Este instituto investigaba sobre algún instrumento que ayudara a escuchar al sordo y originó los principios del teléfono. (Perelló, 1972).

Los primeros esfuerzos en crear escuelas para los sordos en los Estados Unidos datan de principios del siglo XIX. Inicialmente se intenta en Nueva York, Virginia y Connecticut, pero es en Hatford (Connecticut), donde se erige el primer centro permanente para sordos entre los años 1816 y 1817. A partir de éstas fechas, los progresos han sido considerables. (Davis, 1980).

En México se anunció el 7 de Septiembre de 1821, que existía un colegio de sordomudos dirigido por un español. En 1861 se promulgó una ley estableciendo una escuela de sordomudos que por motivos políticos no logró funcionar y fué hasta 1866, que Eduardo Huet empieza la educación de los niños sordomudos en el colegio de San Juan de Letrán, nombrándose un año después a Ramón Alcaráz como director, posteriormente fué creada la escuela de profesores para sordomudos, tomando la dirección del colegio Protacio Tagle en 1877. (Cortés, 1982).

Actualmente se ha llegado a comprender que los sordos e hipoacúsicos pueden ser educados e integrarse a la sociedad como miembros activos y productivos de la misma. Tomando en cuenta que la rehabilitación del sordo no debe centrarse únicamente en su déficit auditivo, si no que además debe considerarsele importancia a su problemática emocional y de ser posible la de su familia.

**C A P I T U L O   I I**

**A S P E C T O S**

**F I S I C O S**

## ANATOMIA Y FISILOGIA DEL APARATO DE LA AUDICION

La audición comprende la fase receptiva del lenguaje, aspecto fundamental de la comunicación humana, que se gesta a través de las primeras señales sonoras cuando nace el niño.

El aprendizaje del lenguaje se adquiere asimilando estímulos auditivos que el niño irá asociando con sus significados, este es un código que es preciso aprender para integrarse a la sociedad haciendo posible el pensamiento verbal y el lenguaje hablado. (Azcoaga, 1981).

### CONSIDERACIONES ANATICAS

Los receptores de dos modalidades sensoriales, los de la audición y los del equilibrio, se encuentran alojados en el oído.

Con la audición están relacionados: el oído externo, el oído medio y la cóclea del oído interno. En cambio, los canales semicirculares, el utrículo y el sáculo del oído interno, con el equilibrio.

No solo la audición depende del oído, sino también el percatarse de cómo está orientada la cabeza en el espacio respecto a la fuerza de gravedad y si ocurre movimiento en esta. En el caso de ocurrir movimientos constantes: como se modifican, la rapidez y dirección de los mismos.

En la escala evolutiva, el oído se desarrollo como órgano para permitir a los animales conservar el equilibrio antes de convertirse en órgano de audición. (HAM, A.W. CORMACK, D.H., 1984).

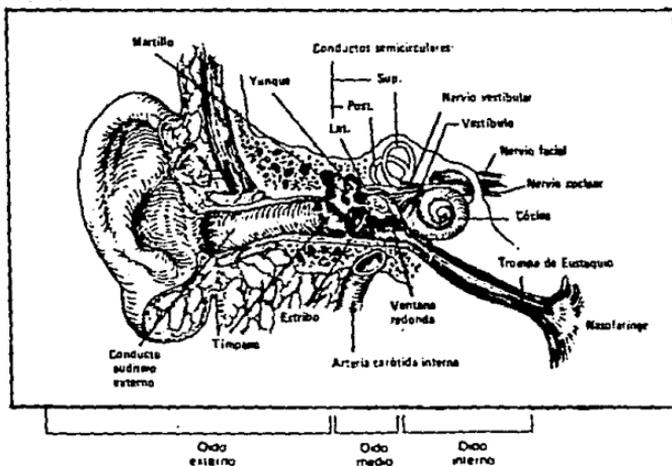
## ESTRUCTURA GENERAL

### El oído externo, medio e interno.

El oído externo consiste en un apéndice, la oreja y un conducto que se extiende desde la oreja al interior del cráneo (figura No. I) hasta llegar a una cavidad timpánica o del oído medio. El conducto no desemboca en el oído medio porque el tímpano se extiende transversalmente en el extremo profundo del mismo y lo separa del oído medio.

FIGURA No. 1

### ESTRUCTURA DEL OIDO EXTERNO, MEDIO E INTERNO



El oído medio está constituido por la membrana timpánica que es una cavidad llena de aire que se abre a la nasofaringe a través de la Trompa de Eustaquio. El oído medio alberga 3 huesecillos: el martillo, el yunque y el estribo. (figura No. 1) que transmiten vibraciones producidas por el tímpano hasta la ventana oval. También se encuentra la ventana redonda en esta parte del oído.

El oído interno, también llamado laberinto es una estructura compleja formada por un conjunto de cavidades y canales limitados por el tejido óseo (Laberinto Óseo), dentro del cual se encuentran una serie de estructuras membranosas que ocupan parte de esas cavidades (Laberinto Membranoso). El espacio entre los dos laberintos (Espacio Aracnoide) de la meninge se presenta lleno de perilinfa, de composición semejante a la del líquido cefalorraquídeo.

En otros delgados conductos que revisten al laberinto óseo y a las estructuras membranosas, se encuentra un líquido (Endolinfa), diferente a el de la perilinfa. (JUNQUEIRA, 1982).

En ciertas regiones el epitelio de sus paredes establecen contacto con los nervios vestibular y coclear, engrosándose y diferenciándose en órganos especiales (máculas, crestas y órgano espiral de corti).

La cavidad central del laberinto óseo es el vestíbulo en donde de un lado desembocan los canales semicirculares y del otro la cóclea. (figura No. 2).

El vestíbulo tiene dos estructuras distintas, el sáculo y el utrículo. En el utrículo desembocan los canales semicirculares.

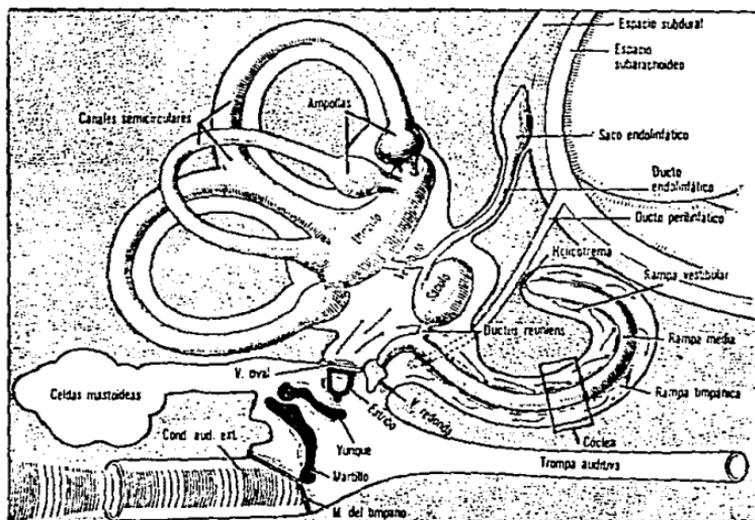
## FISIOLOGIA DEL APARATO DE LA AUDICION

El proceso de la audición se inicia cuando las ondas sonoras del aire son conducidas hacia el fondo de un supuesto embudo donde se abre el conducto auditivo externo protegido por cilios y glándulas que producen cerumen, evitando con ello la penetración de partículas sólidas a la membrana timpánica. Esta es dotada de una capacidad de vibración transmitida desde el aire exterior y lleva incluido en el espesor el mango del martillo. (Junqueira, 1982).

El sistema tímpano-osicular es el encargado de dirigir y modificar a la onda sonora aérea hacia el oído estero con un máximo aprovechamiento, el martillo y el estribo son los encargados de modular los desplazamientos de la cadena de estos huesecillos y así el sonido es recogido, transportado y modificado, concentrándolo sobre el estribo que se introduce en la ventana oval a modo de un pistón (esto es por cada onda que ha recibido el tímpano). Este movimientos a su vez desplaza los líquidos del oído interno, que es la porción mas profunda y delicada de todo el órgano, encargada de transformar la energía mecánica en electromecánica que se transmite al cerebro através de las vías auditivas nerviosas.

El órgano transformador del sonido se encuentra en la cóclea. En su interior existe una separación en compartimientos denominados cada uno de ellos rampa (ver fig. No. 2). La rampa vestibular timpánica contiene perilinfa en tanto que en la rampa media existe endolinfa. Cuando estos líquidos endolaberínticos son desplazados por el efecto del pistón del estribo que se introduce y sale de la ventana oval aparece una onda que se transmite através de ellos, deformando el delicado laberinto membranoso sobre el que se asienta el órgano de corti. (Junqueira, 1982).

FIGURA No. 2

**DISPOSICION DEL ORGAN VESTIBULOCOCLEAR**

Diseño esquemático mostrando la disposición del órgano vestibulococlear y el trayecto de las vibraciones sonoras a través de los oídos, externo, medio e interno.

Este desplazamiento del órgano de Corti da lugar a que los cilios de las células contacten con la membrana tectorial, lo que les deforma iniciándose un complicado proceso electromagnético. Lo que resulta de estos cambios es la aparición de una corriente nerviosa, en las raíces nerviosas que se unen al otro extremo de cada célula ciliada y que se agrupan para transformar el nervio auditivo interno que sale de la cóclea caminando por el conducto auditivo interno para introducirse en el tronco cerebral y hacer recambio a nivel de los núcleos coléares en los que existe una representación ordenada de cada sonido recogido en la cóclea. (Junqueira, 1982).

De estos una nueva conexión cruza al lado opuesto para terminar parte en el complejo olivar superior y para ascender hasta el tubérculo cuadrigémino y el cuerpo geniculado medial a nivel del tálamo donde se establece la última conexión que lleva la información hasta la corteza cerebral donde la percepción del sonido se hace conciente. (figura No. 3).

Así tenemos que la audición normal implica la capacidad para comprender el significado de los sonidos. (Ramírez, 1987).

El que un sonido sea audible no implica que sea comprensible. La reacción al sonido puede ser un acto reflejo y no necesariamente audición, ya que para que esta exista requiere de:

- Un órgano auditivo normal
- Buen funcionamiento de los centros corticales auditivos
- Atención al estímulo auditivo

Por lo tanto se puede atribuir al oído funciones como:

- Transformador o acoplador, logrando que el medio aéreo através del cual se trasmite el sonido en el oído interno sean compatibles acústicamente, de no ser así existiría reflexión en la que se perdería la mayor parte de la energía.

- Transductor, transformando la energía mecánica de las oscilaciones moleculares en energía nerviosa, de tal manera que se puedan transmitir las señales por el nervio y lleguen a la zona apropiada del cerebro.

- Analizador de ciertas características del estímulo de manera que en el mensaje que se envía al cerebro exista ya información codificada sobre la frecuencia e intensidad del estímulo. (RAMIREZ, C. RAFAEL A., 1987).



## ELEMENTOS BASICOS DE AUDIOLOGIA

### 1.- CONCEPTO Y FUNCION.

El estudio de la audición ha creado una ciencia denominada "Audiología" que está encargada de estudiar todos los problemas de la audición tanto en el oído normal como en el que acusa deficiencia auditiva. La parte de la audiológica que mide la audición en todo el campo auditivo se llama "audiometría".

Esta ciencia ha creado especialistas dedicados única y exclusivamente a esta rama de la otología y se ha extendido de tal forma que ha sido necesario crear Centros de Audiología donde intervienen otólogos, audiólogos, psicólogos, ingenieros electrónicos y terapeutas de lenguaje; esto es todo un equipo que se une para un mismo fin: diagnosticar y proporcionar tratamiento a todos los problemas que comporta la falta de audición. (Pialouz, 1979).

Gracias al descubrimiento del audiómetro se puede explorar el campo tonal auditivo y son muchas las pruebas que permite realizar de acuerdo con la necesidad actual.

La audiometría permite investigar:

- a) La cantidad mínima de sonido que el individuo puede oír
- b) Conocer el sitio donde queda ubicada la lesión a lo largo del recorrido que sigue el sonido hasta impresionar la corteza cerebral
- c) Hay individuos cuyos oídos tienen una extraordinaria tendencia a las lesiones acústicas, esta ciencia permite descubrir estos oídos predispuestos al trauma
- d) Sirven también para desenmascarar al individuo que simula ser sordo
- e) Calibra en medicina legal los daños ocurridos en caso de accidente
- f) Para saber si un oído puede recuperarse mediante cirugía
- g) Para explorar restos auditivos en deficientes severos con una posible reeducación auditiva, para

posibilitar al individuo mediante la utilización de un auxilio auditivo.

Además de ser una especialidad englosada en el campo médico, hoy, esta ciencia interesa también no solamente para investigar la función del oído sino también se sirven de ella los departamentos de terapia de lenguaje, los educadores, los psicólogos, etc.

La audiolología tiene un campo de acción muy amplio; satisface las exigencias de comunicación entre los individuos y proporciona también diagnóstico y tratamiento a los sujetos que presentan cuadros patológicos del mecanismo auditivo. (Northern, 1985).

## 2.- CUALIDADES DEL SONIDO.

La onda sonora se distingue por tres características que son: frecuencia (o tono), intensidad (o volumen) y timbre. (figura No. 4).

a) Frecuencia: Un tono puro puede definirse por dos medidas: frecuencia e intensidad y se denomina "tono puro" al referirse a un tono que tiene forma de onda es simple y uniforme. Si a éste tono puro se le añade diferentes frecuencias tendremos un "sobretono" o armónico. Sin embargo, la mayoría de sonidos que oímos no son ni una cosa ni otra, son "ruidos", es decir, un tono, conjunto de varias frecuencias y cuya forma de onda es irregular y no es uniforme.

FIGURA No. 4

### CARACTERÍSTICAS DE LAS ONDAS SONORAS



Las ondas sonoras que tienen patrones repetidos son percibidos como sonidos, en cambio las vibraciones aperiódicas no repetidas causan una sensación de ruido.

El sonido de un violín puede ser un tono puro, si se acompaña de varias frecuencias mas será armónico, el sonido de un motor de coche será un ruido.

Por lo tanto se entenderá a la definición de frecuencia como "el número de vibraciones dobles que tienen lugar durante el período de un segundo de tiempo".

A la sensación subjetiva de oír esta frecuencia se llama "tono".

Las frecuencias (que son ciclos por segundo) pueden ser graves o agudas. El sonido que produce un tambor será grave (bajo), el de la sirena de un coche de bomberos será agudo (alto).

El área de frecuencia que puede ser oída abarca desde 18 cps. (ciclos por segundo) hasta los 20,000 cps., siendo el área mas sensible la que va desde 500 a 4,000 cps.

Por debajo de 500 cps. los sonidos serán graves, a medida que se pasa gradualmente en frecuencia, estos serán mas agudos. Los sonidos por debajo de frecuencias perceptibles por el oído se llama "infrasonidos" y por encima de esta misma área "ultrasonidos". De todos modos estos umbrales del área auditiva no son absolutos, pueden variar de una persona a otra.

Para medir la audición se utilizan las siguientes frecuencias que son las que permiten la mayoría de los audiómetros: 125, 250, 750, 1.000, 2.000, 3.000, 4.000, 6.000 y 8.000 cps., siendo las ya mencionadas entre 250 y 4.000 cps. las mas útiles para percibir la voz humana.

b) Intensidad: Es también la "altura", el "volumen" del sonido. Cuando decimos ¡baja la televisión! ¡está muy alta! estamos describiendo una dimensión del sonido llamado en audiología intensidad. (Pialoux, 1979).

Cualquier materia tiene su unidad de medida y de igual manera el potencial acústico tiene la suya, se mide en vatios. Si se habla de "presión acústica", en lugar de potencial, la medida se hace en dinas por centímetro cuadrado (el nivel estandar de referencia para presiones acústicas es de 0.0002 dinas/cm<sup>2</sup>, valor que indica la intensidad de sonido mas suave que puede oír un oído).

Por ser todos ellos unos valores difíciles de manejar se llegó al acuerdo de que en acústica se adopte un sistema logarítmico que simplifique aquellas mediciones. Así se establece la unidad logarítmica conocida como "bel", nombre puesto en homenaje a Alexander Graham Bell, inventor del teléfono. En acústica se emplea una fracción del bel como unidad denominada decibel (se abrevia db). Sabemos pues que la escala del db. es logarítmica.

Un decibel, es la menor intensidad sonora percibida por un oído y esta menor intensidad varía hasta 0.3 db. para sonidos muy intensos. Un sonido que es 10 db. más intenso que otro, suena el doble de fuerte.

Los niveles de intensidad no son iguales para todos los individuos. En audiología se dice que estos niveles abarcan de 0 a 110 db. (los audiómetros permiten esta escala de valores de intensidad). Cualquiera medición de intensidad siempre se efectúa en relación a una frecuencia determinada.

A una distancia de un metro, la voz moderada corresponde a 40-50 db., si esta es cuchicheada corresponderá a una menor intensidad 20-30, la intensidad de voz normal está alrededor de 50 db. en grandes almacenes alcanzan hasta los 80 db., un camión ruidoso alcanzará los 100 db. y un avión reactor equivale a unos 120 db. Esta es una forma simple y esquematizada de describir intensidades.

El nivel de presión sonora del lenguaje varía de un momento a otro, de una palabra a otra y de un sonido a otro en una misma palabra. Además que nuestro propio sentido de la intensidad subjetiva de un sonido no es constante. De esta manera se puede observar que un sonido fuerte suena menos fuerte después de estarlo escuchando por un largo momento.

Las grandes intensidades situadas a más de 100 db. pueden producir molestias y dolor. Por éste motivo se llama a éstos niveles de audición "umbral doloroso". La intensidad sonora más pequeña que puede oírse se denomina "umbral sensitivo mínimo". (ver figura No. 5)

c) Timbre: Entre otras cualidades del sonido se puede mencionar el timbre. Este indica "la calidad" del sonido. Por ejemplo: la calidad específica de sonido de cada instrumento musical o de la diferencia que existe entre las diferentes voces humanas: mujeres, hombres o niños. (Pialoux, 1979).

### 3.- FUNCION DEL AUDIÓLOGO

Ya que es muy difícil evaluar de manera precisa el nivel de audición de un niño pequeño, el audiólogo procurará estimular a lo largo de las pruebas la atención y colaboración del pequeño con suma cautela y paciencia; cuidará extremadamente la interpretación de las respuestas obtenidas y deberá ser, una persona experta en esta especialidad y sobre todo sumamente habituada al trato con los niños con deficiencia auditiva. (Northern, 1985).

Para investigar la audición en el niño sordo, el audiólogo deberá considerar como factor importante: el premio. Cada prueba tendrá al final una recompensa que haga despertar el interés del pequeño, pues la falta de atención y el cansancio son factores difíciles de superar y que en muchas ocasiones hacen necesaria la interrupción de las pruebas para dar paso al juego hasta un examen posterior. (Pialoux, 1979).

Una adecuada preparación ambiental y un poco de comunicación y juego directo con el audiólogo se hará asimismo necesario. El audiólogo hechará mano de su propia imaginación para colaborar con el niño.

También se puede investigar la audición a base de instrumentos musicales y de juguetes sonoros. La producción de sonidos de voz humana es otro método, todos ellos para valorar e investigar el grado de pérdida auditiva en el niño. (Northern, 1985).

El audiólogo clínico mide la audición y hace recomendaciones sobre la adaptación de un auxiliar auditivo. Pero la venta de estos aparatos no entra dentro de sus funciones, existen casas comerciales especializadas en ello.

El audiólogo debe apoyarse en varias especialidades y movilizarlas. Ahora bien, su función principal entre otras es saber investigar el fenómeno auditivo. (Pialoux, 1979).

El audiólogo debe formar un a simbiosis con el médico en su labor clínica. Sin embargo, la audiológica puede ser También una ciencia individual en sus aspectos científicos y de investigación.

#### 4.- BASES SOBRE AUDIOMETRIA

Los aparatos que se usan para evaluar las pérdidas auditivas se llaman audiómetro. Existen varias marcas de audiómetros, como el Maico, el Békesy y otros.

Con estos aparatos se aplican pruebas audiométricas en tonos puros en una cámara aislada a prueba de ruido denominada "cámara silente". (Pialoux,1979).

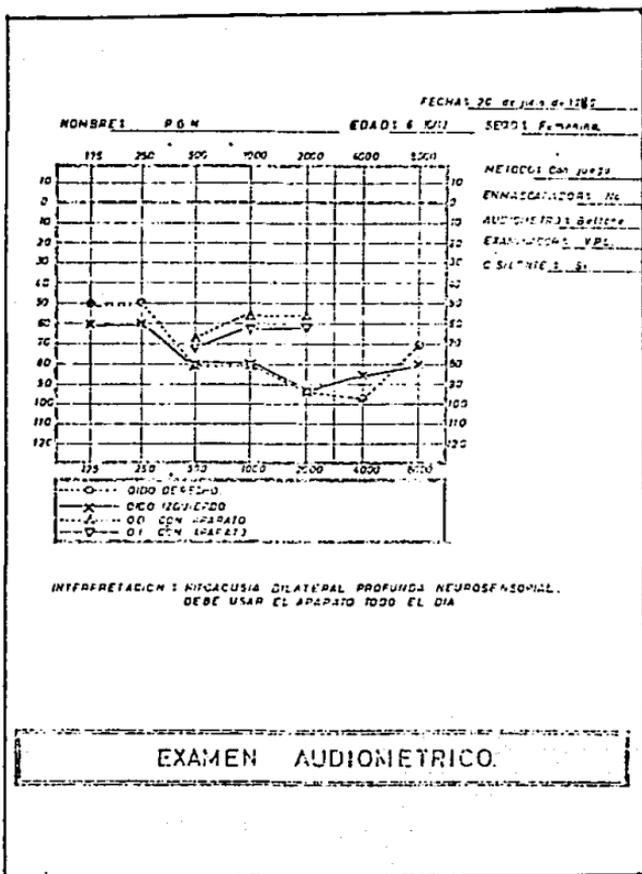
Por medio de las técnicas audiométricas, que son muy numerosas, se obtienen las audiometrías, que son las gráficas que indican el grado de la pérdida auditiva en las diferentes alturas tonales, desde los sonidos mas graves (200 ciclos por segundo) hasta los mas agudos (8.000 ciclos por segundo).

La mayoría de los audiometristas coinciden en que las tonalidades de la voz humana abarcan desde 300 hasta 3.000 ciclos, ámbito tonal denominado por ello "umbral de percepción de la palabra". (ver figura No. 6)

Las pruebas auditivas pueden hacerse por vía aérea y por vía ósea. La vía aérea se prueba usando los audífonos del audiómetro colocados en los pabellones auditivos, para medir la vía ósea se requiere de un audífono especial que se coloca fuera del oído, en la prominencia del hueso temporal. Si la pérdida auditiva se registra únicamente en la prueba por vía aérea, significará que la hipoacusia es de tipo conductivo y que el nervio auditivo no está dañado en lo absoluto. En el caso contrario, cuando la pérdida auditiva se encuentra únicamente en la gráfica marcada por la vía ósea, la sordera o hipoacusia es de tipo neurosensorial. Si la pérdida auditiva se encuentra tanto en la gráfica de la vía aérea como en la ósea, la hipoacusia es de tipo mixto. (Pialoux,1979).

Las claves usadas en la gráfica audiométricas deben permitir diferenciar las cifras que se refieren al oído derecho de las del izquierdo y la vía ósea de la vía aérea e indicar además la técnica empleada y el aparato que se haya usado. (ver figura No.5)

**FIGURA No. 5**



## DEFINICIONES Y CLASIFICACIONES DE LA SORDERA.

Se ha definido al sordo como aquel cuya audición no es funcional para la vida ordinaria, presentando además deficiencias en la impresión acústica.

De acuerdo a la época de presentación de la sordera la afección se ha clasificado en dos grupos:

**SORDERA CONGENITA.**- La deficiencia es adquirida antes del nacimiento.

**SORDERA ADQUIRIDA.**- La sordera es contraída por enfermedad o accidente.

En éste caso se nació con audición normal.

Sin embargo en el transcurso del tiempo este término ha sido modificado por anacusia como sinónimo de sordera; e hipoacusia para designar la disminución de la capacidad auditiva. (Suria,1980).

Las hipoacusias se han dividido en:

**HIPOACUSIAS DE TRANSMISION O CONDUCTIVAS.**- El sistema mecánico de conducción del sonido se encuentra alterado, manifestándose un descenso de la audición por vía aérea con integridad de la percepción por vía ósea.

**HIPOACUSIA DE PERCEPCION O NEUROSENSORIAL.**- La lesión se encuentra en el interior del caracol o en las vías nerviosas encargadas de transportar el impulso nervioso hasta el cerebro. (MA.D. SURIA,1980).

Las hipoacusias de transmisión o conducción tienen solución quirúrgica en principio, en tanto que las perceptivas o de recepción no la tienen, necesitando de métodos fonoaudiológicos.

En las hipoacusias a nivel del oído externo en la oreja o en el conducto auditivo externo pueden aparecer malformaciones que oscilan desde la falta de pabellón y el conducto hasta estrechamiento de éste último; por otra parte una causa frecuente de hipoacusia es la aparición de tapones de cerumen que impiden la propagación de las ondas sonoras hacia el tímpano.

Hay ocasiones también en las que la introducción del objetos en el oído (frijol, algodones, etc.) producen diversos grados de hipoacusia, observándose generalmente estos casos en los niños.

En relación al oído medio, el tímpano puede llegar a perder su capacidad de ubicación ya sea por perforaciones a consecuencia de superación, una herida por objetos puntiagudos introducidos desde el exterior o por un aumento de espesor y masa cuando se depositan en el sales de calcio a consecuencia de cicatrización.

En relación con estos trastornos están las enfermedades del oído como son: la otitis aguda, el catarro tubárico (que impide la salida de las secreciones hacia la rinofaringe), los tumores benignos, las rupturas y dislocaciones de la cadena osicular (a consecuencia de otitis anteriores), en la que ocurre una fijación de la palatina a la ventana oval es la otosclerosis.

Por otra parte en las hipoacusias perceptivas se tiene que las lesiones a las estructuras sensoriales y neurales ocurren por causas desconocidas en un alto porcentaje de casos. Entre las causas que se han determinado para ésta afección están:

**HEREDITARIAS.**- Que se presentan en forma de lesiones cocleares manifestándose ya sea desde el nacimiento o tardíamente en forma de una degeneración progresiva de las células ciliadas.

**LA RUBEOLA.**- Contraída por la madre entre la 7a y 10a semana de embarazo provocando una lesión en las células cilindricas y la membrana tectoria del órgano de corti.

**INCOMPATIBILIDAD DE Rh.**- Que condiciona anemia hemolítica con gran ictericia que lesiona núcleos cocleares.

**LAS PAPERAS, EL PALUDISMO, LA FIEBRE TIFOIDEA, LA BUCELOSIS** (fiebre de Malta) y la **VARICELA.**- Todas ellas son responsables de un gran número de hipoacusias.

**LA MENINGITIS.**- Es la primera causa de hipoacusia dando lugar a la pérdida auditiva de ambos lados.

También en el campo de los medicamentos se ha determinado el efecto de estos sobre el oído, mencionándose a la **KANAMICINA, GENTAMICINA, NEOMICINA, POLIMIXINA, VIOMICINA, QUININA Y SALICILATOS.** (Ramírez, 1983).

Las implicaciones de una perturbación auditiva varían según la persona y las circunstancias. De aquí la dificultad de una definición precisa de lo que se quiere significar con términos como pérdida de audición, sordo o hipoacúsico. Tales denominaciones difieren según el fin para el que han sido pensadas. En medicina, por ejemplo es frecuente la clasificación a base del cuadro de los síntomas patológicos. En el campo pedagógico se atiende preferentemente al grado de sordera y al momento de su origen. Siendo diferentes los fines y los criterios, no puede haber un esquema de definición que cubra todas las necesidades.

**VALORACION DE LA PERDIDA AUDITIVA**

Existen clasificaciones específicas que se basan en diferentes grados de audición, medidos con instrumentos adecuados para tal efecto y considerando la aparición de la misma. Así la Escala Internacional de Audición, clasifica la pérdida de audición en la siguiente forma:

	db Hz	CLASIFICACION
	re : PTA ( / )	
1.-	15	Audición Normal (niños)
2.-	25	Audición Normal (adultos)
3.-	15 - 25	Pérdida Superficial (niños)
4.-	26 - 40	Pérdida Superficial (adultos)
5.-	41 - 55	Pérdida media
6.-	56 - 70	Pérdida media Severa
7.-	71 - 90	Pérdida Severa
8.-	90	Pérdida Profunda

( / ) Promedio de tonos audibles, y es el promedio del umbral por vía aérea de 500, 1000 y 2000 Hz.

Y de acuerdo a la edad de iniciación se distingue:

- 1.- Temprana de 0 a 4-6/12 años.
- 2.- Intermedia de 4-7/12 a 8-5 años y,
- 3.- Tardía de 8-6 a 13-0/12 años.

Es importante señalar que las pérdidas superficiales no son motivo de un plan rehabilitatorio, lo son las pérdidas o hipoacusias medias, severas y profundas, a fin de aprovechar al máximo la audición residual.

El ámbito de la hipoacusia superficial comprende la pérdida auditiva de 15 a 25 db., de ésta manera los efectos son menores. En esta fase la voz humana es perceptible y no existe la imposibilidad de comprender el lenguaje, estos casos suelen ser adquiridos. Si la pérdida es palpable se recomienda la adaptación de un auxiliar auditivo. (I.N.C.H.,1985).

C A P I T U L O   I I I

M A R C O

T E O R I C O

### EL DIBUJO DE LA FIGURA HUMANA

Desde los tiempos del hombre de las cavernas, el dibujo es utilizado como una forma de comunicación entre los seres humanos, como un vínculo por medio del cual pueden expresar su fuero interno. Ha sido reconocido desde hace muchos años por los psicólogos la facultad de estos dibujos para revelar la personalidad. En 1935 Schilder con su libro de "The Image and Appearance of the Human Body", usó la imagen del cuerpo y la describió como: "La figura de nuestro cuerpo que nos formamos en la mente". A ésta la consideró como un concepto más dinámico que estático, ya que el individuo percibe la imagen de su cuerpo como una gestalt que se encuentra en estado constante de transformación y reorganización en el proceso de actuar y reaccionar en su medio ambiente. Concibió una idea fundamental en la relación entre el concepto de sí mismo, su proyección en el dibujo y la potencia de éste último como instrumento para revelar dinámismos internos que generalmente no pueden ser evaluados. Observó y describió a través de la literatura, el uso de lo revelado por el contenido y la estructura de los dibujos. (Valdez, M.R., 1979).

Schilder dedujo que en los dibujos había aspectos estructurales relativamente persistentes que reflejan los elementos básicos de la personalidad. Esta clase de pensamiento creativo, que incorpora la teoría analítica dentro de un concepto clínico, sirvió de base para la utilización verdaderamente estimable del dibujo de figuras como técnicas proyectivas. Desde entonces los dibujos de figuras se han usado extensamente en el campo de la psicología clínica.

La proyección en obra de las técnicas proyectivas, no es otra cosa que el acto perceptivo mismo, aunque no sea absolutamente consciente, la estructura anatomofisiológica del ojo o de los procesos en los que ésta se efectúa.

En otros términos, cuando el niño cuenta lo que ve en su imagen de forma ambigua, proyecta literalmente su manera de ver. Por ésta razón el dibujo constituye, en cierta manera, una prueba proyectiva, ya que proyecta la "visión" del niño. El término proyección tiene aquí un sentido muy general. El niño se proyecta en el dibujo por que mirando a éste, podemos dar del niño un retrato psicológico.

El dibujo revela además sentimientos y pensamientos inconscientes en el sentido psicoanalítico de la palabra, es decir, que se escapa al conocimiento del sujeto no solo por su naturaleza, sino también porque el niño no quiere saber nada de ellos y son objetos de una verdadera repulsa. Este punto de vista debe ser distinguido de los precedentes. El niño no esconde nada, aquí se tropieza con procesos defensivos. Para contornearlos se deben de tener en cuenta asociaciones de pensamiento del niño que permitan indirectamente deducir la existencia y naturaleza de temas inconscientes. (Wldlocher, 1978).

J.H. Di Leo (1985) menciona que para entender los dibujos de los niños es fundamental reconocer que el niño dibuja su impresión mental del objeto y no su observación visual de él; que el producto es una representación y no una reproducción; y que la representación contiene elementos emocionales e imaginativos. El niño no distingue entre la realidad y su visión de ella. La visión y la idea son idénticas. Las manifestaciones gráficas de los pequeños son encantadores por su frescura y franqueza; dicen más acerca del artista que acerca del objeto representado. El objeto está distorsionado por los sentimientos y pensamientos propios del niño.

La afirmación respecto que el niño dibuja lo que sabe y no lo que ve expresa una verdad pero no toda la verdad. Resulta más adecuado decir que la expresión gráfica infantil de su pensamiento está coloreada por sus sentimientos. Esta dimensión agregada hace tan significativos a los dibujos como expresiones de la personalidad.

El niño no es un adulto en miniatura. Su apariencia distintiva no se debe a su pequeño tamaño si no a las proporciones de su cuerpo. Reconocer que hay dos mundos, el infantil y el adulto, es un requisito indispensable para comprender al niño.

La imagen del niño se crea por la confluencia de experiencias sensoriales que en forma gradual se integran en percepciones de forma. Con la maduración y el aprendizaje la imagen cambia. Para el bebé el mundo es la madre. Al comienzo la siente y la gusta, luego ve y oye. La percepción está fuertemente influida por el afecto. Durante toda la primera infancia la imagen del mundo sigue siendo subjetiva; el afecto y la imaginación siguen desempeñando papeles fundamentales en ella. La edad y la experiencia enseñan al adulto a mirar el mundo en forma objetiva. No puede evitar un grosero error si trata de interpretar el mundo del niño en términos de sus propias percepciones. El concepto del niño sobre el mundo externo, sus pensamientos y sus sentimientos acerca del medio, se expresan en su lenguaje, acciones y actividad gráfica. El estudio de la conducta infantil, expresiones verbales y gráficas son los indicadores más informativos acerca de lo que sucede en su interior.

El pensamiento de los adultos se basa en su mayoría en el conocimiento objetivo, aunque sea especulativo. Carente de hechos y de experiencia, los pensamientos del niño provienen de sensaciones, imaginación y efectos.

Valdez Marín(1979) explica que el término "desarrollo psicográfico" trata del estudio de la actividad gráfica del niño, en íntima relación con su desarrollo mental, condicionado por las influencias económicas, políticas y sociales en que se desenvuelve y que el modelo de la figura humana, con la que el niño entra en contacto desde su nacimiento, constituye el objeto por excelencia para apreciar como va evolucionando su presentación a través de sus manifestaciones gráficas, desde las etapas o estadios más elementales hasta los más completos y acabados. Este tipo de dibujo permite el estudio, tanto del trazo como de la estructura y el contenido, permitiendo también comparar su evolución según las edades, con fines psicológicos y pedagógicos. Inspirado en los trabajos sobre grafismo y grafomotricidad realizados por Kerschensteiner, Lamprech,

Rouma, Luquet y Binet, así como las investigaciones más recientes de Goodenough y Fay, autores que han utilizado el dibujo de la figura humana como prueba para determinar el nivel de desarrollo intelectual de los niños, el Dr. Valdez Marín decidió estudiar el desarrollo gráfico del niño, especialmente en lo que se refiere a la representación de la figura humana y el espacio, para constatar el orden de aparición de las etapas señaladas por los autores ya mencionados y verificar al mismo tiempo si las edades en que se producen estos cambios coinciden con las establecidas por dichos autores. Para la realización de éste estudio se utilizaron 180 sujetos de ambos sexos, en iguales proporciones, cuyas edades se extendían de los 3 a los 12 años, dividiéndolos en grupos con intervalos de 6 meses, cada niño realizó en forma individual el dibujo de la figura humana.

Valdez(1979), tomó de Fay las siguientes etapas de desarrollo en cuanto al dibujo de la figura humana como criterio para determinar el estado general de la representación: etapa de garabateo, etapa de las primeras tentativas de representación, etapa célula, etapa de monigote, etapa del desarrollo diferenciado de los miembros con indicación del ropaje y etapa de la figura humana perfectamente reconocible, es decir con todos sus detalles.

Datos obtenidos (estado general de la representación):	
Garabateo.....	3 años - 4 años
Primeras tentativas de representación.....	3 años - 4 años
Monigote.....	3 años - 7 años
Estado celular.....	3 años - 7 años
Cuerpo diferenciado de los miembros.....	5 años - 9 años
Cuerpo diferenciado de los miembros (con indicación del ropaje).....	6 años - 8 años
Figura humana perfectamente reconocible.....	5 años en adelante, alcanzando su plenitud a los 9 años

De conformidad con lo que aportaron los datos, Valdez (1979) observó que el niño en su desarrollo gráfico sigue una línea similar a la del desarrollo del lenguaje y, todo ello en íntima relación con el desarrollo mental. Las producciones gráficas infantiles parten del garabateo y a medida que avanza su desarrollo mental va realizando representaciones cada vez más ajustadas a la realidad objetiva. Por último señala que el desarrollo psicográfico de la representación de la figura humana, constituye un verdadero estudio de desarrollo, ya que reúne los requisitos enunciados por Piaget (1956) de poseer un orden de sucesión constante, un carácter integrativo y una estructura de conjunto.

Los estudios son los mismos y siempre se suceden en el orden descrito, lentificándose o acelerándose según las épocas y sujetos investigados. (Valdez, 1979).

Para Doltó (1980), la imagen del cuerpo tiene una significación dinámica, la cuenta de la representación que nos hacemos de nuestro cuerpo y de los intereses que le atribuimos. Estos varían según la parte del cuerpo: el niño puede dar gran interés a la zona bucal, las sensaciones que provienen de ésta región son entonces intensas y fuentes de un placer erótico, se diría que el investimento libidinal de la zona oral es prevalente.

A cada edad el niño tiene de su cuerpo una imagen dinámica que resulta de diversos investimentos libidinales que fija sobre diferentes partes del cuerpo. (Doltó, 1980).

Las pruebas de evaluación de los factores emocionales, incluidas las pruebas proyectivas, se apoyan visiblemente en la facilidad verbal. Con los niños hipoacúsicos, los procedimientos utilizados suelen ser el juego y los dibujos. Gradualmente se han ido elaborando pruebas no verbales, una de ellas es la del dibujo de la figura humana, a la que dio un gran impulso la obra de K. Machover en 1949.

La prueba de la figura humana cuenta a su favor de que además de ser no verbal, su uso se ha extendido en psiconeurología, psiquiatría y en psicología. Suele aplicarse dicha prueba como indicador de los problemas emocionales y al mismo tiempo para el análisis de las concomitantes de comportamiento, que implica los trastornos neurológicos. (Roa,1985).

Mercado (1974) menciona que la prueba del dibujo de la figura humana es sumamente práctica para el diagnóstico de alteraciones cerebrales, así como para el análisis de la conducta humana. Machover (1949) ha señalado su aplicabilidad también para el estudio de la adaptación emocional. Toda esta obra es aprovechable dentro de la psicología de la sordera en la aplicación de la prueba de la figura humana, ya que puede proporcionar la evaluación entre la deficiencia auditiva y el ajuste emocional.

Elizabeth M. Koopitz (1987) coincide con Machover en que la consigna de dibujar "una persona" permite obtener dibujos de la figura humana más ricos en material proyectivo que los "auto-retratos" dibujados a pedido. Los prepuberales y adolescentes tempranos conscientes de sí, son a menudo reacios a dibujarse a sí mismos, mientras que los niños pequeños tienden a centrarse en su ropa y detalles triviales de su aspecto cuando tratan de dibujarse.

La consigna ambigua de dibujar "una persona" parece llevar al niño a mirar dentro de sí mismo y a sus propios sentimientos en el intento de capturar la esencia de "una persona". La persona que un niño conoce es él mismo, su dibujo de una persona se convierte en un retrato de su interior y de sus actitudes.

Los dibujos de la figura humana (DFH) se han convertido en una de las técnicas más ampliamente usadas por los psicólogos que trabajan con niños, Pero varían mucho los objetos en función de los cuales se los administra. Actualmente existen dos enfoques principales para la interpretación del DFH. El primero es utilizado por los clínicos primordialmente, los cuales consideran el DFH como una técnica proyectiva, y analizan los dibujos buscando signos de necesidades inconscientes, conflictos emocionales y rasgos de

personalidad. Los representantes de la segunda escuela de pensamiento enfocan el DFH como un test evolutivo de maduración mental.

La prueba DFH es una técnica que resulta ser valiosa para evaluar a los niños ya que puede ser empleada como prueba de maduración y como una prueba proyectiva.

En cuanto a la preocupación por incapacidades específicas reflejada en los DFH, Koopitz sostiene que los DFH reflejan la actitud del niño hacia sí mismo y hacia su cuerpo. Por lo tanto, el dibujo no necesita guardar ningún parecido con la apariencia real del niño. Un niño perfectamente sano y bien desarrollado, pero cuya madre sobreprotectora durante años lo ha inquietado por pequeñeces, puede haberse vuelto un hipocondríaco así como un inválido y un tullido. En su DFH, puede retratarse como tal. Mientras que otro niño físicamente impedido desde su nacimiento o a temprana edad, pero íntegramente aceptado y amado por padres maduros y estables, puede haber tenido una buena adaptación emocional y social, y quizá no se sienta distinto a los demás. Cuando éste niño dibuja sin ningún impedimento o signo conflictivo visible, está retratado sus sentimientos para consigo, que no tiene por qué ser defensivos.

Los DFH de niños con incapacidades son tan variados como los de niños sin incapacidades. Los inválidos preocupados por sus incapacidades, reflejarán estas preocupaciones en sus DFH, lo mismo que reflejarían cualquier otra inquietud o ansiedad. La actitud de un niño hacia su deficiencia, dependerá de muchos factores, además de los derivados de su dificultad. En algunos casos la preocupación de un niño por su impedimento puede aumentar a medida que crece; en otros casos, disminuye con la edad. Los niños no tienen una manera única de reaccionar ante sus incapacidades, ni tampoco sus reacciones se reflejan siempre igual en los DFH.

Diversos estudios han sido realizados con niños, jóvenes y adultos, comparando sordos con oyentes, mediante cuestionarios y pruebas de personalidad.

Thomas (1931) llevó a cabo estudios de la relación entre la sordera adquirida y el trastorno psicológico, encontrando que estos se dan a nivel psiconeurótico. Además

plantea que la pérdida de la audición interrumpe la conversación e impone una restricción sobre las relaciones personales, el niño sordo intenta alejarse del contacto social para evitar el riesgo de los efectos del aislamiento y la soledad, o no conocer y mal entender lo que los demás dicen sobre él, lo que puede generar reacciones paranoides.

Nafin (1933) y Gregory (1938) estudiaron el efecto de la sordera en la comunidad y en las relaciones sociales encontrando que los sordos formaban estas de manera menos adecuada en comparación con los oyentes.

Salomon (1958), Barof (1955), Altshuler (1963) y Donoghue (1968) en base a sus estudios realizados obtuvieron datos un tanto similares en relación a las características que los niños sordos presentan y que son: inmadurez, sumisión, dependencia, inseguridad, impulsividad; con deficiencia en la adaptabilidad emocional, falta de ansiedad, de introspección y control de impulsos, sin empatía y con tendencias atípicas conductuales.

Myklebust (1975) aplicó el M.M.P.I. a adultos sordos y encontró ciertas reacciones psicóticas e inmadurez en relación a su interacción social; el mismo autor había planteado con anterioridad que "la sordera provoca que los niños se comporten de diferente manera, ésta no causa simplemente una inhabilidad en la comunicación humana, provoca que el individuo, vea, huelga, use sensaciones táctiles y kinestésicas en formas diferentes y quizá algo más importante que todo esto, y tal vez por ésta situación el niño sordo perciba en otra forma y como resultados de estos cambios en su funcionamiento; su personalidad y conducta también sea diferente".

En 1980 Colín refiere que los niños sordos comparados con los oyentes, presentan algunos síntomas de retraso en el desarrollo, un elevado número de respuestas emocionales, gran infantilismo y cierto déficit de socialización.

Hess (1980) encontró que los niños sordos se muestran impulsivos y con pocos intereses en buscar contactos sociales, con disminución con los efectos y tendencias a la depresión.

En 1985 Ma. Dolores Roa C., realizó un estudio comparativo de las características de personalidad entre los niños de grupos integrados específicos para hipoacúsicos y los niños hipoacúsicos de integración individual, utilizando como prueba proyectiva la del dibujo de la figura humana de Karen Machover y la técnica proyectiva de la casa, árbol, persona. Las edades de los sujetos fluctuaban entre los 12 y 16 años y formaron la muestra, tanto sujetos del sexo femenino como del masculino. Roa C. encontró que en ambos grupos se presentaba como característica principal, la falta de comunicación y de relación, debido a su problema de audición, haciéndolos más introvertidos, inseguros y dependientes. Ella comparó dos diferentes grupos de hipoacúsicos integrados a distintos medios escolares ya que ella pensaba que el medio escolar de los G.I.E.H. fueran un factor determinante que influyera en forma positiva en el desarrollo y adaptación más favorable del medio social, ya que es lo que se procura, además de manejar el aspecto pedagógico y que se trata de que el niño no se sienta rechazado, ni disminuido socialmente ante los demás. Encontró también que los niños se sienten limitados y rechazados en algunos casos por la familia, en otros por los maestros y en algunos casos más por la sociedad; así como por varios casos más por dos o tres factores antes mencionados. Los niños hipoacúsicos tienden al aislamiento, evitando así tanto el contacto físico como social con los oyentes, manifestando un deseo de relación sólo entre ellos mismos, formando su "sociedad" propia.

La sordera puede causar aislamiento de distintas maneras, se ha observado que las familias donde hay niños con problemas auditivos, es difícil que éste pueda ser enterado de todas las ocurrencias y situaciones de la vida diaria, ya que para explicar tales acontecimientos se necesita mucha paciencia de parte de los padres, además de no poder dar todas las explicaciones a causa de las limitaciones de comunicación, lo que provoca una deficiencia de la experiencia total, que forma la base de las emociones, actitudes y de la personalidad en general.

Por lo que se puede considerar que existe una relación entre la sordera, el desarrollo de la personalidad y el ajuste emocional; que ésta altera la experiencia, pues causa una imposición sobre la facultad de guiar la mente y provoca la separación y el aislamiento; así el lenguaje resulta ser un factor muy importante en el desarrollo de los contactos sociales y personales, estando éste limitado, impide la habilidad de integrar la experiencia, por lo tanto, la personalidad puede ser menos madura, sutil y más sensoriomotora.

Dado que en el presente estudio se utilizaron pruebas psicológicas, es pertinente hacer una descripción de los instrumentos realizados:

#### Test Gestáltico Visomotor para Niños.

Elizabeth M. Koppitz (1984) en base al test gestáltico visomotor de L. Bender, logró adaptar una prueba breve y significativa de percepción visomotora para niños pequeños. El test gestáltico visomotor como prueba perceptual y proyectiva para todos los niños de 5 a 6 años, cualquiera que sea su inteligencia, funcionamiento neurológico y ajuste emocional, ha sido el resultado de una exploración sistemática y sus principales contribuciones son probablemente los sistemas objetivos de puntuación que fueron estandarizados sobre la base de más de 1200 alumnos en escuelas públicas.

Según Koppitz la evolución de un niño debe incluir una determinación en sus actitudes interpersonales, tanto como su funcionamiento intelectual y neurológico. En el presente trabajo se utilizó básicamente para detectar Lesión Cerebral en los niños hipoacúsicos.

Esta prueba consiste en 9 figuras que son representadas una vez para ser copiadas por el sujeto en una hoja en blanco. Wertheimer (1923) había usado originalmente esos diseños para demostrar los principios de la psicología de la Gestalt en relación con la percepción.

"La función primordial de ésta prueba es determinar la capacidad de individuo para experimentar gestalts visomotoras en una relación espacial y temporal". (Bender, 1946).

Lauretta Bender adaptó estas figuras y las usó como test visomotor. Al hacer esto aplicó la Psicología de la Gestalt al estudio de la personalidad y la práctica clínica. L. Bender (1938), señala que la percepción y la reproducción de las figuras gestálticas esta determinada por principios biológicos de acción sensoriomotriz, que varía en función de:

- a).- El patrón de desarrollo y el nivel de maduración de cada individuo.
- b).- Su estudio patológico funcional u orgánicamente inducidos.

#### Prueba Nebraska de Aptitudes en Aprendizaje

Cabe aclarar que en el presente trabajo no se aplicó esta prueba, sino que con anterioridad se había procedido a sacar de archivo al expediente de cada uno de los sujetos, los cuales ya habían sido valorados en el departamento de psicología de la propia Institución. De aquí se procedió a tomar sólo aquellos sujetos que hubieran obtenido en la aplicación y resultado de ésta prueba un C.A. Normal o Superior.

La prueba Nebraska de Aptitudes en Aprendizaje (NTLA), (Hiskey,1966) es una prueba de aplicación individual para evaluar las aptitudes en aprendizaje de los sordos y de personas que puedan escuchar, de edades entre los 3 y 16 años, así como también para hipoacúsicos ha sido tipificado. La prueba NTLA ha sido estandarizada tanto en niños sordos y/o hipoacúsicos como en aquellos con capacidades auditivas normales. La prueba se aplica mediante procedimientos de pantomima para los niños sordos y con instrucciones verbales para los niños que pueden oír. Al aplicar la prueba el examinador debe tener especial cuidado en utilizar el conjunto de datos normativos, esto es que existen normas de calificación para niños sordos y normales para niños capaces de oír.

Esta prueba es el mejor instrumento disponible para la evaluación de las aptitudes para el aprendizaje de los niños sordos entre los 5 y 12 años. Debido a los limitados datos técnicos, los resultados de la prueba deben ser interpretados con precauciones considerables. (Salvia,1981).

Fue eliminada la velocidad, ya que es difícil hacer llegar la idea de velocidad a estos niños cuando son pequeños. Se hizo también un intento de probar una mayor variedad de funciones intelectuales que las que abarca la mayoría de las pruebas de ejecución. La mímica y los ejercicios de práctica para comunicar las instrucciones, así como los elementos intrínsecamente interesantes en ésta prueba. Se escogieron todos los elementos teniendo en cuenta de modo especial las limitaciones de los niños sordos y/o hipoacúsicos, basando principalmente la selección final en el criterio de la diferenciación con la edad.

La prueba Hiskey Nebraska consta de 12 elementos que son los siguientes:

- 1.- Ensartado de cuentas.
- 2.- Memoria para los objetos coloreados.
- 3.- Identificación de imágenes.
- 4.- Asociaciones gráficas.
- 5.- Plegado de papel (patrones).
- 6.- Campo de atención visual.
- 7.- Construcción con cubos.
- 8.- Completación de dibujos.
- 9.- Memoria para dígitos.
- 10.- Rompecabezas.
- 11.- Analogía de imágenes.
- 12.- Razonamiento espacial.

Algunas sub-pruebas se aplican solamente a niños de 3 a 10 años, otras se aplican a niños de todas las edades; y algunas otras solamente a aquellos de 11 años o más. (Anastasi, 1980).

En México esta prueba no ha sido estandarizada para la población mexicana. Sin embargo en el Instituto Nacional de la Comunicación Humana en el Departamento de Psicología se aplica a los niños hipoacúsicos siendo de gran utilidad para conocer la capacidad de aprendizaje de estos niños como apoyo diagnóstico y el tratamiento a seguir.

### El Dibujo de la Figura Humana (DFH).

Elizabeth M. Koppitz (1987) sostiene que los DFH reflejan la actividad del niño hacia sí mismo y hacia su cuerpo. Por lo tanto, el dibujo no necesita guardar ningún parecido con la apariencia real del niño. Un niño sano y bien desarrollado, pero cuya madre sobreprotectora durante años lo ha inquietado por pequeñeces, puede haberse vuelto un hipocondríaco, así mismo con un inválido y un tullido y en su DFH puede retratarse como tal. Mientras que otro niño físicamente impedido desde su nacimientos o a temprana edad, pero íntegramente aceptado y amado por padres maduros y estables, puede haber tenido una adaptación emocional y social, y quizá no se sienta distinto a los demás. Cuando éste niño dibuja una figura sin ningún impedimento o signo conflictivo posible, está retratando sus sentimientos para consigo, que no tienen por qué ser defensivos.

Los DFH de niños con incapacidades son tan variados como los de niños sin incapacidades. Los inválidos preocupados por sus incapacidades, reflejan éstas preocupaciones en sus DFH, lo mismo que reflejaría cualquier otra inquietud o ansiedad. La actitud de un niño ante su deficiencia, dependerá de muchos factores, además de los derivados de su dificultad. Los niños no tienen una manera única de reaccionar ante sus incapacidades, ni tampoco sus reacciones se reflejan siempre igual en los DFH. El DFH ha sido aplicado por Elizabeth Koppitz a niños con perturbaciones del habla, niños con deterioro de la visión, con fisura palatina, parálisis cerebral y por su puesto a niños con pérdida de la audición. Koppitz describió que aún los niños que no cooperan, los que tienen lesiones cerebrales y que son lerdos de inteligencia, pueden transmitir en sus DFH, sin desearlo, las ansiedades y preocupaciones acerca de su impedimento. (Koppitz, 1987).

### Confiabilidad del Puntaje de los DFH.

La confiabilidad del puntaje asignado a los DFH para los indicadores emocionales se estableció con la ayuda de otra psicóloga capacitada. Koppitz y la otra psicóloga valoraron independientemente los DFH de los 10 alumnos elegidos al azar y de los 15 niños derivados al psicólogo educativo

por problema de conducta o aprendizaje. se verificó en cada uno de los 25 protocolo la presencia de los 30 indicadores emocionales. Ambos examinadores computaron un total de 467 items diferentes para todos los dibujos. De estos, 444, o sea el 95% de los items computados, fueron asignados por ambos psicólogos, mientras que 23 items, o sea el 5% fueron tabulados sólo por una u otra de las investigadoras. El número promedio de los items asignados a cada protocolo fué de 19. En 10 de los DFH hubo perfecto acuerdo en el puntaje asignado, mientras que en 15 de los DFH, las examinadoras difirieron por solo uno de los puntos. (Koppitz, 1987).

### INDICADORES EMOCIONALES EN EL DFH

Los signos objetivos que reflejan ansiedades, preocupaciones y actitudes son denominados "indicadores emocionales". Un indicador emocional es definido por Elizabeth M. Koppitz como un signo en el DFH que puede cumplir los tres criterios siguientes:

1).- Debe tener validez clínica, es decir, debe poder diferenciar entre los DFH de niños con problemas emocionales de los que no los tienen.

2).- Debe ser inusual y darse con escasa frecuencia en los DFH de los niños normales que no son pacientes psiquiátricos, es decir, el signo debe estar presente en menos del 16% de los niños en un nivel de edad dado.

3).- No debe estar relacionado con la edad y la maduración, es decir, su frecuencias de ocurrencia en los protocolos no debe aumentar solamente sobre la base del crecimiento cronológico del niño.

Se seleccionó una lista de 38 signos que parecían responder a la definición dada de indicador emocional, estos fueron derivados del trabajo de Machover, Hammer y de la experiencia clínica de Koppitz. La lista comprende tres tipos diferentes de items: el primer grupo incluye items referentes a la calidad de los DFH; el segundo grupo se compone de detalles especiales que no se dan habitualmente en los DFH; y el tercer grupo comprende las omisiones de items que serían esperables en un determinado nivel de edad. La lista de los 38 indicadores emocionales potenciales es la siguiente:

### 1.- Signos cualitativos:

Trazos fragmentados, esquiados.  
 Integración pobre de las partes de la figura.  
 Sombreado de la cara o parte de la misma.  
 Sombreado del cuerpo y/o extremidades.  
 Sombreado de las manos y/o del cuello.  
 Pronunciada asimetría de las extremidades.  
 Inclinación de la figura en 15 grados o más.  
 Figura pequeña de 5 cm. o menos de altura.  
 Figura grande, de 23cm. o más de altura.  
 Transparencia.

### 2.- Detalles especiales:

Cabeza pequeña, un décimo de la altura total de la figura.  
 Cabeza grande, de tamaño igual o mayor al del cuerpo.  
 Ojos vacíos, círculos sin pupilas.  
 Miradas laterales de ambos ojos: ambos ojos vueltos a un costado.  
 Ojos bizcos: ambos ojos vueltos hacia adentro.  
 Dientes.  
 Brazos cortos, no llegan hasta la altura de la cintura.  
 Brazos largos, que podrían llegar hasta debajo de la línea de la rodillas.  
 Brazos pegados, adheridos a los costados del cuerpo.  
 Manos grandes, del tamaño de la cara.  
 Manos omitidas, brazos sin manos ni dedos.  
 Manos ocultas detrás de la espalda o en los bolsillos.  
 Piernas juntas.  
 Genitales.  
 Figura monstruosa o grotesca.  
 Dibujo espontáneo de tres o más figuras.  
 Figura interrumpida por el borde de la hoja.  
 Sol o luna.  
 Nubes, lluvia, nieve.

### 3.- Omisiones:

Omisión de los ojos.  
 Omisión de la nariz. (varones 6 años - niñas 5 años).  
 Omisión de la boca.  
 Omisión del cuerpo.

Omisión de los brazos. (varones 6 años - niñas 5 años).

Omisión de las piernas.

Omisión de los pies. (varones 9 años - niñas 7 años).

Omisión del cuello. (varones 10 años - niñas 9 años).

De estos 38 indicadores emocionales potenciales, fueron excluidos 8 cuando no pudieron satisfacer los criterios establecidos para los mismos, dichos indicadores son los siguientes:

La cabeza grande.

Los ojos bizcos u ojos que no ven.

Mirada de reojo.

Las manos ocultas.

La figura interrumpida por el borde de la hoja.

La línea de base o pasto.

El sol o la luna.

Las líneas fragmentadas o esquiadas.

Cuando un DFH no muestra ninguno de los 30 indicadores emocionales parece probablemente que el niño no tenga problemas emocionales serios. La presencia de un sólo indicador emocional no parece ser concluyente y no es necesariamente un signo de perturbación emocional. Sin embargo, dos o más indicadores emocionales son altamente sugestivos de problemas emocionales y relaciones interpersonales insatisfactorias.

Los indicadores emocionales de los DFH reflejan las actividades y preocupaciones infantiles así como su conducta manifiesta y sus síntomas revelan mucho de sus actividades y ansiedades subyacentes.

## CAPITULO IV

### M E T O D O L O G I A

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Qué indicadores emocionales se observan en un grupo de niños hipoacúsicos?

### OBJETIVOS:

**GENERAL.-** Conocer los indicadores emocionales presentes en niños hipoacúsicos.

**ESPECIFICOS.-** Explorar los indicadores emocionales más frecuentes en un grupo de niños hipoacúsicos de 5 a 6 años mediante el Dibujo de la Figura Humana.

### HIPOTESIS:

**Ho.-** Los niños hipoacúsicos no presentan indicadores emocionales en sus Dibujos de la Figura Humana.

**Hi.-** Los niños hipoacúsicos presentan indicadores emocionales en sus Dibujos de la Figura Humana.

### POBLACION:

La población se eligió con niños hipoacúsicos mexicanos que actualmente reciben terapia rehabilitatoria en el Instituto Nacional de la Comunicación Humana, contando con un año de tratamiento.

### MUESTRA:

La muestra total de niños que participaron en éste estudio fué de 45 sujetos de ambos sexos, siendo 25 del sexo masculino y 20 sujetos del sexo femenino. Para obtención de la muestra se extrajeron con anterioridad los expedientes de cada uno de los sujetos del archivo del Departamento de Diagnóstico del I.N.C.H., esto se hizo con el fin de conocer su diagnóstico audiológico (hipoacusia) y psicológico (C.A. Normal o Superior), no se explicó el motivo de trabajo ni a las madres ni a los niños, inicialmente fueron citados al Departamento de Psicología para valorarlos y aplicarles las pruebas psicológicas que servirían para el presente trabajo y como datos para sus respectivos expedientes dentro de la Institución.

### CARACTERISTICAS DE LOS SUJETOS:

Los sujetos de ésta investigación se eligieron en base a las siguientes características:

- a).- Diagnóstico Audiológico de Hipoacusia.
- b).- Que la hipoacusia sea bilateral y con una pérdida que vaya de media a profunda
- c).- Edad comprendida entre los 5 y 6 años.
- d).- C.A. Normal o Superior (obtenido éste con la aplicación de la prueba nebraska de Aptitudes en Aprendizaje, realizada con anterioridad en el Departamento de Psicología del I.N.C.H.).
- e).- Sin Daño Orgánico Cerebral (descartado con la aplicación del test gestáltico visomotor para niños).
- f).- Uso del Auxiliar Auditivo.
- g).- Con antecedentes rehabilitatorios de por lo menos un año.

### INSTRUMENTOS:

Los instrumentos de medición fueron:

- El Test Gestáltico Visomotor para Niños.
- El Dibujo de la Figura Humana (DFH).

El Test Gestáltico Visomotor para Niños.

Es una prueba de percepción visomotora para niños pequeños, fué adaptado por Elizabeth M. Koppitz en base al test gestáltico visomotora de L. Bender. Siendo una prueba perceptual y proyectivas para niños de 5 a 6 años. Este instrumento consiste en 9 figuras que son presentadas al niño y se les pide que las copie, dándole hojas de papel blancas y un lápiz de dureza media. Fué elegida ésta prueba por su sencillez, su breve administración y su validez para descartar Daño Orgánico Cerebral en los niños hipoacúsicos.

### **El Dibujo de la Figura Humana (DFH).**

El Dibujo de la Figura Humana (DFH) es una prueba elaborada como una prueba evolutiva de maduración mental y como técnicas proyectivas de las preocupaciones y actividades interpersonales de los niños de 5 a 12 años, es sumamente sencilla, se necesita un lápiz de dureza media y unas hojas de papel blancas; se le pide al niño que dibuje "una persona". Esta prueba también fué elegida por su sencillez, administración breve con el margen de aplicación necesario para los niños hipoacúsicos que conforman este estudio. Surgiendo de la necesidad de explorar conductas que no pueda manifestarse por la Comunicación directa entre las personas.

#### **ESCENARIO:**

El lugar donde fueron realizadas las pruebas psicológicas de los niños hipoacúsicos, fué en el cubículo del Departamento de Psicología que se encuentra en el área de Diagnostico del Instituto Nacional de la Comunicación Humana perteneciente a la Secretaría de Salud, en el que se encuentran: un escritorio y dos sillas, con ventilación e iluminación adecuadas.

#### **MATERIAL:**

El material que fué utilizado para este estudio fué el siguiente:

- El Test Guestáltico Visomotor para Niños.
- Hojas blancas (tamaño carta).
- Lápices de dureza media No. 2 1/2.

#### **DEFINICION DE VARIABLES:**

Se analizará el Dibujo de la Figura Humana de los niños hipoacúsicos de acuerdo a las siguientes variables.

- V.D.- Los 30 indicadores emocionales en el DFH según Kopitz.
- V.I. 1.- Sexo: femenino o masculino.
- V.I. 2.- Tipo de hipoacusia: media, media a severa, media a profunda y profunda.

- V.I. 3.- Uso de Auxiliar Auditivo: regula e irregular.
- V.I. 4.- Tiempo de Terapia: por lo menos de un año.
- V.I. 5.- Tipo de escuela a la que acude: jardín de niños de normoyentes, grupos integrados de Educación Especial, Escuela para Hipoacúsicos de Educación Especial y sin Escolaridad.
- V.I. 6.- Núcleo Familiar: completo o incompleto.
- V.C. 1.- Capacidad de Aprendizaje Normal o Superior.
- V.C. 2.- Ausencia de Daño Cerebral.
- V.C. 3.- Con adaptación de auxiliar auditivo.

#### DEFINICION DE TERMINOS:

HIPOACUSIA.- Se define como el defecto que se manifiesta en la disminución o pérdida de la audición, la cual puede clasificarse en tres grupos:

- 1.- Personas sordas desde el nacimiento o desde la primera infancia (las cuales sirven como sujeto de estudio para ésta investigación).
- 2.- Personas que adquieren la sordera después de haber obtenido el habla y,
- 3.- Personas parcialmente sordas, capaces de oír con más o menos dificultad.

INDICADORES EMOCIONALES.- Según Elizabeth M. Koppitz son un conjunto de signos que está primariamente relacionados con las actitudes, preocupaciones y ansiedades del niño.

#### DISEÑO EXPERIMENTAL:

Teniendo en cuenta las características de ésta investigación, en donde no existió un control directo de la Variable Independiente, debido a que sus manifestaciones ya estaban presentes y al hecho mismo que se considera inherente no manipulable, es catalogado como un estudio *expost facto* de comparación de grupos.

Kerlinger (1979) considera que este diseño es apropiado, ya que en él se investigan problemas sociales y educativos.

Una vez establecido el diseño experimental, se procedió a realizar un estudio de variables dependientes con el objetivo de constatar la hipótesis, la cual no puede ser modificada por ninguno de los factores que intervienen en el estudio.

#### PROCEDIMIENTO:

Los pasos para la obtención de datos en el presente estudio fueron los siguientes:

- El primer paso fue buscar en el archivo del I.N.C.H., los expedientes de los niños que tuvieron un diagnóstico de hipoacusia bilateral media o profunda y con una edad de 5 a 6 años; así como una capacidad de aprendizaje Normal o Superior.
- También fueron tomados en cuenta los niños que fueron acudiendo a solicitar revaloración en el departamento de psicología de la misma institución y que reunieron las características necesarias para éste estudio.
- Se citaba a los niños en forma individual de las 9 a las 11 hrs.
- Con cada uno de los niños se establecía el rapport y posteriormente se le aplicaban las pruebas.
- La primera prueba aplicada fue el Test Gestáltico Visomotor para niños (Koppitz).

Para éste fin se le proporcionó al niño una hoja tamaño carta blanca, un lápiz No. 2 1/2 y una goma.

Para las instrucciones dadas a estos niños fue necesario el apoyo de señas y gestos, así como indicaciones verbales, ya que todos se presentaron con su auxiliar auditivo, el cual les proporciona cierta ganancia auditiva. Indicándoles: "Aquí tengo unos dibujos para que los copies Aquí está el primero, haz uno igual a éste".

Al terminar la ejecución de cada dibujo se le retiraba la tarjeta y se le mostraba la siguiente, diciéndole: ahora haz éste, continuando así hasta concluir con las nueve tarjetas.

Durante la ejecución de ésta prueba hecha por el niño o niña se hicieron las anotaciones pertinentes, observando la conducta que el niño tenía, así como el movimiento de la hoja y posición corporal que el niño hiciera, esto se tomará en cuenta para la calificación de la prueba.

Posteriormente se aplicó la prueba de el DFH, para la realización de ésta prueba se volvió a proporcionar al niño una hoja tamaño carta blanca, lápiz No. 2 1/2 y una goma, dándole las siguientes instrucciones verbales y con apoyo de señas y gestos: "Quiero que dibujes un niño/a, lo más completo que puedas". Al terminar el dibujo se le decía: "muy bien".

El objeto de la aplicación de las pruebas anteriores mencionadas fue para seleccionar la muestra del presente estudio para descartar la posibilidad de daño orgánico cerebral con el Test Gestáltico Visomotor para Niños, y el Dibujo de la Figura Humana como prueba proyectiva de indicadores emocionales.

Los niños que no reunieron estos requisitos fueron excluidos de la muestra.

Durante el transcurso de la aplicación de las pruebas, se procedió a hacerle una serie de preguntas a la madre, al padre o a la persona que acudiera a la cita con el menor, dichas preguntas fueron efectuadas en relación a:

- a) Integrantes del núcleo familiar.
- b) Calidad de las relaciones interpersonales entre los miembros de la familia (buena, mala, regular).
- c) Escolaridad del niño o niña.
- d) Tiempo de asistencia a la terapia.

- e) Conducta en casa. Así como se observó y se anotó la conducta del niño/a durante el estudio.

ANÁLISIS DE RESULTADOS:

Se llevó acabo el análisis estadístico de los resultados en base a porcentajes obtenidos por medio del DFH en las variables dependientes, en las variables independientes y el número de indicadores emocionales alcanzados en el total de la muestra, posteriormente se procedió a la realización de las gráficas correspondientes.

CAPITULO V

A N A L I S I S

D E

R E S U L T A D O S

### RESULTADOS DE LAS PRUEBAS APLICADAS

El test Guestáltico Visomotor para Niños, fué utilizado en la presente investigación Únicamente para determinar si en los sujetos de estudio existía o no Daño Orgánico Cerebral y en el caso de que éste estuviera presente, el niño o niña sería descartado de la muestra, como no se presentó ningún caso, no hubo tal necesidad, ésta prueba fué calificada por tres jueces que estuvieron de acuerdo en que ninguno de los sujetos presentó Daño Orgánico Cerebral.

En cuanto a los resultados de la evaluación de los indicadores emocionales del DFH, fueron obtenidos mediante la medición de 30 variables dependientes, desglosadas a continuación:

- 1.- \*Integración pobre de las Partes de la Figura.
- 2.- El sombreado de los DFH.
- 3.- \*El sombreado del cuerpo y/o extremidades.
- 4.- \*El sombreado de las manos y/o cuello.
- 5.- \*El sombreado de la cara.
- 6.- La grosera asimetría de las extremidades.
- 7.- La inclinación de la figura en 15 o más grados.
- 8.- La figura pequeña.
- 9.- La figura grande.
- 10.- Las transparencias.
- 11.- La cabeza pequeña.
- 12.- Los ojos bizcos.
- 13.- Los dientes.
- 14.- Los brazos cortos.
- 15.- Los brazos largos.
- 16.- Los brazos pegados a los costados del cuerpo.
- 17.- Las manos grandes.
- 18.- Las manos seccionadas, o sea el dibujo de los brazos sin manos ni dedos.
- 19.- Las piernas juntas.
- 20.- El dibujo de los genitales.
- 21.- El dibujo de monstruos o figuras grotescas.
- 22.- El dibujo espontáneo de 3 o mas figuras.
- 23.- Las nubes, lluvia y nieve.
- 24.- La omisión de ojos en los DFH.
- 25.- La omisión de la nariz.

- 26.- La omisión del cuerpo.
- 27.- La omisión de los brazos.
- 28.- La omisión de las piernas.
- 29.-\*La omisión de los pies.
- 30.-\*La omisión del cuello.

De los antes mencionados, 6 indicadores emocionales fueron excluidos por ser válidos después de los 6 años, quedando así 24 indicadores emocionales, de los cuales únicamente 10 de ellos fueron encontrados en los DFH de los niños hipocásicos que formaron la muestra del presente estudio ya que los 14 indicadores emocionales restantes no aparecieron. (Los 6 indicadores emocionales excluidos se encuentran señalados con un asterisco). (ver tabla 1).

Los 10 indicadores emocionales encontrados en los DFH de los niños hipocásicos han sido ordenados de mayor a menor frecuencia, desglosados a continuación:

1.- Los brazos Cortos: éste indicador emocional parece reflejar la dificultad para conectarse con el mundo circundante y con las otras personas. Parece estar asociado con la tendencia al retraimiento, al encerrarse dentro de sí mismo y a la inhibición de impulsos y fué encontrado en un 42.22% de la muestra (en 19 DFH).

2.- Las Manos Grandes: indica una tendencia a actuar impulsos agresivos con sus manos, fué encontrado este indicador en un 35.55% de la muestra (en 15 DFH).

3.- Dibujo de Monstruos o Figuras Grotescas: reflejo de sentimientos de inadecuación y un pobre concepto de sí mismo, se auto-percibe como si no fueran del todo humanos, se sienten como si fueran extraños que no están plenamente integrados a la sociedad en la que vive; éste indicador emocional ha sido encontrado en un 26.66% de la muestra (en 12 DFH).

4.- La Figura Grande: manifiesta expansividad, inmadurez y controles internos deficientes, encontrado en el 26.66% de la muestra (12 DFH).

5.- La Figura Pequeña: éste indicador emocional parece reflejar extrema inseguridad, retraimiento y depresión, así como sentimientos de inadecuación, un Yo inhibido y preocupación con las relaciones con el ambiente. Encontrado en un 24.44% de la muestra (11 DFH).

6.- Los Brazos Largos: que parecen indicar inclusión agresiva en el ambiente, encontrado en un 17.77% de la muestra (8 DFH).

7.- Los Brazos Pegados a los Costados del Cuerpo: reflejan un control interno bastante rígido y con dificultades para conectarse con los demás, encontrado en un 13.33% de la muestra (6 DFH).

8.- Manos Seccionadas, o sea el dibujo sin manos ni dedos: signo que refleja sentimiento de inadecuación o culpa por no lograr actuar correctamente, o por la incapacidad para actuar; este indicador fue encontrado en un 6.66% de la muestra (3 DFH).

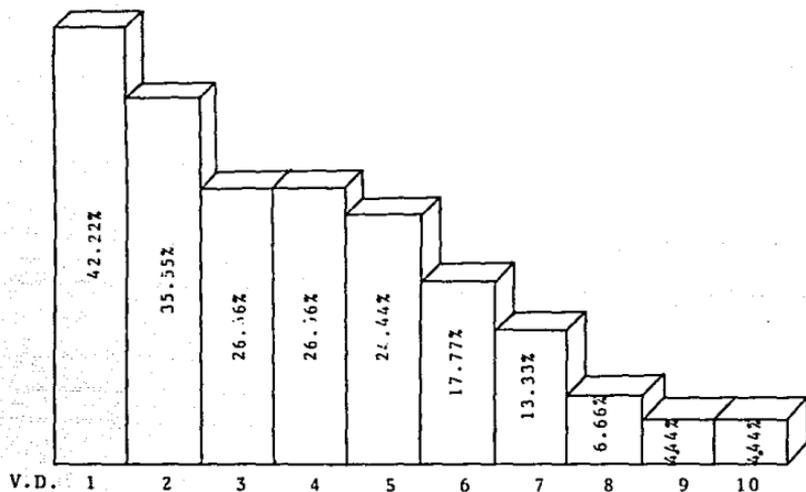
9.- Los Ojos Rizcos: reflejo de ira y rebeldía, con hostilidad hacia los demás y no poder o no querer ajustarse a las normas de comportamiento esperados. Encontrado en un 4.44% (2 DFH).

10.- Las Piernas Juntas: indica tensión, rigidez y control frágil. Encontrado en un 4.44% de la muestra (2 DFH). (ver gráfica 1).

**Tabla 1: Indicadores Emocionales en los DFH de los niños hipocúsicos.**

Indicador Emocional	Presente	Ausente
1.- *Integración pobre de las Partes de la Figura.	18	27
2.- El sombreado de los DFH.	--	45
3.- *El sombreado de la cara.	--	45
4.- *El sombreado del cuello y/o las manos.	--	45
5.- *El sombreado de cuerpo y/o extremidades.	1	44
6.- La grosera asimetría de las extremidades.	--	45
7.- La inclinación de la figura en 15 o más grados.	--	45
8.- La figura pequeña.	11	34
9.- La figura grande.	12	33
10.- Las transparencias.	--	45
11.- La cabeza pequeña.	--	45
12.- Los ojos bizcos.	2	43
13.- Los dientes.	--	45
14.- Los brazos cortos.	19	26
15.- Los brazos largos.	8	36
16.- Los brazos pegados a los costados del cuerpo.	6	37
17.- Las manos grandes.	15	30
18.- Las manos seccionadas, o sea el dibujo de los brazos sin manos ni dedos.	3	42
19.- Las piernas juntas.	2	43
20.- El dibujo de los genitales.	--	45
21.- El dibujo de monstruos.	12	33
22.- El dibujo espontáneo de 3 o mas figuras.	--	45
23.- Las nubes, lluvia y nieve.	--	45
24.- La omisión de ojos en los DFH.	--	45
25.- La omisión de la nariz.	--	45
26.- La omisión del cuerpo.	--	45
27.- La omisión de los brazos.	--	45
28.- La omisión de las piernas.	--	45
29.-*La omisión de los pies.	--	45
30.-*La omisión del cuello.	9	35

**GRAFICA 1: Indicadores Emocionales encontrados en los DFE de los niños hipoacúsicos**



**DONDE:**

- 1.- Los brazos cortos.
- 2.- Las manos grandes.
- 3.- Dibujo de monstruos o figuras grotescas.
- 4.- La figura grande.
- 5.- La figura pequeña.
- 6.- Los brazos largos.
- 7.- Los brazos pegados a los costados del cuerpo.
- 8.- Manos seccionadas.
- 9.- Los ojos bizcos.
- 10.- Las piernas juntas.

Posteriormente se procedió a analizar cada una de las variables independientes, obteniéndose los siguientes resultados:

1.- SEXO.- El porcentaje mayor de la frecuencia lo representa el sexo masculino con un 55.55% (25 niños), y el 44.44% restante corresponde al sexo femenino (20 niñas). (ver. gráfica 2).

2.- TIPO DE HIPOACUSIA.- De acuerdo con los resultados obtenidos el 68.88% de la población padece de hipoacusia profunda, siendo ésta la de más alta incidencia (31 sujetos), un 22.22% de la muestra de sujetos cursa con un tipo de hipoacusia que va de media a profunda (10 sujetos), continuando con un 6.66% que cursa con una hipoacusia que va de media a severa (3 sujetos) y por último tenemos que sólo el 2.22% de la muestra presenta hipoacusia media (1 sujeto). (ver gráfica 3).

3.- TIEMPO DE TERAPIA.- Aquí se presentó que el porcentaje más elevado corresponde a los antecedentes rehabilitatorios de 1 a 2 años con un 62.22% (28 niños), le sigue en un 24.44% los sujetos que han recibido de 2 a 3 años de terapia rehabilitatoria (11 sujetos), luego esta que el 11.11% ha recibido de 3 a 4 años de terapia (5 niños) y en último lugar se encuentra que el 2.22% ha recibido 5 años terapia (1 niño). (Ver gráfica 4)

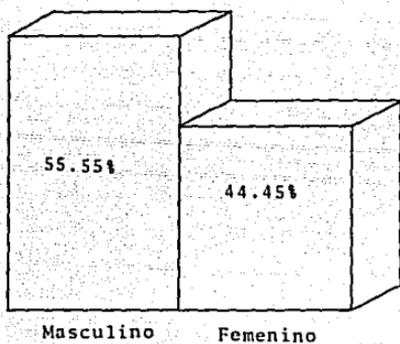
4.- USO DE AUXILIAR AUDITIVO.- El 57.77% de la población usa su auxiliar auditivo en forma irregular (26 niños) y el 42.22% restante lo usan en forma regular (19 niños). (ver figura 5)

5.- TIPO DE ESCUELA A LA QUE ACUDEN.- Los resultados muestran que el 55.55% asiste a escuelas de Normoyentes, siendo éste el más alto porcentaje (25 sujetos), sigue el 17.77% que asiste a los llamados grupos integrados (8 sujetos). Y en un 8.88% se encuentran a los que asisten a la Escuela Especial para Hipoacúsicos (4 sujetos). (ver gráfica 6)

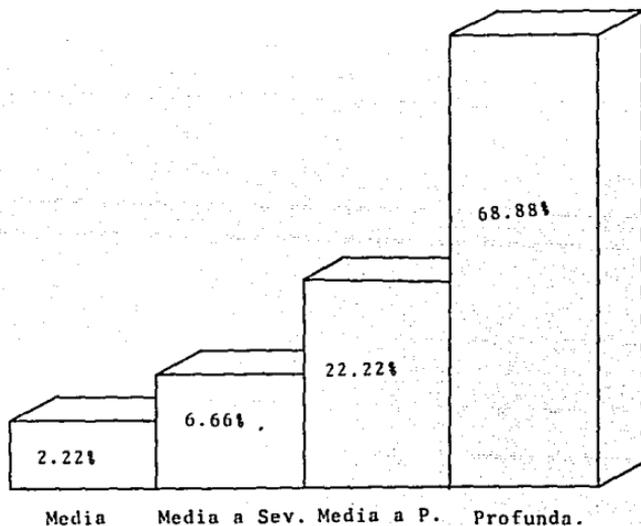
6.- NUCLEO FAMILIAR.- La frecuencia más elevada en este caso corresponde al Núcleo Familiar completo con un 75.55% (34 sujetos), esto es: El padre, La madre y Los hermanos, y el 24.44% corresponde al Núcleo Familiar Incompleto (11 sujetos). (ver gráfica 7)

A cada uno de los niños hipoacúsicos que participaron en éste estudio se le preguntó al finalizar su DFH, y apoyándose en señas: ¿Quién es? a lo que invariablemente se respondió, algunos de ellos en forma verbal, otros en forma verbal y apoyándose en señas; y otros mas con puras señas; que eran ellos mismos, obteniéndose como resultado que el 100% se dibujo así mismo. También con el mismo porcentaje de 100% presenta buena identificación sexual al dibujar el sexo que corresponde a cada uno de ellos.

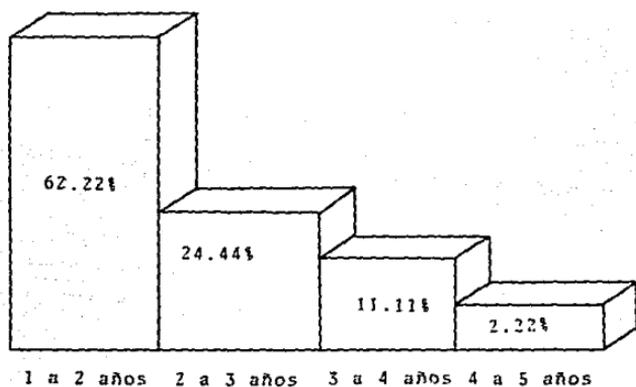
GRAFICA 2: S E X O.



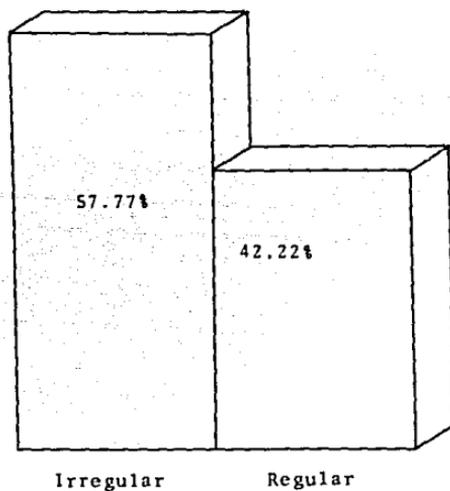
GRAFICA 3: TIPO DE HIPOACUSIA.



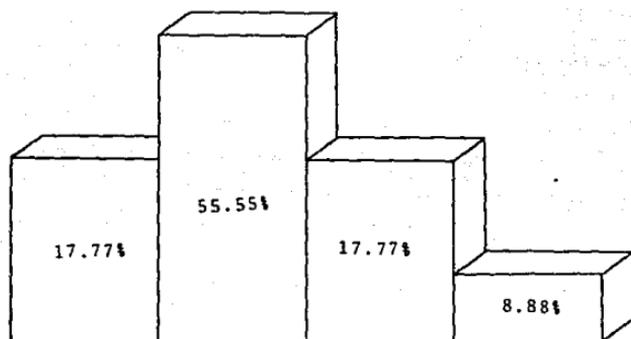
GRÁFICA 4: TIEMPO DE TRATAMIENTO.



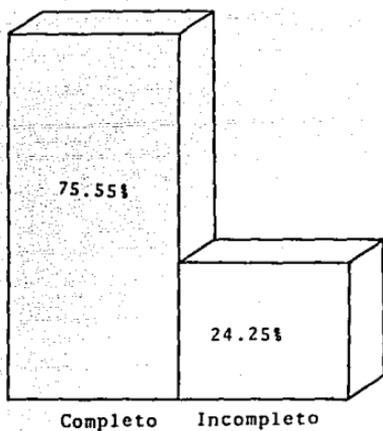
**GRAFICA 5: FORMA DE USO DE AUXILIAR AUDITIVO.**



**GRAFICA 6: TIPO DE ESCUELA A LA QUE ASISTEN LOS NIÑOS HIPOACUSICOS.**



Gpos. Ints. Normoyentes Sin Escol. Para Hipoacúsicos

**GRAFICA 7: NUCLEO FAMILIAR.**

Dados los resultados cualitativos y cuantitativos se procede a analizar la relación existente entre cada una de las Variables Dependientes y las Variables Independientes, quedando ordenadas de la siguiente manera:

A.- Los Brazos Cortos: indicador emocional presente en 19 DFH. De los cuales la mayoría de los niños tienen una edad que va de los 5 años 10 meses a los 6 años (10 sujetos), el 63.15% pertenece al sexo masculino y usa su auxiliar auditivo en forma irregular. Presentado como tiempo promedio de terapia 2 años. El 78.94% tiene Hipoacusia Profunda. Los núcleos familiares a los que pertenecen se encuentran completos en un 84.21% y es referida sobreprotección familiar en un 100%. (ver gráfica A)

B.- Las Manos Grandes: Indicador emocional presente en 15 DFH. La mayoría tiene una edad que va de los 5 años 7 meses a los 6 años (12 sujetos); el 60% de la muestra pertenece al sexo masculino, con el mismo porcentaje se encuentra que tienen Hipoacusia Profunda; el 66.66% usa su auxiliar auditivo en forma irregular, con un tiempo promedio de terapia de 1 año 7 meses; el 46.67% asiste a escuela de Normoyentes y el 73.33% pertenecen a Núcleos Familiares Completos y de los cuales el 100% refiere sobreprotección familiar. (ver gráfica B)

C.- Dibujos de Monstruos o Figuras Grotescas: indicador emocional presente en 12 DFH. En la mayoría sus edades fluctúan entre los 5 años 6 meses a 6 años (10 sujetos), el 75% corresponde al sexo masculino y en el mismo porcentaje presentan Hipoacusia Profunda; así como el uso irregular del auxiliar auditivo. Con un tiempo promedio de terapia de 1 año. Un 41.66% asiste a la escuela de Normoyentes y otro 41.67% no tiene escolaridad. Los Núcleos Familiares Completos se encuentran en un 66.66% en donde es referida sobreprotección familiar en un 100%. (ver gráfica C)

D.- La Figura Grande: indicador emocional presente en 12 DFH. La mayoría de los sujetos presentan una edad que va de los 5 años 7 meses a 6 años (11 sujetos). Un 50% corresponde al sexo masculino y otro 50% al sexo femenino, el tipo de Hipoacusia Profunda se presenta en un 75%. El uso del auxiliar auditivo es Regular en un 58.33%, el tiempo promedio

de terapia rehabilitatoria es de 2 años. En 41.66% de la muestra asiste a la escuela de Normoyentes. El 91.66% pertenece al Núcleo Familiar Completo y es referida sobreprotección familiar en el 100% de los casos. (ver gráfica D)

E.- La Figura Pequeña: indicador emocional presente en 11 DFH. Las edades varían de los 5 años 8 meses a 6 años en la mayoría de los sujetos (7 sujetos), el 63.64% corresponde al sexo masculino, el tiempo de hipoacusia más frecuente es la Profunda; en un 81.81%. El 90.90% de los niños usan su auxiliar auditivo en forma Regular. El tiempo promedio de terapia de 1 año 2 meses. Un 45.45% asiste a la escuela de Normoyentes y el 54.54 pertenece al Núcleos Familiares Completos. (ver gráfica E)

F.- Los Brazos Largos: indicador emocional presente en 8 DFH. La mayoría de los niños presenta una edad entre los 5 años 8 meses a 6 años (7 sujetos), el 75% de los casos corresponde al sexo masculino y en el mismo porcentaje usa su auxiliar auditivo en forma Irregular con un tiempo promedio de terapia de 2 años. El 50% de la muestra cursa con Hipoacusia Profunda. Un 87.56% asiste a la escuela de Normoyentes y el Núcleo Familiar se encuentra Completo en un 62.56%. (ver gráfica F)

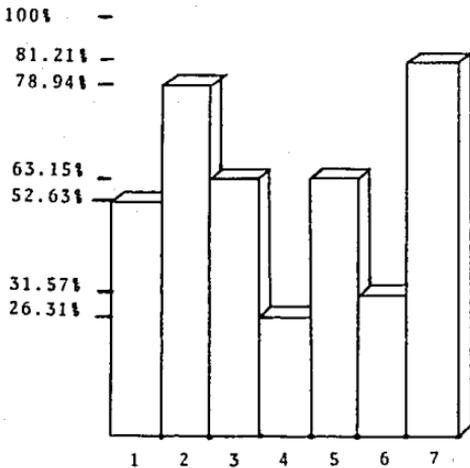
G.- Los Brazos Pegados a los Costados del Cuerpo: indicador emocional presente en 6 DFH. La mayoría de los niños presentan edades entre 5 años 10 meses y 6 (4 sujetos). Un 50% corresponde al sexo masculino y otro 50% al sexo femenino. El 66.66% presenta Hipoacusia Profunda, con el mismo porcentaje tienen un uso Irregular del auxiliar auditivo. Teniendo un tiempo promedio de terapia de 1 año 4 meses a año 7 meses. En 50% de los niños tienen escolaridad y su Núcleo Familiar se encuentra Incompleto en un 83%. (ver gráfica G)

H.- Las Manos Seccionadas, o sea el Dibujo de Brazos sin Manos ni Dedos: indicador emocional presente en 3 DFH. Las edades de los sujetos fluctúan entre los 5 años 4 meses a los 6 años, el 66.66% pertenecen al sexo femenino El 100% de la muestra utiliza su auxiliar auditivo en forma Irregular y con el mismo porcentaje se encuentran que presentan Hipoacusia Profunda. Con un tiempo promedio de terapia de 1 año; el 66.67% de los niños no tienen escolaridad y su Núcleo Familiar se encuentra Completo. (ver gráfica H)

I.- Los Ojos Bizcos: indicador emocional presente en 2 DFH. Las edades son de 5 años 8 meses y 6 años, un sujeto corresponde al sexo masculino y otro al sexo femenino. Los dos usan su auxiliar auditivo en forma Irregular y presentan un tipo de Hipoacusia Profunda. En cuanto a su Núcleo Familiar en uno de ellos se encuentra Completo y el otro Incompleto. (ver gráfica I)

J.- Las Piernas Juntas: indicador emocional presente en 2 DFH. Las edades de los sujetos son de 5 años 1 mes y de 6 años, uno de los sujetos corresponde al sexo masculino y otro al sexo femenino. Los dos presentan Hipoacusia Profunda. El tiempo de tratamiento del niño es de 5 años y el de la niña de 1 año, el niño asiste a la escuela de Normo-ventes y la niña no tiene escolaridad. Los dos usan su auxiliar auditivo en forma Irregular y pertenecen a Núcleos Familiares Incompleto. (ver gráfica J)

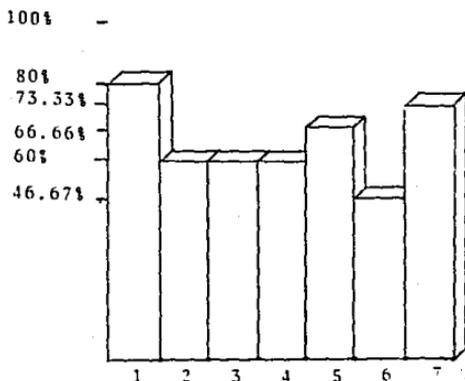
**GRAFICA A: Los Brazos Cortos. (19 DFH).**



**DONDE**

- 1.- Edad: de 5-10 a 6 años.
- 2.- Hipoacusia Profunda.
- 3.- Sexo: masculino.
- 4.- Con 2 años de terapia.
- 5.- Con uso Irregular del Auxiliar Auditivo.
- 6.- Sin Escolaridad y Escuela de Normoyentes.
- 7.- Núcleo Familiar Completo.

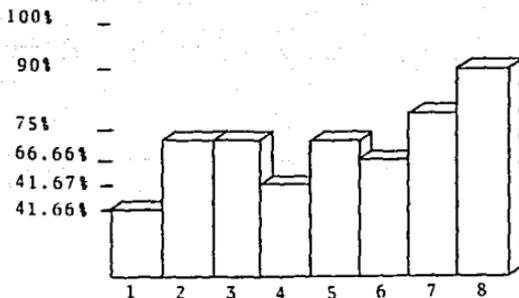
**GRAFICA B: Las Manos Grandes (15 DFH).**



**DONDE:**

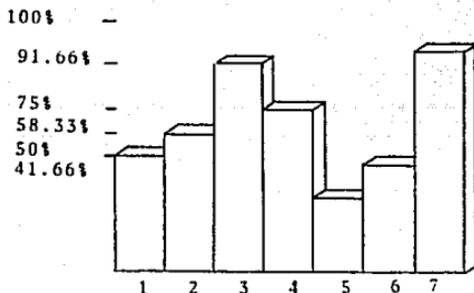
- 1.- Edad: de 5-7 a 6-0 años.
- 2.- Sexo: masculino.
- 3.- Tipo de Hipoacusia: Profunda.
- 4.- Tiempo de Terapia: 2 años.
- 5.- Uso de Auxiliar Auditivo: Irregular.
- 6.- Tiempo de Escuela a la que Asisten: Normoyentes.
- 7.- Núcleo Familiar: Completo.

**GRAFICA C: El Dibujo de Monstruos o Figuras Grotescas  
(10 DFH).**

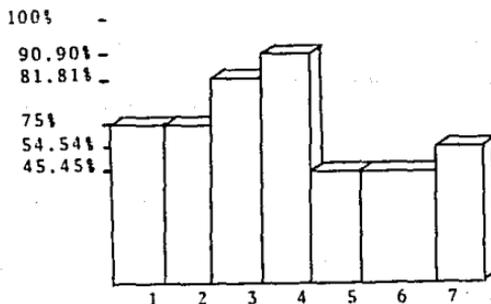


**DONDE:**

- 1.- Tipo de Escuela a la que Asisten: Normoyentes.
- 2.- Sexo: masculino.
- 3.- Tipo de Hipoacusia: Profunda.
- 4.- Tiempo de Terapia: 1 años.
- 5.- Uso de Auxiliar Auditivo: Irregular.
- 6.- Tipo de Escuela a la que Asisten: Sin escolaridad.
- 7.- Núcleo Familiar: Completo.
- 8.- Edad: de 5-6 a 6-0 años.

**GRAFICA D: La Figura Grande (12 DFH).****DONDE:**

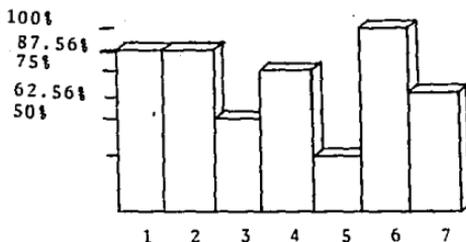
- 1.- Edad: de 5-7 a 6 años.
- 2.- Sexo: masculino y femenino.
- 3.- Tipo de Hipoacusia: Profunda.
- 4.- Uso de Auxiliar Auditivo: Regular.
- 5.- Tiempo de Terapia: 2 años.
- 6.- Tiempo de Escuela a la que Asisten: Normoyentes.
- 7.- Núcleo Familiar: Completo.

**GRAFICA E: La Figura Pequeña (11 DFH).**

DONDE:

- 1.- Edad: de 5-8 a 6 años.
- 2.- Sexo: masculino.
- 3.- Tipo de Hipoacusia: Profunda.
- 4.- Uso de Auxiliar Auditivo: Regular.
- 5.- Tiempo de Terapia: 1 año 2 meses.
- 6.- Tiempo de Escuela a la que Asisten: Normoyentes.
- 7.- Núcleo Familiar: Completo.

**GRAFICA F: Los Brazos Largos (8 DFH).**



**DONDE:**

- 1.- Edad: de 5-8 a 6 años.
- 2.- Sexo: masculino.
- 3.- Tipo de Hipoacusia: Profunda.
- 4.- Uso de Auxiliar Auditivo: Regular.
- 5.- Tiempo de Terapia: 2 año.
- 6.- Tiempo de Escuela a la que Asisten: Normoyentes.
- 7.- Núcleo Familiar: Completo.

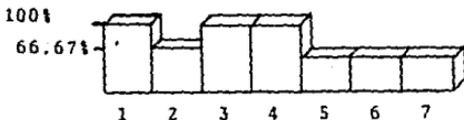
**GRAFICA G: Los Brazos Pegados a los Costados del cuerpo  
(6 DFE).**



**DONDE:**

- 1.- Edad: de 5-6 a 6 años.
- 2.- Sexo: masculino y femenino.
- 3.- Tipo de Hipoacusia: Profunda.
- 4.- Uso de Auxiliar Auditivo: Irregular.
- 5.- Tiempo de Terapia: de 1 año 4 meses a 1 año 7 meses.
- 6.- Tiempo de Escuela a la que Asisten: sin escolaridad.
- 7.- Núcleo Familiar: Incompleto.

**GRAFICA N: Las Manos Seccionadas, o sea el Dibujo de los  
Brazos sin Manos ni Dedos**

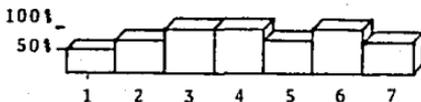


**DONDE:**

- 1.- Edad: de 5-4 a 6 años.
- 2.- Sexo: femenino.
- 3.- Tipo de Hipoacusia: Profunda.
- 4.- Uso de Auxiliar Auditivo: Irregular.
- 5.- Tiempo de Terapia: 1 año.
- 6.- Tiempo de Escuela a la que Asisten: sin escolaridad.
- 7.- Núcleo Familiar: Completo.

**GRAFICA J: Las Piernas Juntas (2 DFH).****DONDE:**

- 1.- Edad: de 5-1 a 6 años.
- 2.- Sexo: masculino y femenino.
- 3.- Tipo de Hipoacusia: Profunda.
- 4.- Uso de Auxiliar Auditivo: Irregular.
- 5.- Tiempo de Terapia: 1 y 5 año.
- 6.- Núcleo Familiar: Incompleto.
- 7.- Tiempo de Escuela a la que Asisten: sin escolaridad y Normoyantes.

**GRAFICA I: Los Ojos Biscos (3 DPH).****DONDE:**

- 1.- Edad: de 5-8 a 6 años.
- 2.- Sexo: masculino y femenino.
- 3.- Tipo de Hipoacusia: Profunda.
- 4.- Uso de Auxiliar Auditivo: Irregular.
- 5.- Tiempo de Terapia: de año 3 meses a 3 años 6 meses.
- 6.- Tiempo de Escuela a la que Asisten: Normoyentes.
- 7.- Núcleo Familiar: Completo e Incompleto.

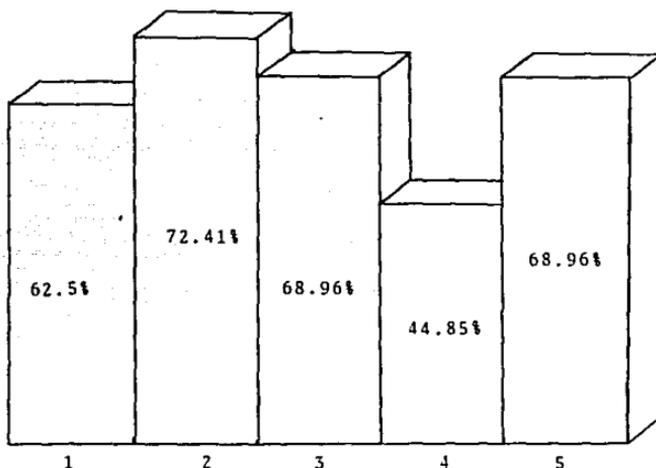
Tomando en cuenta los resultados obtenidos cuantitativamente de acuerdo al número de indicadores emocionales encontrados en los DFH de los niños hipoacúsicos, se procedió a analizar el número de Variables Dependientes con cada una de las Variables Independientes, las cuales se describen a continuación:

I.- Niños hipoacúsicos que presentaron de 2 a 4 indicadores emocionales en sus DFH. Total de sujetos 29. De los cuales presentan una edad que va de los 5 años 6 meses a los 6 años en su mayoría. El 62.5% pertenece al sexo masculino. El 72.41% presenta Hipoacusia Profunda. Con un tiempo promedio de terapia de 1 año 7 meses, con uso Irregular del auxiliar auditivo del 68.96%. El 44.82% asiste a la escuela de Normoyentes. Y en un 68.96% de la muestra tiene su Núcleo Familiar Completo. (ver gráfica I)

II.- Los niños hipoacúsicos que presentaron un solo indicador emocional en sus DFH formaron un total de 11 sujetos y 9 de ellos tienen una edad que va de los 5 años 7 meses a los 6 años. El 54.54% pertenece al sexo femenino, prevaleciendo la Hipoacusia Profunda en un 72.72% con un promedio de tiempo de terapia rehabilitatoria de 1 año 6 meses. El 54.54% Usa su auxiliar auditivo en forma Irregular. El 63.63% asiste a la escuela de Normoyentes. Y el Núcleo Familiar prevaleciente es el Completo en un 90.90%. (ver gráfica II)

III.- Los niños hipoacúsicos que no presentaron ningún indicador emocional en sus DFH, hacen un total de 5 sujetos en donde el sexo masculino es prevaleciente en un 60%, los tipos de hipoacusia que predominaron son: la Hipoacusia Media, Media a Severa, y la Hipoacusia Media a Profunda, haciendo un total de 60%. El uso del auxiliar auditivo es Regular en un 100%; el tiempo promedio de tratamiento rehabilitatorio es de 2 años 6 meses. El Núcleo Familiar predominante es el Completo en un 100%. El 100% de los niños hipoacúsicos que no presentan ningún indicador emocional asisten a la escuela Normoyente. (ver gráfica III)

**GRAFICA I: De 2 a 4 Indicadores Emocionales presentes en los DFH de 29 niños hipoacúsicos.**

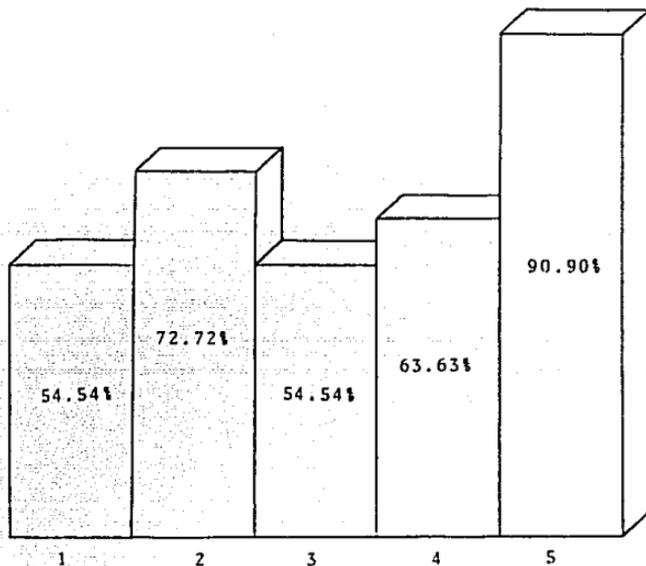


**DONDE:**

- 1.- Sexo: masculino.
- 2.- Tipo de Hipoacusia: Profunda.
- 3.- Uso de Auxiliar Auditivo: Irregular.
- 4.- Tiempo de Escuela a la que Asisten: Normoyentes.
- 5.- Núcleo Familiar: Completo.

Con 1 año 7 meses con tiempo promedio de terapia para hipoacúsicos.

**GRAFICA II: Con sólo 1 Indicador Emocional presente en los DFH de 11 niños hipoacúsicos.**

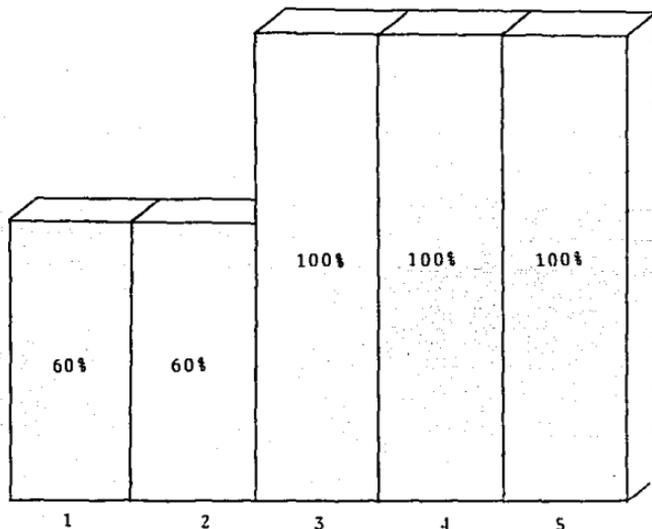


**DONDE:**

- 1.- Sexo: femenino.
- 2.- Tipo de Hipoacusia: Profunda.
- 3.- Uso de Auxiliar Auditivo: Irregular.
- 4.- Tiempo de Escuela a la que Asisten: Normoyentes.
- 5.- Núcleo Familiar: Completo.

Con 1 año 6meses con tiempo promedio de terapia rehabilitatoria.

**GRAFICA III: Con Ningún Indicador Emocional presente en sus DFH de 5 niños hipoacúsicos.**



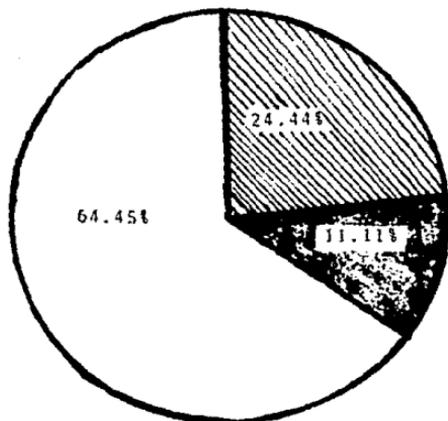
**DONDE:**

- 1.- Sexo: masculino.
- 2.- Tipo de Hipoacusia: Media, Media a Severa y Media Profunda.
- 3.- Uso de Auxiliar Auditivo: Regular.
- 4.- Tiempo de Escuela a la que Asisten: Normoyentes.
- 5.- Núcleo Familiar: Completo.

Con 2 año 6 meses con tiempo promedio de terapia rehabilitatoria.

En la presente investigación fue encontrado que en un 64.45% de la población muestra, en los DFH de los niños hipoacúsicos se presentaron de 2 a 4 indicadores emocionales que son altamente sugestivos de problemas emocionales y relaciones interpersonales insatisfactorias, en un 24.44% de los DFH se presentó solo un indicador emocional, lo cual no parece ser concluyente y no es necesariamente un signo de perturbación emocional y por último en el 11.11% restante de los DFH de niños hipoacúsicos no se presentó ningún indicador emocional. Por lo que en el presente estudio se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula. (ver gráfica IV)

Gráfica IV



- 2 a 3 Indicadores Emocionales
- 1 Indicador Emocional
- 0 Indicadores Emocionales

Por otra parte también se encontró que en el 66.66% de los niños hipoacúsicos dibujaron orejas prominentes, porcentaje conformado por 30 sujetos de los cuales el 86.67% presentan Hipoacusia Profunda.

Los audífonos aparecen en los DFH en un 42.22% (en 19 DFH) y la boca amplia aparece en un 95.55% (en 43 DFH).

En cuanto a las preguntas hechas a la madre, al padre o a la persona que acudiera a la cita con el menor, con respecto a las relaciones interpersonales, se encontró que en un 57.77% las relaciones interpersonales son referidas como regulares (26 casos), en un 22.23% fueron referidas como buenas (10 casos) y en un 20% fueron referidas las relaciones interpersonales como malas (9 casos).

Con respecto a la conducta en casa, se observó que en 95.55% la conducta de los niños es referida como caprichosa y berrinchuda (43 sujetos), el 33.33% además de ser referida su conducta como caprichosa y berrinchuda, también fue referida como agresiva, (15 sujetos). Por último un solo sujetos es referido como tranquilo en cuanto a su comportamiento cuyo porcentaje corresponde al 2.22%.

Los resultados de la conducta observada durante el estudio psicológico muestran que en un 77.78% presentan conducta cooperadora, tranquila y sociable, así como lapsos adecuados de atención.

## TOTAL DE SUJETOS HIPOACUSICOS

No. de Suj.	Edad	Sexo	C.A.	Equivalente	Diagnos.	Audiol.
1	5-0	F		Normal	Hip. Media	a Severa.
2	5-0	M		Normal	Hip. Profunda.	
3	5-1	F		Normal	Hip. Profunda.	
4	5-2	F		Normal	Hip. Profunda.	
5	5-4	F		Normal	Hip. Profunda.	
6	5-4	F		Normal	Hip. Profunda.	
7	5-5	M		Normal	Hip. Profunda.	
8	5-6	M		Normal	Hip. Profunda.	
9	5-7	F		Normal	Hip. Profunda.	
10	5-7	M		Normal	Hip. Profunda.	
11	5-7	F		Normal	Hip. Media	a Profunda
12	5-8	M		Normal	Hip. Profunda.	
13	5-8	M		Normal	Hip. Profunda.	
14	5-8	F		Normal	Hip. Profunda.	
15	5-8	F		Normal	Hip. Profunda.	
16	5-8	M		Normal	Hip. Profunda.	
17	5-8	F		Normal	Hip. Media	a Profunda
18	5-8	M		Normal	Hip. Profunda.	
19	5-9	M		Normal	Hip. Profunda.	
20	5-9	F		Normal	Hip. Media.	
21	5-9	M		Normal	Hip. Profunda.	
22	5-10	M		Normal	Hip. Media	a Profunda
23	5-10	M		Normal	Hip. Profunda.	
24	5-10	M		Normal	Hip. Media	a Profunda
25	5-11	M		Normal	Hip. Media	a Profunda
26	5-11	M		Normal	Hip. Media	a Profunda
27	5-11	F		Normal	Hip. Media	a Profunda
28	5-11	M		Normal	Hip. Profunda.	
29	5-11	M		Normal	Hip. Profunda.	
30	6-0	M		Normal	Hip. Media	a Profunda
31	6-0	M		Normal	Hip. Media	a Profunda
32	6-0	M		Normal	Hip. Profunda.	
33	6-0	M		Normal	Hip. Profunda.	
34	6-0	M		Normal	Hip. Media	a Profunda
35	6-0	M		Normal	Hip. Profunda.	

## TOTAL DE SUJETOS HIPOACÚSICOS

No. de Suj.	Edad	Sexo	C.A.	Equivalente	Diagnos.	Audiol.
36	6-0	M		Normal	Hip.	Profunda.
37	6-0	F		Normal	Hip.	Profunda.
38	6-0	F		Normal	Hip.	Media a Profunda
39	6-0	F		Normal	Hip.	Profunda.
40	6-0	F		Normal	Hip.	Profunda.
41	6-0	F		Normal	Hip.	Profunda.
42	6-0	F		Normal	Hip.	Profunda.
43	6-0	F		Normal	Hip.	Profunda.
44	6-0	M		Normal Bte.	Hip.	Profunda.
45	6-0	F		Normal	Hip.	Media a Profunda

TOTAL: 45 Sujetos de ambos sexos.

C A P I T U L O   V I

D I S C U R S O S

Y

C O N C L U S I O N E S

Considerando los diferentes resultados en los diversos autores que han estudiado aspectos de personalidad en el sordo como Thomas, Nafin, Salomon, Myklebust, Colin, Hess y Roa Camarillo entre otros, realizando una comparación de estos con los oyentes y que han encontrado como características principales, la falta de relación y comunicación que se presentan primordialmente en los sordos, debido a su problema de audición que los hace mas introvertidos, inseguros y dependientes, como lo menciona Donoghue y Salomon. Clasificando ademas otras características que en cierta medida se presentan en los oyentes pero definitivamente son mucho mas acertadas en los sordos; en el presente estudio se encontraron características similares a las ya dadas por los autores antes mencionados, encontrándose características de aislamiento, inseguridad, dependencia, etc., no pudiéndose determinar en grado, pero si que los niños se sienten limitados y rechazados por la familia, por los maestros y por la sociedad como lo señalo Roa C.

En base a los resultados logrados, donde se encontró que ninguno de los niños hipoacúsicos presentó Daño Orgánico Cerebral.

En los DFH de los niños hipoacúsicos solo se encontró 10 de los 30 indicadores emocionales estudiados por E. M. Koppitz, los cuales reflejan la dificultad para conectarse con el mundo circundante y con las otras personas, retraimiento, tendencia a actuar impulsos agresivos con sus manos, sentimientos de inadecuación, pobre concepto de sí mismo y de no estar plenamente integrado a la sociedad en la que vive, expansividad inmadurez y control interno deficientes; así como inseguridad, retraimiento y depresión, con un Yo inhibido y preocupación por las relaciones con el ambiente. También fueron encontrados: reflejo de ira y rebeldía y hospitalidad hacia los demás, tensión, rigidez y control frágil.

Los niños hipoacúsicos presentan como edad mas frecuente la que fluctúa de los 5-9 a los 6 años, el sexo predominante resultó ser el masculino, aclarando que esto es debido a que en la muestra hubo mayor número de sujetos del sexo masculino y en cuanto al tipo de hipoacusia resultó ser la hipoacusia profunda la mas frecuente. En la mayoría de los casos tienen 1 año 2 meses como antecedentes rehabilita-

torio, el uso del auxiliar auditivo comunmente es irregular, lo cual indica que la mayoría de los niños hipoacúsicos no aceptan el auxiliar auditivo. En su mayoría asisten a escuela de normoyentes (ya sea el jardín de niños o la escuela primaria). Sus núcleos familiares se encuentran completos con una calidad regular en cuanto a las relaciones interpersonales entre los miembros que los componen; y proporcionando sobreproducción familiar a los niños hipoacúsicos.

Invariablemente en todos los casos respondieron a la pregunta ¿Quién es?, que eran ellos mismos, lo cual coincide con lo mencionado por Elizabeth M. Koppitz en cuanto a que la persona que un niño mejor conoce es el mismo, su dibujo de una persona se convierte en un retrato de su interior y de sus actitudes.

Dentro del análisis cualitativo se encontró una relación significativa entre núcleos familiares completos en donde existe la sobreproducción familiar en donde los sujetos son el sexo masculino con hipoacusia profunda, con poco tiempo de tratamiento rehabilitatorio (terapia), el uso irregular del auxiliar auditivo y la asistencia de los niños a la escuela de normoyentes, con los indicadores emocionales encontrados en su DPH que reflejan la dificultad para conectarse con los demás, la tendencia al retraimiento y a encerrarse en sí mismos, agresividad manifiesta, sentimientos de inadecuación, pobre concepto de sí mismo, con sentimientos de no estar bien integrados a la sociedad en la que viven, expansividad, inmadurez y controles internos deficientes, inseguridad, retraimiento y depresión, con un Yo inhibido y preocupación con las relaciones con el ambiente, así como ira y rebeldía, características que resultan similares a las obtenidas con estudios realizados con niños, jóvenes y adultos sordos comparados con oyentes, realizados por: Thomas, Nafin y Gregory, Salomon, Barof, Altshuler y Donoghue; Myklebust, Colín, Hess y Ma. Dolores Roa C.

De manera cuantitativa, se encontró que más de la mitad de los sujetos del estudio presentan de 2 a 4 indicadores emocionales, lo cual es indicador de la existencia de problemas emocionales en los niños hipoacúsicos, encontrándose altamente relacionado con hipoacusia profunda y sobreproducción familiar que coincide con E. M. Koppitz quien afirma que los

DFH reflejan la actitud del niño hacia sí mismo y hacia su cuerpo y que esto va a depender de la actitud sobreprotectora de la madre o de la familia.

Los niños físicamente impedidos desde su nacimiento o a temprana edad, pero íntegramente aceptados y amados por padres maduros y estables pueden haber tenido una buena adaptación emocional y social y que quizá no se sienten distintos a los demás como lo menciona Elizabeth M. Koppitz, conforman en este estudio la minoría, no presentando ningún indicador emocional en sus DFH, en donde predomina la hipoacusia media y la hipoacusia que va de media a severa, encontrándose en el tiempo de tratamiento rehabilitatorio (terapia) es de 2 a más años, en donde el uso del auxiliar auditivo es regular (constante), cuyos núcleos familiares están completos y es negada la sobreproducción al niño hipoacúsicos.

De acuerdo con Elizabeth M. Koppitz, los niños preocupados por sus incapacidades reflejan estas preocupaciones en sus DFH; en la presente investigación se encontró que los niños hipoacúsicos proyectan ansiedad y preocupación acerca de su impedimento al dibujar las orejas prominentes.

El tratamiento del audífono y de la boca amplia sugiere el deseo de la comunicación con los demás y se encuentra problematizado con su deficiencia auditiva.

La calidad regular en cuanto a las relaciones interpersonales entre los miembros de la familia parece mostrar que existe discrepancia en cuanto al manejo del niño hipoacúsicos.

La conducta caprichosa y berrinchuda, y en algunos agresiva de los niños hipoacúsicos parece estar asociada con la incapacidad para comunicarse con los demás.

La prueba del Dibujo de la Figura Humana (DFH) fue de gran apoyo como prueba proyectiva, ya que reflejan claramente los rasgos emocionales más relevantes en los niños hipoacúsicos.

Dentro del análisis cualitativo que fue realizado se encontró que en la prueba del DFH y con los datos aportados en las entrevistas a los padres o a las personas que les

acompañara; que las características que presentan son: necesidad de protección, inseguridad, agresividad, etc., que los niños presentan en determinadas situaciones ambientales, pues el medio ambiente que les rodea no es del todo satisfactorio, son agresivos por que reciben del medio conductas agresivas, son inseguros por que las personas a su alrededor los reprimen, no les permiten la expresión que ellos puedan manifestar, los limitan y mantienen en un margen y estas actitudes que Roa C. ha denominado "Problemas de tipo psicológico", para enmarcarlas en una denominación y poder expresar generalmente lo que el niño actúa, y decir que los problemas existen, estando de acuerdo con varios autores que determinan que estas ocurren en consecuencia del trato que reciben de los oyentes. Que los niños hipoacúsicos sienten, comprenden y entienden que "alguien" le está procurando sentirse incómodos, y que tanto en una prueba proyectiva, como en su relación con los demás, lo pueden expresar y demostrar, y hace pensar a los que nos interesamos por su bienestar, que el problema existe para ellos, ya que frecuentemente no respetamos su formación personal.

Se observó que el estudiar niños hipoacúsicos, estos presentan problemas de tipo emocional, notificando que la forma en que se desempeñan a nivel escolar y de terapia rehabilitatoria no influyen en forma determinante para que esto suceda, y posiblemente estudiando otras áreas como son: la relación familiar y más específicamente la relación madre-hijo, padre-hijo, hermano-hermanos y otras, es posible que se puedan determinar ciertas características y éstas tengan mayor significancia.

## CONCLUSIONES

El Dibujo de la Figura Humana (DFH) es una prueba útil para detectar problemas emocionales en niños hipoacúsicos.

Los niños hipoacúsicos de ambos sexos presentan en su mayoría problemas emocionales.

No fueron encontrados todos los indicadores emocionales propuestos por Elizabeth M. Kopitz.

Considero que en la rehabilitación del menor hipoacúsicos es necesario tomar en cuenta su problemática emocional ya que influye en una manera directa y trascendente en su rehabilitación integral.

Es necesario que los profesionales encargados de la rehabilitación del niño hipoacúsicos estén informados de la existencia de la problemática emocional del niño hipoacúsicos.

Los resultados obtenidos en este estudio coinciden con los estudios realizados por diferentes autores.

Tal vez sea el medio familiar y social lo que pueden influir en forma determinante para que los sordos se sientan inadaptados socialmente y que no puedan reaccionar de manera satisfactoria a las demandas del medio ambiente que les rodea.

C A P I T U L O   V I I

L I M I T A C I O N E S  
Y  
S U G E R E N C I A S

## L I M I T A C I O N E S

A continuación se procederá a mencionar las limitaciones que surgieron dentro del presente estudio como son:

Por la corta edad y problemas de comunicación de los niños hipoacúsicos no fue posible la aplicación de un número mayor de pruebas proyectivas, ya que se piensa que entre mayor sea el número de pruebas proyectivas aplicadas, mayor será la confiabilidad en la consistencia de los reactivos a pesar de ser pruebas proyectivas, su estabilidad estaría mejor delimitada y podrían obtenerse mejores resultados, así como mayormente satisfactorios.

Que la sordera, y aún más la hipoacusia son casi desconocidas, en la situación social poco aceptados y que aun existen padres que no se interesan por la rehabilitación de sus hijos sordos, por lo que es difícil encontrar datos significativos dentro de una muestra de 45 sujetos, siendo probable que si esta aumentara se obtendrían datos más confiables, además de que los resultados no aportan gran cosa, por carecer de un referente de contraste confiable para la investigación pretendida a través de la prueba proyectiva.

## S U G E R E N C I A S

Es sumamente importante que los profesionales que trabajan en torno a la salud manifiesten un interés ético ante la situación del sordo, ya que esto permite establecer una mayor difusión de los acontecimiento del sordo o hipoacúsicos y lograr un conocimiento más profundo en la sociedad en general y más estrechamiento ante la familia del mismo.

En cuanto a la rehabilitación que se proporciona al niño hipoacúsicos en México, básicamente el psicólogo lleva a cabo un diagnóstico meramente psicométrico, descuidando los aspectos emocionales del menor y de la familia por lo que considero de suma importancia que los programas rehabilitatorios estén centrados tanto en la función auditiva como en la parte emocional del niño y su familia en donde la participación del psicólogo resulta ser de importancia relevante para lograr la integración social del niño hipoacúsicos.

Me doy cuenta de que existen datos muy importantes que son arrojados por las pruebas proyectivas que influyen en la conducta de los niños hipoacúsicos, siendo difícil establecerlos a un nivel estadístico, sin embargo, si se puede hacer uso máximo del método clínico que para el psicólogo clínico es muy importante, enterándonos de datos mas específicos y confiables de la situación de cada sujeto, sin manejar la situación numérica que unidamente nos da aproximaciones poco acertadas de la posición cualitativa del individuo.

Que todos aquellos profesionales que trabajan de alguna manera con este tipo de niños, considere también los resultados aquí mencionados y reflexione acerca de su labor dentro de éste campo y se percate de que realmente este cumplimiento objetivo u objetivos creados por el sistema, o se dedica a laborar solo por cumplir un contrato de trabajo, si hace sentir al sordo como una persona inadaptable o también lo trata como un invalido y lo menosprecia, por lo que se considera oportuno mencionar y señalar que el hipoacúsicos es una persona que vive, siente y comprende muchas situaciones en su haber cotidiano. Por lo que invito a todos a procurar un esfuerzo mejor en torno al hipoacúsicos.

Como una mínima aportación al estudio del campo del Psicólogo Clínico que no se limita unidamente a la aplicación de pruebas psicológicas, sino que también resulta ser de gran importancia el apoyo terapéutico enfocado al área afectiva del niño hipoacúsicos, pudiéndose extender a la familia, maestros y/o educadores y a todo su ámbito social para que estos niños no se sientan limitados y rechazados, así como para mejorar la calidad de sus relaciones interpersonales, esperando que ésta investigación tenga las bases suficientes para realizar una continuación, con las propias criticas, sugerencias y aportaciones, para que pueda ser aplicado de manera objetiva y eficaz, y que proporcione mayor pauta de desarrollo valido para el niño hipoacúsicos, por medio de múltiples investigaciones de hipoacusia en general, el cual se encuentra descuidado en su aspecto psicológico.

Este trabajo queda abierto, pero quisiera resaltar de profesión preocupados por la investigación acerca del niño sordo, la importancia que tiene la realización de estudios directos para ampliar el campo de trabajo de la Psicología Clínica y de ser posible aplicarla a los niños que presentan deficiencias auditivas, para un mejoramiento en sus condiciones de vida.

B I B L I O G R A F I A

## B I B L I O G R A F I A

- Altshuler R. y Donough, 1963: Family and Mental Health Problems in a Deaf Population. Columbia University, New York.
- Anastasi Anne, 1980: Test Psicológicos. Editorial Aguilar, México.
- Ascoaga J.E., 1980: Del Lenguaje al Pensamiento Verbal. Editorial El Ateneo, México.
- Colín D, 1980: Psicología del Niño Sordo. Editorial Toray-Masson, Barcelona España.
- Cortés P.P., 1982: Situación Actual de la Educación en México. Tesina para obtener el grado en Psicología. U.N.A.M.
- Cuelli José, 1977: Teoría de la Personalidad. Editorial Trillas, México.
- Darcy M., 1981: El Niño Sordo en el Hogar y en la Escuela. I.N.C.H. México.
- D. Suria Ma., 1974: Guía para Padres de Niños Sordos. Madrid.
- Doltó Francoise, 1980: Psicoanálisis y Pediatría. Editorial Siglo XXI.
- Davis H.S. Silverman, 1980: Audición y Sordera. Editorial Prensa medica Mexicana, 5a edición.
- Gregory I., 1938: A Comparasion of Certain Personality Traits and Interets in Deaf and Hearing Children, en Child Develop., 9, 277.
- Hammer F. Emanuel, 1988: Test Proyectivos Gráficos. Editorial Paidós, México.
- Harris G.H., 1973: Enseñanza Preescolar del Lenguaje en el Niño Sordo. Editorial Cientifico Medica, Barcelona.
- I.N.C.H., 1985: Memorias del 7o - 8o Curso a Padres de Familia de Niños con Problemas de Comunicación. S.S.A., México.

J.H. Di Leo, 1985: El Dibujo y el Diagnostico Psicológico del Niño Normal y Anormal de 1 a 6 años. Editorial Paidós, México.

Jonkees, 1983: Analys of Otology, Ronology and Laringology. Centro de Documentación, Revista.

Junqueira L.C., 1982: Histología Básica. Editorial Salvat, España.

Koppitz M.E., 1977: El Test Guestáltico de Bender. Investigación y Aplicación. Editorial Trillas, México.

Koppitz M.E., 1984: El Test Guestáltico Visomotor para Niños. Editorial Guadalupe. Buenos Aires.

Koppitz M.E., 1987: El Dibujo de la Figura Humana en los Niños. Editorial Guadalupe, Buenos Aires.

La Jornada, 1989: Periódico, México.

Llorens Treviño Víctor, Arias B. Guillermo, 1982: La Educación Especial en Cuba. Editorial Pueblo y Educación. La Habana.

Marchesi Alvarado, 1988: El Desarrollo Cognoscitivo y Lingüístico de los Niños Sordos. Editorial Alianza Psicológica, Madrid.

Mercado Montes R., 1974: Aspectos Psicológicos del Sordo. Tesis para obtener el grado de Licenciatura en Psicología. U.N.A.M.

Morales Ma. Luisa, 1979: Psicometría Aplicada. Editorial Trillas, México.

Morkovin Boris, 1963: Rehabilitación del Niño Sordo. Editorial Prensa Medica Mexicana, México.

Myklebust R. Helmer, 1975: Psicología del Sordo. Editorial Magisterio Español. España.

Nafin P., 1933: "Das Soziale Verhalten Taubstummer Schulkin-der". Königberg.

Northern Jerry L. y Downs Marian P., 1985: La Audición en los Niños. Editorial Salvat, España.

N. Kerlinger Fred, 1979: Investigación del Comportamiento. Técnicas y Metodología. Editorial Interamericana, México.

P. Pialoux, M. Valvat, G. Freyss y F. Legent, 1979: Manual de Logopedia. Editorial Toray-Masson, Barcelona España.

Perelló, J., 1972: Sordomudez. Editorial Científico-Médica, Barcelona.

Pérez I.M.L., 1982: El Papel del Sordo en la Sociedad Nacional. Tesina para obtener el grado de Licenciado en Psicología. U.N.A.M.

Ramírez C. Rafael, 1987: Conocer al Sordo. Editorial Ciencias de la Comunicación Preescolar y Escolar. Madrid, España.

Roa Camarillo Ma. Dolores, 1985: Estudio Comparativo de las Características de Personalidad entre los Niños de los Grupos Integrados Específicos para Hipoacúsicos y los Niños Hipoacúsicos de Integración Individual. Tesis para obtener el grado de Licenciado en Psicología. U.N.A.M.

Salomon P., 1958: Rehabilitation of Deaf. Blind Persons. Vol. 1. Broo-Klyn, Industrial Home for the Blin.

Salvia John, J.E. Ysseldyke, 1981: Evaluación en la Educación Especial.

Schilder P., 1958: Imagen y Apariencia del Cuerpo Humano. Editorial Paidós.

Thomas A., 1931: Temperament and development. Brunner/Mazel. New York.

Valdez Marín Rolando, 1979: El Desarrollo Psicológico del Niño. Editorial Científico-Técnica, La Habana.

Wldlocher D., 1978: Los Dibujos de los Niños. Editorial Herder.

A N N E X O S

Y

A P E N D I C E S

**NOMBRE: F.G.A.**

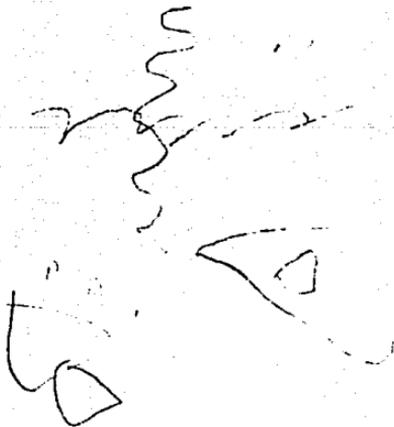
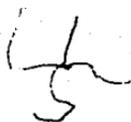
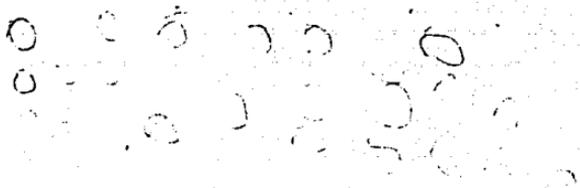
**EDAD: 5 años 8 meses.**

**I.D.- Hipoacusia Bilateral Profunda.**

Paciente que acude a reevaluación Psicológica con diagnóstico anterior de Retardo de Lenguaje de Etiopatogenia Audiógena. Su núcleo familiar se encuentra integrado con regulares relaciones interpersonales. El paciente es el segundo de tres hijos. Recibe terapia para hipoacúsicos desde hace aproximadamente un año con cuatro meses en Educación Especial, dos veces por semana, durante 60 minutos en cada sesión. Usa su auxiliar auditivo en forma irregular.

Conducta durante el estudio.- El niño se mostró cooperador, inquieto y con lapsos adecuados de atención. Muy visual. La madre lo refiere como caprichoso, berrinchudo y ocasionalmente agresivo con sus hermanos. Su sueño y su apetito son referidos como normales. Se le preguntó al menor que a quién había dibujado y contestó que era él.





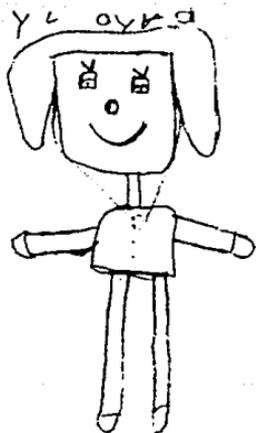
NOMBRE: M.G.I.

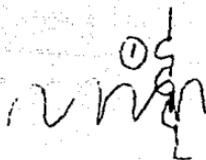
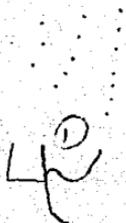
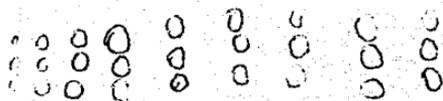
EDAD: 6 años.

I.D.- Hipoacusia Media a Profunda.

Paciente del sexo femenino que acude a reevaluación Psicológica con diagnóstico anterior de Retardo de Lenguaje de Etiopatogenia Audiógena. Su núcleo familiar se encuentra integrado y refieren regulares relaciones interpersonales. Es la tercera de cuatro hijos. Recibe terapia rehabilitatoria desde hace aproximadamente un año en el I.N.C.H., durante 60 minutos en cada sesión. Acude al jardín de niños de normo-oyentes, refiriéndose buena adaptación y aprovechamiento. Usa su auxiliar auditivo en forma irregular.

Conducta durante el estudio.- La niña se mostró cooperadora, tranquila y con lapsos adecuados de atención. La madre la refiere como inquieta, irritable sobre todo cuando no se la entiende lo que pide, caprichosa y berrinchuda. Su sueño y su apetito son referidos como normales. Se procedió a preguntarle al finalizar su DFH, que quién era la persona que había dibujado, a lo que contestó que era ella.





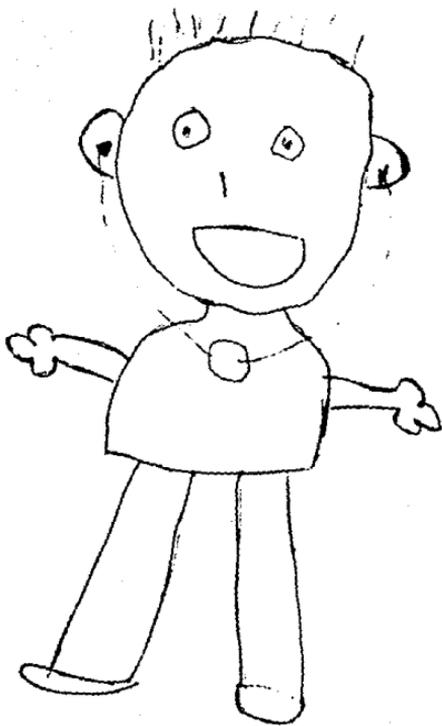
NOMBRE: I.G.S.

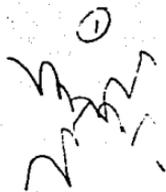
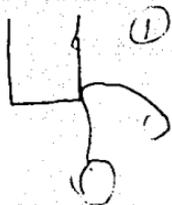
EDAD: 6 años.

I.D.- Hipoacusia Bilateral de Severa a Profunda.

Paciente del sexo masculino que acude a reevaluación Psicológica con diagnóstico anterior de Retardo de Lenguaje de Etiopatogenia Audiógena. Su núcleo familiar se encuentra desintegrado por ausencia de figura paterna (madre soltera). Actualmente vive con su madre y una tía materna, refiriéndose malas relaciones interpersonales. Es hijo único Recibe terapia rehabilitatoria desde hace aproximadamente dos años en un Centro Rehabilitatorio de Educación Especial (CREE) en el Estado de México (Toluca) refiriéndose buena evolución. También asiste al jardín de niños de normoyentes en donde se encuentra cursando el 3er grado con regular aprovechamiento. Usa su auxiliar auditivo en forma irregular.

Conducta durante el estudio.- Se mostró poco cooperador, tranquilo y con lapsos adecuados de atención. Se observa muy dependiente de la madre y la tía materna lo refieren como poco sociable, caprichoso y berrinchudo; así como también agresivo. Su sueño y su apetito son referidos como normales. Se le preguntó al menor, al finalizar su DFH, que a quien había dibujado, a lo que contestó que era él.





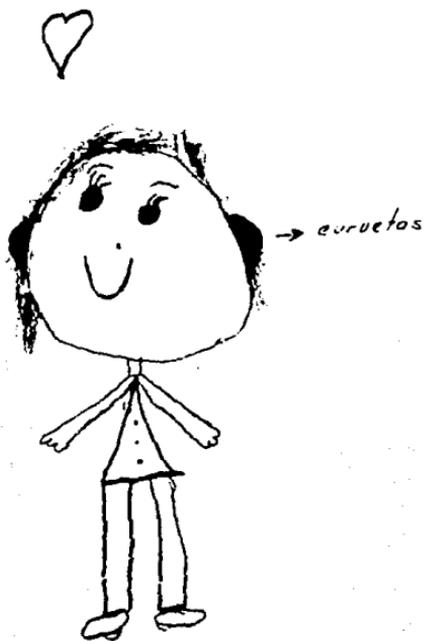
NOMBRE: G.P.S.

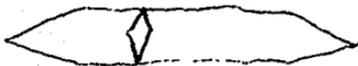
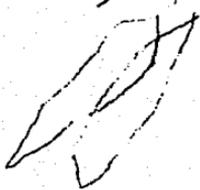
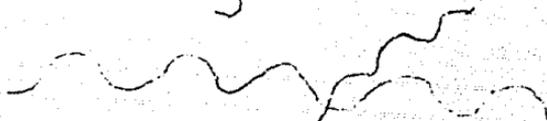
EDAD: 5 años 9 meses.

I.D.- Hipoacusia Bilateral de Media a Profunda.

Paciente del sexo femenino que acude a reevaluación Psicológica con diagnóstico anterior de Retardo de Lenguaje de Etiopatogenia Audiógena. Su núcleo familiar se encuentra integrado, refiriéndose buenas relaciones interpersonales. Es la segunda de tres hijos. Recibe terapia rehabilitatoria en el I.N.C.H., desde hace aproximadamente 2 años 4 meses. Asiste al jardín de niños de normoyentes, con buena adaptación y aprovechamiento. Usa su auxiliar auditivo (curvetas) en forma regular.

Conducta durante el estudio.- Se mostró cooperadora, inquieta y con lapsos adecuados de atención. Se le observo muy visual y sociable. Los padres la refiere como inquieta, berrinchuda en especial cuando los padres no comprenden sus demandas en ocasiones es caprichosa, también la refieren de fácil manejo. Se procedió a preguntarle a la menor que a quién había dibujado, a lo que ella respondió que era ella misma.







## HISKEY — NEBRASKA TEST OF LEARNING APTITUDE

Nombre ..... Sexo ..... Fecha del examen A ..... M ..... D .....  
 Fecha de nacimiento A ..... M ..... D ..... Sordo E.A. ..... Oyente E.A. ....  
 Padre ..... Madre .....

## RESUMEN DE FACTORES DE CONDUCTA

Marque en el espacio correspondiente. Durante el periodo de observación y prueba, el sujeto manifestó la siguiente característica:

(1) Frecuentemente	(2) Ocasionalmente	(3) Rara vez ó nunca		
<b>I. RELACION CON EL EXAMINADOR</b>				
Coopera	1 2 3	Temeroso	1 2 3	
Digno de Confianza	1 2 3	Nervioso	1 2 3	
Agradable	1 2 3	Negativista	1 2 3	
Sentido de Humor	1 2 3	Animoso	1 2 3	
Confiado	1 2 3	Retraído	1 2 3	
<b>II. REACCIONES HACIA LA TAREA</b>				
Motivado	1 2 3	Requiere de estimulación	1 2 3	
Atento	1 2 3	Las Instrucciones deben ser repetidas	1 2 3	
Persistente	1 2 3	Impulsivo	1 2 3	
Actividad con un propósito	1 2 3	Confía en ensayo y error	1 2 3	
Seguro	1 2 3	Perseverante	1 2 3	
Reenfozamiento intrínseco	1 2 3	El fracaso es amenazante	1 2 3	
Aborto en su trabajo	1 2 3	Hiperactivo	1 2 3	
<b>III. OBSERVACIONES MOTORAS Y DE LENGUAJE</b>				
Dicción Superior	1 2 3	Omisiones en sonido	1 2 3	
Oraciones de extensión normal	1 2 3	Substituciones en pronunciación	1 2 3	
Fluido	1 2 3	Distorsiones en Sintaxis	1 2 3	
Hábil en movimientos gruesos	1 2 3	Torpe en movimientos finos	1 2 3	

## CALIFICACION GENERAL DE LAS CONDICIONES DE PRUEBA

Excelente	Buena	Normal	Mínima	Defectuosa
<b>IV. MODELO DE CUBOS</b>				
	Todas Edades		Tiempo	Puntos
	Puntos		(Ejemplo)	
1.	.....		8.	.....
2.	.....		9.	.....
3.	.....		10.	.....
4.	.....		11.	.....
(Dar los cubos restantes)			12.	.....
5.	.....		13.	.....
6.	.....		14.	.....
7.	.....			
			<b>TOTAL</b>	.....

<b>V. ROMPECABEZAS (cubos)</b>		<b>EDAD DE ONCE AÑOS EN ADELANTE</b>			
Tiempo	Puntos	Límite	Tiempo	Puntos	Límite
1.	.....	2 min.	4.	.....	4 min.
2.	.....	2 min.	5.	.....	4 min.
3.	.....	2 min.	6.	.....	4 min.
			7.	.....	4 min.
			<b>TOTAL</b>	.....	