

318525



UNIVERSIDAD INTERCONTINENTAL

ESCUELA DE PSICOLOGIA

CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

1984 - 1989

"LA DEFICIENCIA AUDITIVA Y SU INFLUENCIA EN
EL NIVEL DE AUTOESTIMA EN NIÑOS"

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A :

MARIA ISELA NOGUEIRA GARCIA

ASESOR DE TESIS: LIC. MARIA DEL ROCIO WILLCOX HOYOS

MEXICO, D. F.

200



Universidad Nacional
Autónoma de México



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 esta 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.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

A MIS PADRES :

A quienes debo todo lo que soy.
Por su paciencia y apoyo,
Pero sobre todo por su
Infinito amor.

A MIS HIJOS :

Michael y Daniela :

Gracias por existir, por ser mi impulso y fuerza
en esta vida para no claudicar en mi lucha
por salir adelante y ser alguien para ustedes.

A MIS HERMANOS :

Ma. De los Angeles, Alfonso,
Alberto y Eduardo.

Como muestra de mi amor
y cariño hacia ustedes.

A LA LIC. MA. DEL ROCIO WILLCOX HOYOS :

Por su dirección para la realización
de este trabajo, sus consejos y su tiempo
que siempre fue incondicional.

¡ GRACIAS!

A LA UNIVERSIDAD INTERCONTINENTAL :

De la que es un honor y un
Orgullo formar parte.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la
UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el
contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Maria Isela

Najvera García

FECHA: 17- Mayo-2004

FIRMA: [Firma manuscrita]

INDICE

Resumen	1
Introducción y Justificación	2
Capitulo I El Oído Humano	
1.1 Estructura del oído	8
El oído externo	9
El oído medio	9
El oído interno o laberinto	10
1.2 Capacidad auditiva	10
1.3 Equilibrio	13
1.4 Enfermedades del Oído	14
1.4.1 Enfermedades de oído externo	15
1.4.2 Enfermedades del oído medio	16
1.4.3 Enfermedades del oído interno	18
Capitulo II Sordera	
2.1 Definición de sordera	20
2.2 Tipos de sordera o hipoacusia	24
2.2.1 Por su localización	24
1) Hipoacusia conductiva	24
2) Hipoacusia neurosensorial	25
3) Hipoacusia mixta	26
4) Hipoacusia central	26

5) Hipoacusia profunda	26
2.2.2 Por el momento en que se adquirió	27
a) Sordera Hereditaria	27
b) Sordera adquirida prenatal	29
c) Sordera adquirida posnatal	29
d) Sordera de etiología desconocida	30
❖ Prelocutiva	30
❖ Poslocutiva	30
2.4 Educación y entrenamiento	30
2.4.1 Repercusiones Educativas	32

Capítulo III Autoestima

3.1 Autoestima	36
a) La primera fuente de formación de la autoestima	41
b) La segunda fuente de formación de la autoestima	42
c) La tercera fuente de formación de la autoestima	43
d) La cuarta fuente de formación de la autoestima	43
• Sexo	43
• Raza	44
• Nivel Social	44
3.2 La autoestima en niños sordos	46

Capítulo IV Método

4.1 Objetivo General	48
4.2 Objetivos Particulares	48
4.3 Pregunta de Investigación	48
4.4 Sujetos	48
4.5 Escenario	49
4.6 Tipo de Investigación	49
4.7 Técnica de Recolección de la Información	49
4.7.1 Instrumento.	50
4.8 Procedimiento	51
4.9 Rasgos específicos del dibujo de las figuras	51
✓ Casa	51
✓ Árbol	52
✓ Persona	52

Capítulo V Resultados

5.1 Descripción de las sesiones	53
5.2 Interpretación de la Técnica	54
A.R.A.	
❖ Historia	54
❖ Comentarios	55
❖ Proporción	55
❖ Perspectiva	55

❖ Detalles	56
❖ Resumen	56
A.R. H. J.	
❖ Historia	57
❖ Proporción	57
❖ Perspectiva	58
❖ Detalles	58
❖ Resumen	58
D. V. R.	
❖ Historia	59
❖ Comentarios	59
❖ Proporción	60
❖ Perspectiva	60
❖ Detalles	61
❖ Resumen	61
F. G. P.	
❖ Historia	62
❖ Comentarios	62
❖ Proporción	62
❖ Perspectiva	63
❖ Detalles	63
❖ Resumen	63
5.3 Integración	64

5.4 Interpretación	65
5.5 Limitaciones	72
5.6 Sugerencias	74
Bibliografía	76
Anexos	82

RESUMEN

Se pretendió conocer el nivel de autoestima en niños con hipoacusia profunda. La muestra se constituyó por un grupo de 4 niños entre 5 y nueve años diagnosticados previamente por el médico y que acuden al Colegio Superior de Neurolingüística y Psicopedagogía. Se les evaluó por medio de la Prueba del H.T.P. (House, Tree and Person) de Buck, la cual consta de dibujar una casa, un árbol y una persona libremente en una hoja de papel blanca. La presente investigación consta con amplia información acerca de la sordera partiendo de las estructuras del oído; así mismo se da una concepción amplia de lo que es la autoestima y de cómo se va formando la misma a partir de las relaciones e información que el niño tenga de su medio ambiente. Se contó con cuatro casos y no se contó con datos significativos de la etiología de la discapacidad. Los resultados nos muestran que la autoestima de éstos niños es baja debido a la falta del lenguaje y comunicación con su medio que les rodea, empezando en el núcleo familiar y aislándose de la sociedad que le es bastante agresiva, por la falta de vías de comunicación.

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACION

Uno de los principales factores que diferencian al ser humano de los demás animales es la conciencia de sí mismo: La capacidad de establecer una identidad y darle un valor. En otras palabras, uno tiene la capacidad de definir quién es y luego decidir si te gusta o no tu identidad.

Entre la literatura existente con respecto a este tema se destaca que hay páginas en Internet que hablan específicamente de la autoestima (<http://www.expage.com/page/autoestima>) en donde se señala que la autoestima es esencial para la supervivencia psicológica. Es el concepto que tenemos de nuestra valía y se basa en todos los pensamientos, sentimientos, sensaciones y experiencias que sobre nosotros mismos hemos ido recogiendo durante nuestra vida; creemos que somos listos o tontos; nos sentimos antipáticos o graciosos; nos gustamos o no. Los millares de impresiones, evaluaciones y experiencias así reunidas se conjuntan en un sentimiento positivo hacia nosotros mismos o, por el contrario, en un incómodo sentimiento de no ser lo que esperábamos.

Tomar conciencia de la trascendencia de la autoestima es un presupuesto determinante de la eficacia y la perfección que se desea alcanzar. La autoestima es un tema que ha ido cobrando mayor interés en la actualidad. Lo que pensamos y sentimos de nosotros mismos nos llevará a desarrollar positiva o negativamente nuestras capacidades y

habilidades con éxito. El valor que cada persona tenga de sí misma se refleja en todo su contexto, y esto prevalecerá durante toda su vida, desde la infancia hasta la edad adulta, y esto va a determinar los éxitos o fracasos que la persona pueda tener.

El problema de la autoestima está en la capacidad humana de juicio. El juzgarse y rechazarse a sí mismo produce un enorme dolor, dañando considerablemente las estructuras psicológicas que literalmente te mantienen vivo. El objetivo principal estaría en lograr poder personal y una autoestima positiva.

Creemos que el poder personal y la autoestima positiva son habilidades que pueden ser aprendidas.

En la página citada con anterioridad “la autoestima” sin autor el autoconcepto y la autoestima juegan un importante papel en la vida de las personas. Los éxitos y los fracasos, la satisfacción de uno mismo, el bienestar psíquico y el conjunto de relaciones sociales llevan su sello. Tener un autoconcepto y una autoestima positivos es de la mayor importancia para la vida personal, profesional y social. El autoconcepto favorece el sentido de la propia identidad, constituye un marco de referencia desde el cual interpretar la realidad externa y las propias experiencias, influye en el rendimiento, condiciona las expectativas y la motivación y contribuye a la salud y al equilibrio psíquico.

El rendimiento que una persona pueda tener no depende únicamente de sus capacidades; hay otros factores que son tanto externos como internos, y estos determinan la calidad de su desempeño en todas las áreas a lo largo de su vida. El valor que tenemos de nosotros mismos se refleja en todo lo que hacemos, y este valor determina nuestros éxitos y nuestros fracasos.

La autoestima constituye el cimiento del hombre, sobre esta base descansa la estructura personal. El que tomemos conciencia de la autoestima es un presupuesto determinante de la eficacia y de la perfección que deseamos alcanzar.

La autoestima condiciona el aprendizaje. “La adquisición de nuevas ideas y aprendizajes está subordinada a nuestras actitudes básicas; de éstas depende que los umbrales de la percepción estén abiertos o cerrados, que una red interna dificulte o favorezca la integración de la estructura mental, que se generen energías más intensas de atención y concentración” (Alcántara, 1995, p. 10)

Se ha encontrado (Lisci, 1996) que a pesar de condiciones familiares adversas a las que se tiene que enfrentar una persona, no siempre la autoestima es afectada de manera significativa, ya que existen otras figuras (dentro de las cuales se incluyen maestros, amigos, y compañeros) que son importantes, y ayudan a rescatar sentimientos de valía y de confianza en sí mismos, y es más fácil cuando en la infancia temprana se dieron cimientos de amor y de seguridad.

Rogers (1982) afirma que en el “sí mismo” está siempre presente su parte afectiva y más emotiva, y que se traduce normalmente en términos de autoestima.

El presente estudio se orienta hacia el lado descriptivo de niños con problemas de audición, y cómo se encuentra su autoestima. Al ser niños con una discapacidad física, y con este hecho los niños se sienten diferentes a los demás por tener un impedimento físico (deficiencia auditiva), hace que el niño sordo sea más vulnerable a traumas psicológicos. La dificultad de audición desarrolla sentimientos de inferioridad, falta de confianza en sí mismos, negatividad y rebeldía junto con una dependencia excesiva hacia los adultos que le rodean. En general son niños muy sobreprotegidos.

Para poder conocer la autoestima de éste tipo de niños debemos conocer ciertos aspectos involucrados en el tema a tratar. En el capítulo I hablaremos de la estructura del oído para que podamos conocerlo y entender cómo escuchamos. En el capítulo II hablaremos del niño sordo y su valoración auditiva, con las diferentes clasificaciones y etiologías.

La autoestima se abordará en el capítulo III, su concepto, sus orígenes, los elementos necesarios para su formación, el papel que juegan los padres en la formación de la autoestima y por último la importancia que tiene la autoestima en niños con problemas de audición para aceptar su impedimento físico y tener un mejor desarrollo individual.

La metodología utilizada estará comprendida dentro del capítulo IV, y por último los resultados encontrados durante el presente trabajo.

Esta investigación nos será útil para poder orientar a profesores, familiares y a la sociedad en general, ya que conociendo la autoestima en niños con problemas de audición, podremos saber lo importante de tener una adecuada autoestima y tener mayor sensibilidad en su trato para con ellos, fomentando sus habilidades y tratar de minimizar sus limitaciones físicas.

El niño que no siente este valor de sí mismo en los ojos de sus padres temerá su abandono y sentirá en peligro su existencia. En cada estadio del desarrollo los logros alcanzados le darán un sentido de valía de sí mismo que contribuirán no sólo a que el niño se sienta bien sino también a que calme sus miedos. Por lo que el mantenimiento de una autoestima positiva es una tarea fundamental a lo largo del desarrollo.

Demos a nuestros niños la posibilidad de ser y sentirse bien con ellos mismos y esto contribuirá a que se valoren y valoren lo que hagan, piensen y sientan, sólo valorándose a ellos mismos podrán valorar a los demás y todo esto redundará en un futuro en mejores desempeños laborales y de relación, teniendo además un pasatiempo que les complemente y enriquezca como seres humano.

Hacer referencia de que actualmente que todos estos casos son tratados como casos con necesidades especiales, sin embargo, se considera que cada una de estas necesidades

tendrá sus propias implicaciones a nivel emocional, por lo que es importante abordar en ésta investigación únicamente la deficiencia auditiva mediante el estudio de casos el cual permite un mayor acercamiento a los sujetos identificados.

CAPÍTULO I

EL OÍDO HUMANO

1.1 Estructura del oído

Se abordará en una primera etapa una descripción del órgano del oído, la cual es tomada de la Enciclopedia Encarta, debido a que nos interesa solamente conocer las partes constitutivas de dicho órgano.

Es órgano responsable de la audición y el equilibrio. Se divide en tres zonas: externa, media e interna (ver *Figura 1*). La mayor parte del oído interno está rodeada por el hueso temporal.

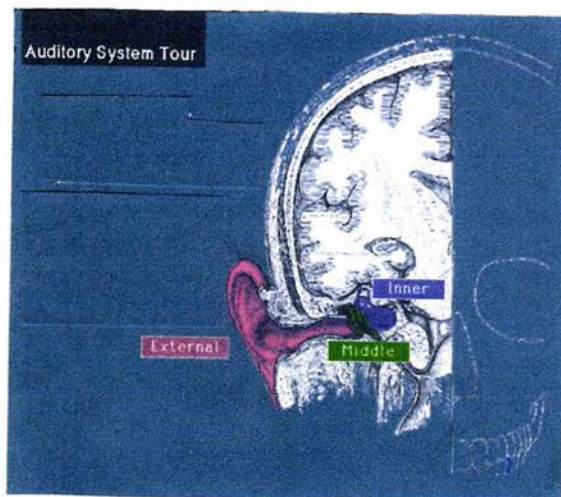


Figura 1. El sistema auditivo. El oído externo se señala con color rojo, el oído medio con color verde y el oído interno con el color azul
(Enciclopedia Encarta, 2001)

El oído externo es la parte del aparato auditivo que se encuentra en posición lateral al tímpano o membrana timpánica. Comprende la oreja o pabellón auricular o auditivo (lóbulo externo del oído) y el conducto auditivo externo, que mide tres centímetros de longitud.

El oído medio (*Figura 2*) se encuentra situado en la cavidad timpánica llamada caja del tímpano, cuya cara externa está formada por la membrana timpánica o tímpano, que lo separa del oído externo. Incluye el mecanismo responsable de la conducción de las ondas sonoras hacia el oído interno. Es un conducto estrecho, o fisura, que se extiende unos quince milímetros en un recorrido vertical y otros quince en recorrido horizontal. El oído medio está en comunicación directa con la nariz y la garganta a través de la trompa de Eustaquio, que permite la entrada y la salida de aire del oído medio para equilibrar las diferencias de presión entre éste y el exterior. Hay una cadena formada por tres huesos pequeños y móviles (huesecillos) que atraviesa el oído medio. Estos tres huesos reciben los nombres de martillo, yunque y estribo. Los tres conectan acústicamente el tímpano con el oído interno, que contiene un líquido.



Figura 2. Oído Medio
(sordito.com, 2003 "El oído normal")

El oído interno o laberinto (*Figura 3*), se encuentra en el interior del hueso temporal que contiene los órganos auditivos y del equilibrio, que están inervados por los filamentos del nervio auditivo. Está separado del oído medio por la *fenestra ovalis*, o ventana oval. El oído interno consiste en una serie de canales membranosos alojados en una parte densa del hueso temporal, y está dividido en: cóclea (en griego, 'caracol óseo'), vestíbulo y tres canales semicirculares. Estos tres canales se comunican entre sí y contienen un fluido gelatinoso denominado endolinfa.



Figura 3. Oído Interno
(sordito.com, "El oído normal"
2003)

1. 2 Capacidad Auditiva

Las ondas sonoras, en realidad cambios en la presión del aire, son transmitidas a través del canal auditivo externo hacia el tímpano, en el cual se produce una vibración. Estas vibraciones se comunican al oído medio mediante la cadena de huesecillos (martillo, yunque y estribo) y, a través de la ventana oval, hasta el líquido del oído interno. El movimiento de la endolinfa que se produce al vibrar la cóclea, estimula el movimiento de un grupo de proyecciones finas, similares a cabellos, denominadas células pilosas. El conjunto de células pilosas constituye el órgano de Corti. Las células pilosas transmiten

señales directamente al nervio auditivo, el cual lleva la información al cerebro. El patrón de respuesta de las células pilosas a las vibraciones de la cóclea codifica la información sobre el sonido para que pueda ser interpretada por los centros auditivos del cerebro.

En la página consultada en Internet sordito.com “El oído normal” (2003) nos habla como los sonidos penetran al oído a través de la oreja y chocan con la membrana timpánica haciéndola vibrar. Esta vibración es recibida por los tres huesecillos articulados en cadena y controlados por dos pequeños pero poderosos músculos. El final de la cadena lo constituye el estribo que está alojado en un nicho llamado ventana oval que es lugar por donde ingresa el sonido a (oído interno) la cóclea o caracol. Los movimientos del estribo (stapes) producen desplazamientos del líquido en el oído interno que estimulan las terminaciones nerviosas o células ciliadas del órgano de Corti (considerado frecuentemente el final del órgano de la audición), lugar donde realmente comienza el proceso auditivo. Las células nerviosas estimuladas, envían la señal por el nervio auditivo hasta los centros del cerebro donde el estímulo eléctrico es procesado.

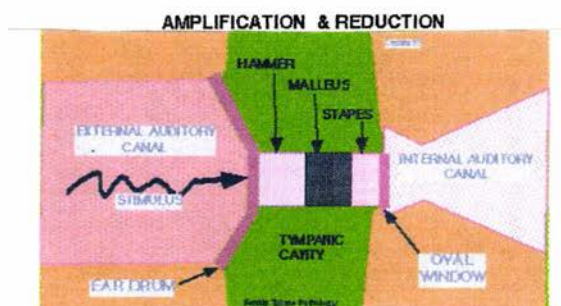


Figura 3. Transmisión auditiva
(Enciclopedia Encarta, “El oído” 2001)

El fenómeno fisiológico arriba descrito (ver *Figura 3*), es una explicación burda de lo que realmente sucede en el sistema auditivo, sin olvidarnos que sucede en ambos oídos, por lo que el centro cerebral de la audición recibe la información de dos fuentes.

El rango de audición, igual que el de visión, varía de unas personas a otras. El rango máximo de audición en el hombre incluye frecuencias de sonido desde 16 hasta 28.000 ciclos por segundo. El menor cambio de tono que puede ser captado por el oído varía en función del tono y del volumen. Los oídos humanos más sensibles son capaces de detectar cambios en la frecuencia de vibración (tono) que correspondan al 0,03% de la frecuencia original, en el rango comprendido entre 500 y 8.000 vibraciones por segundo. El oído es menos sensible a los cambios de frecuencia si se trata de sonidos de frecuencia o de intensidad bajas.

La sensibilidad del oído a la intensidad del sonido (volumen) también varía con la frecuencia. La sensibilidad a los cambios de volumen es mayor entre los 1.000 y los 3.000 ciclos, de manera que se pueden detectar cambios de un decibelio. Esta sensibilidad es menor cuando se reducen los niveles de intensidad de sonido.

Las diferencias en la sensibilidad del oído a los sonidos fuertes causan varios fenómenos importantes. Los tonos muy altos producen tonos diferentes en el oído, que no

están presentes en el tono original. Es probable que estos tonos subjetivos estén producidos por imperfecciones en la función natural del oído medio. Las discordancias de la tonalidad que producen los incrementos grandes de la intensidad de sonido, es consecuencia de los tonos subjetivos que se producen en el

oído. Esto ocurre, por ejemplo, cuando el control del volumen de un aparato de radio está ajustado. La intensidad de un tono puro también afecta a su entonación. Los tonos altos pueden incrementar hasta una nota de la escala musical; los tonos bajos tienden a hacerse cada vez más bajos a medida que aumenta la intensidad del sonido. Este efecto sólo se percibe en tonos puros. Puesto que la mayoría de los tonos musicales son complejos, por lo general, la audición no se ve afectada por este fenómeno de un modo apreciable. Cuando se enmascaran sonidos, la producción de armonías de tonos más bajos en el oído puede amortiguar la percepción de los tonos más altos. El enmascaramiento es lo que hace necesario elevar la propia voz para poder ser oído en lugares ruidosos.

1. 3 Equilibrio

Los canales semicirculares y el vestíbulo están relacionados con el sentido del equilibrio. En estos canales hay pelos similares a los del órgano de Corti, y detectan los cambios de posición de la cabeza.

Los tres canales semicirculares se extienden desde el vestíbulo formando ángulos más o menos rectos entre sí, lo cual permite que los órganos sensoriales registren los movimientos que la cabeza realiza en cada uno de los tres planos del espacio: arriba y abajo, hacia adelante y hacia atrás, y hacia la izquierda o hacia la derecha. Sobre las células pilosas del vestíbulo se encuentran unos cristales de carbonato de calcio, conocidos en lenguaje técnico como otolitos y en lenguaje coloquial como arenilla del oído. Cuando la cabeza está inclinada, los otolitos cambian de posición y los pelos que se encuentran debajo responden al cambio de presión. Los ojos y ciertas células sensoriales de la piel y de tejidos internos, también ayudan a mantener el equilibrio; pero cuando el laberinto del oído está dañado, o destruido, se producen problemas de equilibrio. Es posible que quien padezca una enfermedad o un problema en el oído interno no pueda mantenerse de pie con los ojos cerrados sin tambalearse o sin caerse.

1.4 Enfermedades del oído

Las enfermedades del oído externo, medio o interno pueden producir una sordera total o parcial; además, la mayor parte de las enfermedades del oído interno están asociadas a problemas con el equilibrio. Entre las enfermedades del oído externo se encuentran las malformaciones congénitas o adquiridas; la inflamación producida por quemaduras, por congelación o por alteraciones cutáneas, y la presencia de cuerpos extraños en el canal auditivo externo. Entre las enfermedades del oído medio se encuentran la perforación del tímpano y las infecciones. En el oído interno pueden

producirse alteraciones tales como las producidas por trastornos congénitos y funcionales, por drogas y por otras sustancias tóxicas, problemas circulatorios, heridas y trastornos emocionales. La otalgia, o dolor de oídos, no siempre está relacionada con alguna enfermedad del oído; a veces la causa se encuentra en un diente incrustado, sinusitis, amigdalitis, lesiones nasofaríngeas o adenopatías cervicales. El tratamiento depende de cuál sea la causa principal. El acúfeno es un zumbido persistente que se percibe en los oídos y puede producirse como consecuencia de alguna de las alteraciones anteriores; otras causas pueden ser la excesiva cantidad de cera en el oído, alergias o tumores. Con frecuencia, el acúfeno persistente se debe a la exposición prolongada a un ruido excesivo que daña las células pilosas de la cóclea. A veces las personas que padecen esta alteración pueden utilizar un enmascarador de sonido para disimular el problema.

1. 4. 1 Enfermedades del oído externo

Entre las malformaciones congénitas del oído externo destacan la ausencia del pabellón auditivo, e incluso la apertura del canal auditivo externo. Si las estructuras del oído medio son anormales es posible realizar una cirugía reconstructora de la cadena de huesecillos para restablecer parte de la capacidad auditiva. Entre las malformaciones adquiridas del oído externo se encuentran los cortes y las heridas. El otematoma, conocido como oído en forma de coliflor y típico de los boxeadores, es el resultado frecuente de los daños que sufre el cartilago del oído cuando va acompañado de hemorragia interna y una producción excesiva de tejido cicatrizante.

La inflamación del oído externo puede aparecer como consecuencia de cualquier enfermedad que produzca a su vez inflamación de la piel; es el caso de las dermatitis producidas por quemaduras, lesiones y congelaciones. Enfermedades cutáneas como la erisipela o la dermatitis seborreica afectan al oído con mucha frecuencia. Tuberculosis y sífilis cutánea son algunas de las enfermedades más raras que también afectan al oído externo.

La presencia de cuerpos extraños en el canal auditivo externo (insectos, algodón y cerumen —la cera que segrega el oído—) produce alteraciones auditivas y deben ser extraídos con cuidado.

1. 4. 2 Enfermedades del oído medio

La perforación del tímpano puede ocurrir por una lesión producida por cualquier objeto afilado, por sonarse la nariz con fuerza, al recibir un golpe en el oído, o a causa de cambios súbitos en la presión atmosférica.

La infección del oído medio, aguda o crónica, se denomina otitis media. En la otitis media supurativa aguda se incluyen todas las infecciones agudas del oído medio producidas por bacterias piógenas. Por lo general, estas bacterias llegan al oído medio a través de la trompa de Eustaquio. Cuando el mastoidees resulta afectado, la otitis media se puede

complicar y, con frecuencia, se produce sordera debido a la formación de adherencias y granulaciones de tejidos que impiden el movimiento del tímpano y de los huesecillos. Si se produce una distensión dolorosa del tímpano puede ser necesario realizar una intervención quirúrgica para permitir el drenaje del oído medio. Desde que se comenzaron a utilizar de forma generalizada la penicilina y otros antibióticos, las complicaciones que afectan al mastoidees son mucho menos frecuentes. La otitis media supurativa crónica puede producirse como consecuencia de un drenaje inadecuado del pus durante una infección aguda. Esta patología no responde con facilidad a los agentes antibacterianos debido a que se producen cambios patológicos irreversibles.

Las otitis medias no supurativas, o serosas, agudas y crónicas, se producen por la oclusión de la trompa de Eustaquio a causa de un enfriamiento de cabeza, amigdalitis o adenoiditis, sinusitis, o por viajar en un avión no presurizado. La forma crónica también puede producirse como consecuencia de infecciones bacterianas producidas por neumococos o por *Haemophilus*

influenzae. Debido a que la descarga serosa (acuosa) empeora la capacidad auditiva, se ha sugerido la posibilidad de que los niños que padezcan otitis media puedan encontrar dificultades para el desarrollo del lenguaje. Se han utilizado diversos tratamientos, entre ellos el uso de antibióticos y antihistamínicos, la extirpación de amígdalas y adenoides, y la inserción de tubos de drenaje en el oído medio.

Uno de cada mil individuos adultos padece una pérdida de su capacidad auditiva debido a una otosclerosis, u otospongiosis, que consiste en la formación de hueso esponjoso entre el estribo y la ventana oval. Como consecuencia de esta formación de tejido, el estribo queda inmovilizado y ya no puede transmitir información hacia el oído interno. Cuando esta alteración progresa, es necesario eliminar los depósitos óseos mediante cirugía, y reconstruir la conexión entre el estribo y la ventana oval. En ocasiones, el estribo se reemplaza por una prótesis similar a un émbolo. Incluso tras haber efectuado una operación quirúrgica con éxito puede continuar depositándose tejido óseo y producirse la pérdida de capacidad auditiva años después.

1. 4. 3 Enfermedades del oído interno

Las enfermedades del oído interno también pueden alterar el sentido del equilibrio e inducir síntomas de mareo. Estos síntomas también pueden deberse a anemia, hipertermia, tumores del nervio acústico, exposición a un calor anormal, problemas circulatorios, lesiones cerebrales, intoxicaciones y alteraciones emocionales. El vértigo de Ménière aparece como consecuencia de lesiones producidas en los canales semicirculares y produce náuseas, pérdida de

la capacidad auditiva, acúfenos o ruido en los oídos y alteraciones del equilibrio. A veces está indicada la destrucción del laberinto pseudomembranoso mediante criocirugía o por irradiación con ultrasonidos para combatir vértigos que no tienen tratamiento.

La destrucción traumática del órgano de Corti en el oído interno es la responsable de una gran proporción de los casos de sordera total. En los últimos años, los científicos han desarrollado un dispositivo electrónico destinado a adultos que padecen sordera profunda, que se conoce como implante coclear. Este aparato convierte las ondas sonoras en señales eléctricas que se liberan en unos electrodos implantados en la cóclea, y de esta manera se produce la estimulación directa del nervio auditivo. Sin embargo, los sonidos que produce son poco definidos y hasta ahora el implante coclear se utiliza sobre todo como una ayuda para poder leer en los labios.

CAPÍTULO II

SORDERA

2.1 Definición de sordera

De acuerdo a la pagina en internet sordito.com "Tipos de sordera" (2003) vemos que el Acta para la Educación de los Individuos con Discapacidades ("Individuals with Disabilities Education Act," o IDEA) incluye "impedimento del oído" y "sordera" como dos de las categorías bajo las cuales los niños con discapacidades pueden ser elegibles para los programas de educación especial y servicios relacionados. A pesar de que el término "impedimento auditivo" ("hearing impairment") a menudo es usado para describir una gran variedad de pérdidas de la capacidad auditiva, incluyendo la sordera, los reglamentos de IDEA definen la pérdida de la capacidad auditiva y la sordera por separado.

"Impedimento auditivo" se define en IDEA como un impedimento del oído, tanto permanente o fluctuante, que perjudique el rendimiento escolar del niño.

La "sordera" se define como un impedimento del oído que es tan severo que el niño resulta impedido en procesar información lingüística a través del oído, con o sin ayuda de un auxiliar auditivo. Segre y Ardissonne (en Perelló y Tortosa, 1992) definen la sordera como la inexcitabilidad completa para la impresión acústica, son aquellos que no oyen absolutamente nada.

Por lo tanto, la sordera puede ser vista como una condición que evita que un individuo reciba sonido en todas o casi todas sus formas. En contraste, un niño con pérdida de la capacidad auditiva generalmente puede responder a los estímulos auditivos, incluyendo el lenguaje.

De acuerdo a la página en internet sordito.com "Tipos de sordera" (2003), el término "discapacidad" fue aceptado por la Real Academia Española hace diez años y aparece en el diccionario de la lengua española de ésta. En reconocimiento del gran poder del lenguaje para influir y crear impresiones, NICHCY utiliza el término "discapacidad" en todas sus publicaciones.

Otros términos quizás más comunes como por ejemplo "incapacidad" o "minusválido" pueden dar a entender que las personas con discapacidades son personas "sin habilidad" o de "menor valor."

En comparación, "discapacidad" quiere decir una falta de habilidad en algún ramo específico. El uso del término reconoce que todos los individuos con discapacidades tienen mucho que contribuir a nuestra sociedad.

Existen diferentes términos utilizados por los autores: "Impedimento Auditivo" se define como un impedimento del oído, tanto permanente como fluctuante, que perjudica el rendimiento escolar de los niños.

Se usa el término “sordomudo” para referirse al niño que no adquiere el lenguaje por medios naturales. Pero se sabe que el grado de sordera produce diferencias importantes, y usar este término sin especificar el grado de pérdida, produce confusión.

Actualmente a la sordera se le clasifica como una de las discapacidades físicas más frecuentes.

La sordera afecta de forma especial a las personas que la padecen ya que su integración en la sociedad es muy difícil. Alrededor de un 10% de la población padece problemas de audición. Afecta a todas las edades y sus consecuencias son leves o graves. Un 1% de la población es *sordo profundo*, es decir, tiene una pérdida de audición tan importante que no se beneficia de aparatos de amplificación. Los *duros de oído o sordos leves y moderados* pueden beneficiarse, en grado variable, de los audífonos.

La audición se mide en decibeles (db) y el rango normal es de 0 a 20 dB. Así que toda persona que requiera más de 20 dB para percibir sonidos se dice que padece de Hipoacusia o lo que es lo mismo una disminución en la Capacidad Auditiva.

En la página sordito.com “Tipos de sordera” (2003) se menciona que el grado de

pérdida auditiva depende de la cantidad de decibeles necesarios para percibir sonidos, así si una persona requiere entre :

- a) 20 y 40 dB Padece una Hipoacusia Leve.
- b) 40 y 60 dB Padece una Hipoacusia Moderada.
- c) 60 y 80 dB Padece una Hipoacusia Severa.
- d) 80 y 120dB Padece una Hipoacusia Profunda.

Para Koscovich (1992) los niños sordos son aquellos niños en los que el desarrollo de las habilidades de comunicación se dan principalmente a través de medios visuales ya que sus sistemas auditivos no funcionan lo suficientemente bien para comprender el habla, aún con una amplificación óptima del sonido.

Willson, Rapin, Wilcson y Van Demburg (1975), utilizan los términos “sordo profundo” para referirse a los niños con un umbral promedio de audición para los tonos puros en las frecuencias de 500, 1000 y 2000 Hz, en el mejor oído de 85 dB o más, y “duros de oído” para los que tiene umbrales promedio entre 60 y 84dB.

También se utilizan los términos “duro de oído o medio sordo”. para referirse a los niños que habiendo aprendido a hablar se quedan muy sordos (serían los poslocutivos de

otras clasificaciones), para otros son aquellos niños que aprenden a hablar con dificultad, pero con ayuda pedagógica especial (Perelló y Tortosa, 1992)

El término “anacúsico” se utiliza para referirse a los niños que si acaso alcanzan a captar algunas respuestas, no pueden percibir los sonidos del lenguaje (Flores y Berruecos, 1991)

Es importante señalar que los niños pueden tener problemas de oído por muchas diferentes razones, y algunas veces el problema es sólo temporal. Por ejemplo el canal del oído puede estar bloqueado por cera o por algún objeto pequeño como un frijol o una parte pequeña de un juguete. También pueden tener una infección que afecta su capacidad de audición por algunos días, o simplemente se pierde la capacidad de audición temporalmente después de escuchar algún sonido muy fuerte.

2. 2 Tipos de sordera o hipoacusia

De acuerdo a la página en internet sordito.com “Tipos de sordera” (2003) nos menciona que tomando como referencia la o las partes del aparato auditivo donde tiene origen la sordera y su intensidad, se distinguen 5 tipos:

2.2.1 Por su localización:

- 1) Hipoacusia conductiva:** Se produce por enfermedades u obstrucciones del oído externo o medio (las vías de conducción a través de las cuales el sonido llega al oído

interior). Las pérdidas de la capacidad auditiva conductivas usualmente afectan a todas las frecuencias del oído uniformemente y no resultan en pérdidas severas; puede mejorarse con audífonos y corregirse con tratamiento médico o quirúrgico. El pabellón auricular (oreja), conducto Auditivo externo, membrana timpánica y la cadena de huesecillos (martillo, yunque y estribo), son los encargados de transmitir o conducir los sonidos hacia el oído interno de tal forma que cualquier mal funcionamiento en alguno de estos elementos, provocará una Hipoacusia Conductiva.

- 2) Hipoacusia neurosensorial:** Algunas personas por diversas causas pueden haber sufrido algún daño de las células ciliadas de la cóclea (células sensitivas o de las terminaciones nerviosas del oído interno que son las encargadas de transformar el sonido en estímulos neuroeléctricos). Puede ser leve hasta grave. La pérdida auditiva es mayor en unas frecuencias que en otras y queda distorsionada la percepción sonora aunque el sonido se amplifique. En este caso los audífonos no funcionan. A esta condición le llamamos Sordera Sensorial a diferencia de la Sordera Neural en la cual el daño se localiza en el nervio auditivo o las vías auditivas.

Frecuentemente escuchamos el término Sordera Neurosensorial o Sensorioneural para referirse a un daño de las células ciliadas de la cóclea. Resulta más adecuado utilizar los términos Sensorial para daño en la cóclea y Neural para describir el daño del nervio y vías auditivas.

- 3) **Hipoacusia mixta:** Se produce por problemas tanto en el oído externo o medio como en el interno. Es una combinación de pérdidas conductivas y sensoriales, y significa que ocurre un problema tanto en el oído externo o medio y el oído interno.

- 4) **Hipoacusia central:** Se debe a la lesión del nervio auditivo (octavo par craneal) o de la corteza cerebral auditiva; del daño o impedimento a los nervios o núcleos del sistema nervioso central, ya sea en las vías al cerebro o en el mismo cerebro.

- 5) **Hipoacusia profunda:** Los pacientes que padecen de Hipoacusia leve, moderada e inclusive severa, usualmente se les puede ayudar adaptándoles auxiliares auditivos lineales convencionales o bien los nuevos auxiliares auditivos programables o digitales los cuales han venido a solucionar los graves problemas de adaptación que padecían los pacientes.

Sin embargo existe un importante grupo de pacientes, desde recién nacidos hasta adultos de la tercera edad, que sufren un daño tan profundo de su audición (usualmente con una pérdida de 80 a 120 db) y que no pueden verse beneficiados con el uso de auxiliares auditivos, ya que aún con la mejor adaptación posible no pueden desarrollar o discriminar el lenguaje, solamente percibir sonidos intensos.

Estos casos de pacientes con sordera profunda bilateral y que no mejoran con el

uso de auxiliares auditivos, pueden en la mayoría de los casos verse beneficiados con la cirugía del implante coclear. (Internet Pág. Sordera)

Perelló y Tortosa (1992), distinguen tres grupos principales de sordos de acuerdo al momento que ocurre el daño y como se adquirió:

2.2.2 Por el momento en que se adquirió

a) Sordera hereditaria: Es una sordera genética. La alteración contenida en el gen se transmite según las posibles combinaciones. Durante la gestación pueden incidir factores físicos, químicos e infecciosos que alteren la organogénesis o causen una lesión permanente a la vía auditiva. La infección congénita por microorganismos del grupo Torch (toxoplasmosis, rubéola, citomegalovirus, herpes, hepatitis, sífilis) es el mayor causante de sordera durante la gestación. La exposición a tóxicos durante la gestación puede considerarse otra causa importante de sordera adquirida durante la gestación. Dentro de este grupo sobresale la ingesta de medicamentos utilizados para el tratamiento de patologías intercurrentes con el embarazo como son el paludismo, tuberculosis, enfermedades reumatológicas, procesos infecciosos, hipertensión arterial y disfunción renal (Cornu y Barroso, 1996)

Las sorderas congénitas severas tienen una incidencia entre 4 a 8 por 100 nacidos. Según estudiosos de la materia, el 50% de las sorderas son de causa genética. Es en

estas sorderas puras, producidas por genes aislados, en las que resulta mucho más difícil demostrar la causa genética o hereditaria, a pesar de ser las más frecuentes.

El 75% de las sorderas no sindrómicas (conjunto de síntomas de una enfermedad) son autosómicas (cromosoma no portador de los caracteres sexuales) recesivas; del 10% al 20% son autosómicas dominantes y del 2% al 3% ligada al cromosoma X. Aún queda por identificar aspectos etiológicos importantes para realizar la clasificación genética de algunas sorderas puras que aparecen más tardíamente. Las sorderas no sindrómicas autosómicas recesivas son las más severas, de comienzo prelingüístico y extremadamente heterogéneas desde el punto de vista causal; hace más de 30 años Morton en 1960 (citado por Méndez, 1995), calculó matemáticamente que el 16% de la población sana era portadora de un gen para la sordomudez.

Los clasificados como sordos congénitos, son aquellos niños que han nacido sordos, y por lo mismo nunca han percibido sonidos, ni los conocen (Cornu y Barroso, 1996).

La sordera genética afecta a un niño de mil, es decir, al 4% de la población de las personas antes de los 45 años y como un 80% de estos casos son esporádicos o hereditarios por parte de parientes que no tienen ningún tipo de síntoma, pero tienen historia familiar de sordera.

- b) Sordera adquirida prenatal:** Se da por una embriopatía. Un factor infeccioso, tóxico o traumático sobre ambos oídos actúa en la fecundación o durante el desarrollo prenatal. No se transmite a futuras generaciones.
- c) Sordera adquirida posnatal:** Son dos tipos los factores que pueden conducir a una lesión auditiva, el trauma obstétrico con lesión del hueso temporal o hemorragia intracraneana y la asfixia perinatal severa. Otras causas son sufrimiento fetal por parto prolongado, placenta previa, presentación fetal no habitual.

En la vida extrauterina existen características propias del neonato que lo predisponen a presentar lesión auditiva: la premadurez y el peso por debajo de 1500 gr. Al nacimiento de las cifras de bilirrubinas en la sangre, por incompatibilidad del grupo sanguíneo; el síndrome de dificultad respiratoria con hipertensión pulmonar, principalmente cuando se ha manejado con hiperventilación. También se pueden presentar otros problemas como la falta de ventilación de la caja del tímpano y otitis aguda.

Casi la tercera parte de la población con sordera prelingüística la ha adquirido durante la etapa perinatal, y en el 20 al 30% de la población total la etiología no está determinada.

Los niños clasificados con sordera adquirida son aquellos que se encuentran en la etapa perinatal o en la lactancia, causadas por distintos factores (Cornu y Barroso, 1996).

d) Sordera de etiología desconocida: No se puede determinar la etiología de la sordera. Perelló y Tortosa (1992), citan estudios donde los casos de sordera de etiología desconocida van desde el 30% al 52%.

La sordera también se clasifica, de acuerdo a su aparición y en relación con el aprendizaje del lenguaje:

- ❖ **Prelocutiva:** La sordera es adquirida antes del aprendizaje del lenguaje (antes de los 6 años).
- ❖ **Poslocutiva:** La sordera es adquirida después del aprendizaje del lenguaje.

Dentro de la etiología de la sordera prelocutiva, se sabe que el 50% de los casos será de origen genético (aislada o asociada a otros síndromes específicos), y el 50% restante corresponde a los casos de etiología adquirida y de etiología no determinada (Paparella, Fox, Schachern, 1989)

2.4 Educación y entrenamiento

En la enciclopedia Encarta (2001) encontramos que la época de el Renacimiento se consideró a los sordos incapaces de aprender a hablar y de ser educados. A partir del siglo XVI, algunos filósofos y educadores empezaron a reconsiderar esta situación. El monje benedictino español Pedro de Ponce está considerado como el primer profesor de

estudiantes sordos. En 1620 Juan Pablo Bonet, otro español, escribió el primer libro sobre la educación de los sordos. El libro contenía un alfabeto manual similar al utilizado en la actualidad.

Durante el siglo XVIII se abrieron escuelas en Francia (abad Charles Michel de l'Épée) y Alemania (Samuel Heinicke) Desde esa época persiste el conflicto sobre si los niños sordos deben ser educados mediante procedimientos *orales* (lectura de labios y lenguaje, según l'Épée) o manuales (lenguaje manual y de signos, según Heinicke); cada escuela estudiaba también los métodos de la contraria.

Actualmente la filosofía de la comunicación total se está utilizando en las escuelas para sordos. Esta filosofía estimula el uso combinado de todo tipo de métodos de comunicación apropiados para el niño sordo: lenguaje hablado, lectura de labios, lenguaje de signos, lenguaje Cued, deletreo con los dedos, expresiones artísticas, medios electrónicos, mimo, gestos, lectura y escritura. El *deletreo con los dedos* es un sistema en el que la mano adopta formas y posturas correspondientes a la forma de las letras del alfabeto; se podría llamar 'escribir en el aire'. *El lenguaje de signos* (SL) se basa en gestos y reglas gramaticales que comparten puntos en común con el lenguaje escrito; los signos del SL son equivalentes a palabras con significado concreto y abstracto. Los signos se ejecutan con una o las dos manos, que adoptan diferentes formas y movimientos. Las relaciones espaciales, las direcciones y la orientación de los movimientos de las manos, así como las expresiones faciales y los movimientos del

cuerpo, constituyen la gramática del SL. Varios sistemas de comunicación manual emplean el vocabulario de signos del SL en combinación con otros movimientos manuales, para aproximarse a la sintaxis y la gramática del lenguaje verbal. *El lenguaje Cued* es un sistema en que 8 movimientos de la mano indican la pronunciación de cada sílaba hablada; sirve para suplir a la lectura de labios. *Comunicación oral* es el término utilizado por los educadores para referirse a la enseñanza del lenguaje hablado a los niños sordos como una habilidad expresiva; significa que el lenguaje hablado y la lectura de labios son los únicos medios posibles para la transmisión de pensamientos e ideas.

2.4.1 Repercusiones Educativas

La sordera no afecta a la capacidad intelectual del individuo ni a su habilidad para aprender. No obstante, un niño sordo pierde la estimulación lingüística de los niños normales y el retraso en el aprendizaje del lenguaje puede causarle retraso escolar. Este retraso tiende a ser acumulativo y el adolescente sordo puede llegar a sumar 4 o más años escolares de retraso. Pero si el niño sordo recibe una estimulación lingüística precoz mediante el lenguaje de signos tendrá un rendimiento escolar normal.

Los niños con pérdida de la capacidad auditiva encontrarán más dificultad para aprender vocabulario, gramática, orden alfabético, expresiones idiomáticas, y otros aspectos de la comunicación verbal que los niños con el oído normal. Para los niños que son sordos o tienen severas pérdidas de la capacidad auditiva, el uso consciente,

temprano, y consistente de visibles métodos de comunicación (tales como los signos manuales, el alfabeto manual y la Palabra Complementada) y la amplificación y entrenamiento oral o rehabilitación auditiva pueden ayudar a disminuir un atraso en el lenguaje. A la edad de cuatro o cinco años, la mayoría de los niños que son sordos están matriculados en la escuela el día completo y hacen trabajo especial para el desarrollo de la comunicación y lenguaje. Es importante que los maestros y audiólogos trabajen juntos para enseñarle al niño a utilizar su capacidad de oído residual al máximo alcance posible, aunque el medio de comunicación preferido sea manual. Como la gran mayoría de los niños sordos (mas del 90%) nacen de padres con el oído normal, los programas deben proporcionar instrucción para los padres sobre las implicaciones de la sordera en la familia. Las personas con pérdida de la capacidad auditiva usan medios orales o manuales para la comunicación o una combinación de ambos. La comunicación oral incluye lenguaje, lectura hablada y el uso de la capacidad de oído residual. La comunicación manual tiene que ver con los signos manuales y el alfabeto manual. La Comunicación Total, como método de instrucción, es una combinación del método oral más los signos manuales y el alfabeto manual.

Los individuos con pérdida de la capacidad auditiva, incluyendo aquellos que son sordos, ahora tienen muchos aparatos útiles a su alcance. Los teléfonos de texto (conocidos como TT, TTY, o TDD) permiten que las personas escriban de teléfono a teléfono a través de la red de teléfonos.

La deficiencia auditiva, si es profunda y prelocutiva, compromete seriamente el desarrollo lingüístico y en alguna medida también el cognitivo del niño. En la medida que sea menos profunda tendrá consecuencias menos drásticas, pero siempre suele conllevar cierto retraso a nivel lingüístico y verbal (Torres, Rodríguez, Santana, González, 1995).

Una de las cuestiones que sorprende a los que toman contacto con los niños sordos en edad escolar es el escaso aprovechamiento que parecen mostrar de todo el sistema educativo. Parece como si todas sus potencialidades intelectuales no fueran capaces de ponerse en marcha para extraer el conocimiento que se imparte en todo el proceso de escolarización y esta perplejidad se justifica por el hecho de que los niños sordos no son considerados deficitarios desde el punto de vista intelectual o cognitivo en general.

La alteración del desarrollo normal de las facultades mentales de abstracción dificulta o impide la capacidad del organismo para trabajar perceptualmente con cierta clase de estímulos. Los procesos tempranos de formación de conceptos son antecedentes necesarios para la organización perceptual.

El retraso cognitivo-verbal del niño sordo está ligado a la falta de un lenguaje temprano, funcional y complejo, que además de servir para comunicarse también contribuye a la estructuración del pensamiento y de la personalidad.

CAPÍTULO III

AUTOESTIMA

3.1 Autoestima

La autoestima es la función de evaluarse a uno mismo, por lo que implica por un lado un juicio de valor y por otro un afecto que le acompaña. La autoestima positiva está relacionada con afectos positivos como son el gozo, la confianza, el placer, el entusiasmo y el interés. La autoestima negativa conlleva afectos negativos como el dolor, la angustia, la duda, la tristeza, el sentirse vacío, la inercia, la culpa y la vergüenza. (Itari Cortés Espinosa “autoestima y sociedad” www.mor.itesm.mx/~difusión/sociedad/htm)

¿De dónde surge la autoestima? Los primeros intercambios de afecto entre el recién nacido y su madre y las formas tempranas de cuidados físicos proveen de un contexto de actividad placentera mutua entre padres e hijos. Se puede considerar un precursor de la autoestima el tener sentimientos corporales agradables, como el sentirse apapachado, acariciado, mirado, así como también afectos de agrado y un vívido interés asociado a estos mutuos intercambios amorosos. Es por esta razón, por la cual uno puede suponer que los restos (vestigios) de autoestima están íntimamente ligados a través de la vida humana con nuestras evaluaciones de lo atractivo de nuestro cuerpo y nuestra cara. La imagen del cuerpo que emerge estará asociada con sentimientos de aceptación que le darán al niño la posibilidad de sentirse querido y le proveerán de seguridad, le darán además un sentimiento de pertenencia, el cual es esencial para sentirse valorado. Diversas enfermedades que

comprometen al cuerpo, entre ellas las malformaciones, amenazan desde temprana edad la autoestima de los niños.

La autoestima es afectada constantemente por experiencias en el mundo externo que posteriormente son llevadas al mundo interno.

La autoestima ha sido un tema tratado desde diferentes enfoques teóricos dentro de la psicología, en los cuales se le ha dado una importancia capital para el buen funcionamiento del individuo, siendo la infancia la etapa clave para el desarrollo de la misma.

La formación de la autoestima está estrechamente ligada al trato que se le da al niño dentro del núcleo familiar, donde los factores determinantes que se han identificado son la aceptación del niño y sus intereses, la presencia de límites claros y consistentes en el núcleo familiar, y el apoyo de las decisiones del niño para que llegue a conseguir sus metas (Coopersmith, 1967).

Entre algunas de las consecuencias positivas de la autoestima en los primeros años de vida, se reporta una relación entre ésta y los deseos del niño por aprender dentro de la escuela, se le asocia con una alta motivación de las tareas, con buenas relaciones con los compañeros (Reasoner, 1982), y con un mayor compromiso con el trabajo y con el respectivo éxito en el mismo (Bledsoe, 1984; Brookover, Thomas & Patterson, 1984; Bodwin & Bruck, 1984) mencionados por Verduzco, Lara, Acevedo y Cortés.

Los estudios muestran que una baja autoestima en los niños a menudo se encuentra relacionada con fracasos escolares (Reasoner, 1982), con depresión (Beck, 1967), apatía, aislamiento, y pasividad (Coopersmith, 1967).

Coopersmith (1967) ha definido la autoestima como “aquella evaluación más o menos estable que el individuo hace de sí mismo: la cual expresa una actitud de aprobación o desaprobación, e indica el grado en el que el individuo se cree capaz, significativo, exitoso y valioso” (p. 5).

Alcántara (1995), define la autoestima como una actitud hacia uno mismo, que implica la aceptación de unos presupuestos determinados antropológicamente y psicológicos. Se refiere como actitud a la forma habitual de pensar, amar, sentir y comportarse consigo mismo. Es la disposición permanente según la cual nos enfrentamos nosotros mismo. Es el sistema fundamental por el cual ordenamos nuestras experiencias refiriéndolas a nuestro “yo” personal. Las líneas conformadoras y motivadoras de nuestra personalidad, que la sustentan y le dan sentido.

La autoestima es adquirida y se genera como resultado de la historia de cada persona. Es el fruto de una larga y permanente secuencia de acciones y pasiones que nos van configurando en el transcurso de nuestros días de existencia. Este aprendizaje modela desde contextos informales educativos, aunque a veces es el fruto de una acción intencionalmente proyectada a su consecución.

Es una estructura consistente, estable, difícil de mover y cambiar. Pero su naturaleza no es estática, sino dinámica y por lo tanto puede crecer, arraigarse más íntimamente, ramificarse e interconectarse con otras actitudes nuestras; o puede debilitarse, empobrecerse y desintegrarse.

La autoestima es una forma de ser y actuar radical, puesto que arraiga en los niveles más hondos de nuestras capacidades, ya que es la resultante de la unión de muchos hábitos y aptitudes adquiridas. Es una estructura funcional de mayor eficacia y solidez que engloba y orienta todo dinamismo humano. La autoestima es la meta más alta del proceso educativo y el centro de nuestra forma de pensar, sentir y actuar. Es el máximo resorte motivador y verdadero rostro de cada hombre esculpido a lo largo del proceso vital (Alcántara, 1995).

Según Alcántara (1995) la autoestima posee dos cualidades inestimables: la transferencia y la generalización. Por ellas podemos responder a múltiples y diferentes operaciones; desde su unidad nos abrimos a un repertorio multiforme de conductas, capacitándonos para enfrentarnos a la vida compleja y cambiante que nos espera. Ante una sociedad en proceso acelerado de cambio de modo irreversible, la única educación válida de la juventud será la que se centre decididamente en el cultivo de actitudes básicas como la autoestima.

Cardenal (1999) define la autoestima como: “Conjunto de valoraciones y evaluaciones, que se traducen en sentimientos, opiniones y comportamientos, sobre la

configuración organizada de percepciones, de auto conceptos y de auto imagen que tiene el sujeto de forma consciente, y que pueden ser autoinformados por el individuo. A pesar de que, a veces, pueden estar influidos por contenidos inconscientes” (p. 56).

La autoestima puede estar condicionada y determinada por elementos no conscientes, que no están disponibles en la esfera consciente del sujeto.

Cada persona irá formando a través de las influencias familiares y sociales que la impregnan aquella “escala de valores” que le resulta más importante y sobre la que basa sus juicios sobre sí misma. Esta idea es importante, pues puede suceder que un sujeto esté sosteniendo su autoestima sobre unos valores desmedidos e irreales sobre cómo tiene que ser su imagen corporal, y nunca alcance a satisfacerlos.

En esta situación se trataría de “desmontar” los criterios y valores tan erróneos sobre los que se asienta su autovaloración, y propiciar alternativas en otras áreas de su vida, donde encuentre posibilidades realistas de obtener auto aceptación.

L’Ecuyer (1985) citado por Cardenal (1999) explica que los contenidos del “sí mismo” están organizados jerárquicamente por estructuras (sí mismo material, personal, adaptativo, social y no sí mismo) subestructuras (sí mismo semántico, posesivo, auto imagen, auto identidad, etc.) y categorías (rasgos físicos, condición física, aspiraciones, actividades, emociones, intereses, capacidades etc.), esto último se refiere a la autoestima corporal.

La persona será más vulnerable en el contenido concreto de su auto concepto que sea más valorable por ella misma. Es decir, un ligero menosprecio en el “sí mismo” más importante de la persona (físico, académico, auto concepto, etc.) puede resultar devastador en los cimientos de su autoestima.

De acuerdo con Cardenal (1999), existen elementos que determinan la formación de la autoestima los cuales son:

- La opinión de otros.
- La auto observación y la observación de las consecuencias que la conducta de uno mismo tiene en los demás.
- Factores como el sexo, la clase social, etc.

a) La primera fuente de formación de la autoestima serían los padres: El primer contacto del niño con el mundo en donde se establecen los sentimientos de rechazo o de aceptación son con la figura materna, y posteriormente van cobrando importancia los demás miembros, el padre y los hermanos. La autoestima es resultado, no de los acontecimientos externos, sino de *la percepción que de él obtiene el individuo.*

Para Epstein (1973) citado por Cardenal (1999) el componente moral de la autoestima se forma de manera completamente determinada por las figuras parentales, y lo expresa claramente cuando afirma:

Para encajar en una sociedad, (el niño) se ve obligado a tomar en cuenta los deseos de los otros. Los padres, como portadores de la cultura, tienen la tarea de redefinir lo bueno y lo malo, de modo que el niño sentirá que él es bueno cuando su conducta coincide con las costumbres socialmente aceptadas y que es malo cuando no sucede así. Lo hagan consciente o inconscientemente, directa o indirectamente, los padres tienden a retirar su afecto a renglón seguido de la conducta que desapruedian y a concederlo después de que la conducta les parece aceptable. No ha de pasar mucho tiempo para que el niño reciba el mensaje de que, operacionalmente definido "bueno" significa lo que los padres aprueban y "malo" lo que los padres reprueban. Más todavía, lo bueno es asociado a un sentimiento de ser querido y lo malo a un sentimiento de ser indigno de amor " (p. 108).

- b) La segunda fuente, la opinión de los compañeros del niño y de las personas importantes para él, en su etapa de socialización (profesores, educadores, etc.):** Se refiere al papel ejercido por los "otros", sean compañeros del sujeto, profesores, o la sociedad en general, representada por alguien significativo para el sujeto. Después de que un sujeto ha formado sus primeras valoraciones y juicios de sí mismo por medio de sus padres, empieza a tener en cuenta progresivamente, a medida que va socializándose, la opinión de los que le rodean en diferentes situaciones. De acuerdo a los papeles realizados por el individuo en el seno de la sociedad, demuestran de qué modo la "autoestima" es constantemente moldeada por los mismos Sarbin (1954) citado por Cardenal (1999)

c) La tercera fuente sería la auto observación: También se consideran como factores de gran importancia la experiencia propia, la auto observación y la inferencia. Con esto nos referimos a que el individuo puede moldear su autoestima como resultado de un momento de análisis y evaluación, que depende enteramente de un primer momento de auto observación, en el que la persona se compara con ciertas normas que ha establecido a lo largo de su historia de aprendizaje. Pero aquí no es directamente la opinión de los otros el determinante de la autoestima, sino una operación personal por la que el sujeto se observa y evalúa.

d) La cuarta, el sexo, la raza y la clase social:

- **Sexo:** El sexo como factor influyente en las diferencias de la autoestima se centra en la influencia diferencial de la educación de los padres en la formación de la autoestima de hombres y mujeres, así como la opinión de los “otros”. Las diferencias en cuanto a sexo se centran fundamentalmente en la etapa de la adolescencia, ya que los cambios físicos que se van produciendo preparan la nueva imagen física sobre la que el adolescente debe construir y desarrollar los nuevos pilares de su identidad. Una aceptación de su imagen corporal favorece el desarrollo de su autoestima y consolida valores y una seguridad psicológica de cara a él mismo y a los miembros del sexo opuesto.

- **Raza:** Los hallazgos en esta área son bastante ambiguos. Solamente señalar que los estudios se han focalizado entre diferencias de auto concepto entre blancos y personas de color.
- **Nivel Social:** Fierro (1991) citado por Cardenal (1999) señala que en la obra de Coopersmith (1967), aparecen algunos antecedentes de la autoestima, sobre todo de la clase social, y de un modo de crianza afectuoso. Rosenberg (1965) mencionado por Cardenal (1999) encuentra que la asociación entre la autoestima y clase social es nula a la edad de 8-11 años, moderada para los adolescentes y considerablemente mayor para los adultos.

En el transcurso de su desarrollo el niño va teniendo experiencias placenteras y satisfactorias y otras dolorosas y cargadas de ansiedad. El mantenimiento de la autoestima positiva depende de la exitosa integración de las imágenes de sí mismo tanto positivas como negativas, es decir de sentirse bueno en algunos momentos y malo en otros, pero por encima de esto el establecimiento de sentirse valioso que lo va a hacer más o menos impermeable a los errores, las fallas, las frustraciones y a la crítica externa. (Madrado, 1998)

En la segunda mitad del segundo año, cuando el niño comienza a ser capaz de tener metas generadas por sí mismo, es decir, de tener inquietudes y deseos de hacer algo por él mismo, demostrar y demostrarse que es capaz de hacerlo, su autoestima derivará de dos

fuentes, por un lado de la aprobación de los otros y por otro, de la satisfacción de realizar la actividad, agradable por sí mismo y de manera independiente. (Madrazo, 1998)

En los años preescolares a través de las fantasías y del juego, los niños buscan vencer y superar las heridas a su autoestima, las cuales derivan de ir conociendo sus limitaciones.

Durante los años escolares los niveles de autoestima se ven afectados aún más por la adquisición de habilidades y de competencia, especialmente en el desempeño escolar, en las relaciones de amistad y en los deportes. Durante estos años la autoestima se ve profundamente afectada por los éxitos y los fracasos en estas tres áreas de la vida del niño. La lectura es una habilidad crucial a obtener en el inicio de los años escolares. La capacidad de leer adecuadamente está íntimamente ligada con la autoestima. "Escuela" es en primera instancia "lectura", la lectura no sólo es la mayor demanda en el niño en los primeros años, sino el punto de apoyo para el resto de su aprendizaje. La lectura tiene un efecto multiplicador para bien o para mal. Un niño que lee mal, es a sus propios ojos una persona inadecuada, y los niños se sienten malos o tontos y muy frecuentemente también son vistos de la misma manera a los ojos de sus padres, sus maestros y sus amigos. El impacto de la censura de los amigos el no poder tener amigos o ser rechazado por ellos por sus incapacidades los lastima profundamente en su autoestima. (Madrazo, 1998)

Podríamos decir que los dos retos para la autoestima en los años escolares son: el rendimiento académico y el ser exitoso en las relaciones con los grupos de amigos de la

misma edad, ya sea individual o grupalmente. Así como también el ser competente dentro de una actividad deportiva o artística.

3.2 La autoestima en niños sordos

La diversidad de la población sorda así como los diferentes tipos de sordera invitan a ser prudentes con respecto a la afirmación de una psicología particular del niño sordo. Pero lo cierto es que el impedimento sensorial de estos niños les dificultará el desarrollo de un conjunto de habilidades y hábitos. (Madrazo, 1998)

Como se mencionó en el apartado anterior la autoestima se forma a partir de cuatro fuentes:

- Los padres.
- La opinión de personas significativas.
- La auto observación.
- Y factores como el sexo, la raza y el nivel socioeconómico.

Según Madrazo (1998) al niño sordo lo influyen en sobremanera las dos primeras fuentes. La aceptación de la deficiencia y las expectativas a partir del conocimiento de la misma serán fundamentales pues determinan una forma de vinculación de los padres con el niño. Tanto las expectativas altas como las bajas afectan al niño, las primeras porque forzan a superar retos para los que no está habilitado, lo que se traduce en un sentimiento constante de frustración. Las bajas expectativas no motivan a los padres a impulsar a sus hijos sordos. Las personas significativas tienen una influencia en dos niveles:

- **Directas:** Son las actitudes de estas personas frente al niño sordo.
- **Indirectas:** Son las actitudes, comentarios o críticas que hagan las personas significativas a los padres o hermanos del niño sordo y que influyen en la relación de estos con el niño.

También las otras fuentes son importantes, pero serán secundarias a las primeras. Es por ello que las tres variables fundamentales de la autoestima en el niño sordo serán: el déficit auditivo y la fecha de aparición de la sordera, la relación con los padres y la relación con personas significativas.

Por lo visto en lo referente a la estructura del oído normal siguiendo la línea directa hacia lo que es la sordera y los tipos de sordera que hay de acuerdo a su localización se aprecia la importancia que ésta deficiencia puede tener a nivel de desarrollo emocional, fundamentalmente en lo que respecta a la autoestima, dado que es la función de evaluarse a uno mismo, por lo que implica por un lado el juicio de valor y por otro un afecto que le acompaña, siendo interesante conocer el impacto que en ésta dimensión puede tener un problema de sordera.

CAPITULO IV

MÉTODO

4.1 Objetivo General.

Obtener indicadores que permitan describir el nivel de autoestima en un grupo de niños con deficiencia auditiva.

4.2 Objetivos Particulares.

Aplicar la prueba del H.T.P. a un grupo de niños con Hipoacusia Profunda inscritos en la “Escuela Superior de Neurolingüística y Psicopedagogía”.

4.3 Pregunta de Investigación.

¿Cuál es el nivel de autoestima en un grupo de niños que presentan deficiencia auditiva?

4.4 Sujetos.

La muestra estuvo constituida por 4 sujetos, tomados del “Colegio Superior de Neurolingüística y Psicopedagogía”, quienes forman parte del grupo de niños con problemas de hipoacusía profunda, donde su edad es entre los 5 y 9 años de edad. El grupo consta de 7 niños, pero tres no se pudieron evaluar, debido a sus constantes ausencias. En el grupo se les empiezan a enseñar palabras con ayuda de sus auxiliares mostrándoles láminas de imágenes cotidianas, no se utiliza el lenguaje de signos, se les enseña a hablar. Son niños en etapa de aprendizaje verbal. Las maestras que trabajan con ellos son alumnas del mismo colegio en donde hay rotación de las

mismas desde el cuarto semestre de licenciatura; es decir que no hay una maestra fija para el grupo.

4.5 Escenario.

La investigación se llevó a cabo en el “Colegio Superior de Neurolingüística y Psicopedagogía” donde acuden a clase alumnos que padecen hipoacusia profunda y las pruebas se realizaron en un cubículo del colegio el cual mide aproximadamente 3 x 4 mts. , y cuenta con una mesita pequeña para niños y tres sillitas, también para niños pequeños y un pizarrón.

4.6 Tipo de Investigación.

Se trata de una investigación de abordaje metodológico de tipo cualitativo, en donde el objetivo es profundizar en alguna circunstancia que rodea al individuo con el objeto de comprenderla y analizar el impacto que dicha circunstancia ejerce en la vida de los sujetos (Bonilla y García, 2002) mediante el estudio de caso intrínseco, en donde los sujetos comparten una característica representativa a analizar (Buendía, Colas y Hernández, 1998).

4.7 Técnica de recolección de la información.

La técnica a utilizar dada las características de los sujetos será la de pruebas proyectivas eligiendo entre éstas el H.T.P. por ser una técnica que puede adaptarse a las características especiales y dificultad de comunicación con los sujetos de la muestra. Dicha técnica es descrita ampliamente en el siguiente apartado.

4.7.1 Instrumento.

Se utilizo la Técnica proyectiva de H.T.P. (House, Tree and Person)

Elaborada por Buck (1995) requiere de estos tres diferentes dibujos para su posterior análisis. Buck plantea que estos ítems fueron propuestos ya que, son familiares incluso para niños muy pequeños, que como objeto de dibujo eran mas fácilmente aceptables y que suscitaban verbalizaciones más francas y libres. Así mismo describe su método como no verbal el cual requiere de una forma de expresión bastante primitiva y verbal que es mas estructurada (que para los fines de este estudio no es utilizable debido a las características de la población requerida).

Consiste en la interpretación de los dibujos de la casa, del árbol y de la persona para hacer un análisis de la personalidad. Se aplica con la consigna “dibuja una casa”, “dibuja un árbol”, y “ahora dibuja una persona”. Se le da al sujeto una hoja de papel blanca, tamaño carta y un lápiz suave con goma de borrar. Se observa disimuladamente como el sujeto realiza el dibujo. Se le concede al sujeto absoluta libertad respecto a su elaboración.

Es de fácil aplicación y requiere de un tiempo mínimo.

El H.T.P. se centra en la posibilidad de obtener datos acerca de la imagen del sujeto, de sí mismo, de su ambiente, que cosas considera importantes y cuales deshecha. La casa, el árbol y la persona son conceptos de gran importancia simbólica que se saturan de las experiencias emocionales e ideacionales ligadas al desarrollo de la personalidad, las cuales se proyectan cuando estos conceptos son dibujados (Hammer 1992.)

4.8 Procedimiento.

Se le pidió autorización a la Directora del colegio para aplicar la prueba a los sujetos con problemas de hipoacusia profunda, con el fin de retroalimentar al colegio con respecto a sus alumnos.

Ya aplicada la prueba, se calificaron e interpretaron siguiendo los lineamientos de Buck, J.N. y Warren, W.L. (1995) *Manual y guía de interpretación de la técnica de dibujo proyectivo H-T-P*. México: El Manual Moderno.

4.9 Rasgos específicos del dibujo de las figuras

Casa

La casa genera asociaciones conscientes e inconscientes acerca del hogar y las relaciones interpersonales más íntimas. En los niños la casa parece resaltar la adaptación con los hermanos, el padre y en especial con la madre.

El dibujo de la casa es un indicador de la habilidad del niño para funcionar en la tensión propia de las relaciones humanas al tiempo que permite analizar los posibles problemas originados dentro del hogar. Otras áreas de interpretación de la casa son: la accesibilidad del niño, su nivel de contacto con la realidad y su grado de rigidez.

Árbol

A diferencia de los dibujos de la casa y de la persona, el del árbol genera menos asociaciones conscientes. El árbol expresa gráficamente la experiencia interna de equilibrio y muestra los recursos de la personalidad del niño para obtener satisfacción dentro y a partir del ambiente. Por lo mismo la calidad del dibujo refleja la habilidad del niño para evaluar críticamente su relación con el ambiente. Las otras áreas de interpretación son: el cuadro inconsciente que tiene el sujeto acerca de su propio desarrollo, el contacto con la realidad, los sentimientos de equilibrio intrapersonal y las tensiones interpersonales (cuando el árbol representa a otra persona)

Persona

Este dibujo genera más asociaciones conscientes que los de la casa y el árbol, expresando de forma directa la imagen del cuerpo. La calidad del dibujo muestra la habilidad del niño para funcionar en las relaciones y para someter su yo y sus relaciones a una evaluación objetiva. Las áreas de interpretación restantes son: concepto que tiene el niño acerca de su rol sexual y su actitud hacia relaciones interpersonales específicas o relaciones interpersonales en general.

CAPITULO V

RESULTADOS

5.1 Descripción de las sesiones.

La investigadora se presentó en la “Escuela Superior de Neurolingüística y Psicopedagogía” con la Coordinadora, explicándole cual era el motivo de su estudio, y porqué se eligió dicha escuela, a lo cual ella accedió que se evaluarán a los niños, con motivo de tener una retroalimentación de los mismos.

Se presentó en la institución y para poder establecer una buena relación con los niños empezó sólo a relacionarse con ellos para que no se sintieran amenazados con su presencia.

Estuvo con ellos en sus clases cotidianas solo como espectadora y a veces, participaba con ellos en algunas actividades, como eran las clases de cocina, o a la hora de su lunch.

Después de que los niños ya se habían acostumbrado a la presencia de la investigadora, empecé a evaluarlos uno por uno. El trabajo no fue fácil, ya que debido a su discapacidad real, fue difícil poder comunicarse con ellos y explicarles las instrucciones. En uno de los casos se necesitó la ayuda de dibujos que se encontraban en el cubículo que le prestaron para poder mostrarle qué era lo que se le estaba pidiendo que dibujara.

En otro de los casos, el sujeto se sintió amenazado por la presencia de la investigadora, que no se pudo evaluar en la primer sesión. Se tuvo que esperar unos días más para que el sujeto se acostumbrara a la presencia de la investigadora y pudiera acceder a realizar la prueba.

En general la aplicación de la prueba fue rápida, pero lo que costo un poco de mayor dificultad, fue establecer un rapport idóneo para la realización de la investigación.

5.2 Interpretación de la Técnica

Nombre: A. R. A.

Historia

A. nació el 22 de mayo de 1995, al momento de la aplicación tenía 7 años y 5 meses de edad. Se le ha diagnosticado Hipoacusia bilateral profunda (oído derecho: pérdida de más de 120dB; oído izquierdo: pérdida de más de 120dB) y usa auxiliares auditivos en los dos oídos.

Al quinto de mes de embarazo la madre de A. fue expuesta a Rayos-X como requisito de los exámenes pre-nupciales. Nació en un parto prematuro con previa amenaza de aborto en el quinto mes. Al nacer sufrió fractura de clavícula derecha. Se presume que la causa de la hipoacusia es por Síndrome de Wanderburg o por ototóxicos, ya que la madre posee un mechón de canas frontal. A los once meses de edad se cayó y según el ortopedista no hubo consecuencias, mas el pediatra afirma que hubo fractura de cráneo.

Su desarrollo se describe como normal. Actualmente duerme con la madre y en ocasiones presenta cólera violenta.

Es una niña delgada, de tez blanca cabello oscuro chino y ojos cafés. Domina el lenguaje nivel funcional y aunque se distrae logra concentrarse. Su memoria a corto y mediano plazo es buena, no así la de largo plazo. Es autosuficiente, por lo general no pide ayuda al realizar las actividades, cuando no puede realizar una actividad no se frustra e intenta de nuevo. Es inquieta, tímida y se le aprecia triste y callada.

Comentarios

No tiene muy bien integrados los conceptos de casa, árbol y persona. Para poder dibujar a la persona hubo dos intentos fallidos, en el primero entendió que se le pedía dibujar un libro (lo cual dibujó) y en el segundo entendió que se le pedía dibujar las partes del cuerpo por separado. En el tercer intento logró dibujar la figura humana.

Proporción

Las tres figuras (casa, árbol y persona) son pequeñas, lo que indican inseguridad, aislamiento, descontento, regresión, y autoestima pobre.

Perspectiva

Las tres figuras están colocadas en la parte izquierda de la hoja, esto puede indicar aislamiento, preocupación por sí misma y necesidad de gratificación inmediata. Estos datos pueden estar mostrando la posición subjetiva en la que se coloca A. ante el ambiente, esto es con

retraimiento, minimizada y una sensación interna de distancia con las personas que la rodean, aunque la necesidad parecería ser la de recibir atención de los demás.

Detalles

En las tres figuras es notable la carencia de detalles lo que puede indicar aislamiento y autoestima deteriorada, rasgo que vemos repetido al observar la pequeña ventana. La falta de chimenea en la casa podría estar indicando falta de afecto en el hogar. Los muros delgados pueden revelar límites débiles del yo. La omisión de raíces en el dibujo del árbol indica inseguridad. A. no le dibuja ropa a la figura humana lo que puede ser un indicador de narcisismo.

Resumen

Los diferentes intentos en los dibujos hablan de que sí bien A. no entiende las instrucciones con claridad, hace un esfuerzo por lograr el objetivo solicitado, lo que podría reflejar su deseo por vencer su limitación auditiva, es decir, una capacidad volitiva adecuada. Por otro lado la aparición recurrente de rasgos que indican aislamiento y autoestima pobre son un posible producto de su sordera, el sentirse aislada puede ser causa de inseguridad, así mismo la relación con su medio ambiente no le está brindando la contención necesaria para resarcir esto.

(Anexo 1)

Nombre: A. R. H. J.

Historia

A. R. nació el 29 de mayo de 1997 y al momento de la aplicación tenía 5 años y cinco meses de edad. Ha sido diagnosticada con Hipoacusia sensorial profunda bilateral y utiliza auxiliares auditivos en los dos oídos.

A. R. fue producto de un embarazo de alto riesgo con amenaza de aborto entre el tercer y quinto mes de gestación. Por la presencia de actividad intrauterina y hemorragias se le recomendó a la madre el reposo absoluto, sin embargo, no siguió las prescripciones y el parto fue a los siete meses de embarazo. A. R. nació pesando 2.525 Kg y midiendo 50 centímetros. Se reporta que se movía mucho al nacer y que presentaba un color amarillento.

Es una niña morena, de ojos cafés y cabello castaño oscuro. Es muy cooperadora, tímida para tomar la iniciativa pero introvertida. Muestra gran sensibilidad y su carácter tiende a ser dulce y protectora, pero tiene poca tolerancia a la frustración. Domina el lenguaje en el ámbito funcional y es autosuficiente dentro de la escuela a la que asiste. Tiende a la dependencia, sobre todo con la madre.

Proporción

Las figuras de la casa y el árbol presentan un tamaño pequeño, lo que refleja inseguridad, aislamiento y descontento. En contraste, la figura humana es grande, indicando un ambiente restrictivo y de tensión.

Perspectiva

Llama la atención el que la figura de la persona y del árbol estén ubicadas en la parte izquierda, mientras que la casa se ubica en la parte derecha lo cual puede ser un indicador de preocupación ambiental, y tratándose de la casa mostraría la posible preocupación por el ambiente de su hogar, especialmente con relación a su madre.

Detalles

La figura de la casa carece de detalles mostrando con esto aislamiento, sin embargo, esto puede ser común en niños de la edad de A. R.. La base amplia en la figura del árbol habla de una dependencia. En la persona la cabeza es proporcionalmente pequeña al resto del dibujo lo que refleja un sentimiento de inadecuación. Los ojos pequeños pueden indicar introversión.

Resumen

Los dibujos indican que A. R. percibe su ambiente como restrictivo y tenso lo que le produce inseguridad, con una autoestima baja, aumentando con ello su aislamiento. Posiblemente A. R. no encuentra satisfacciones suficientes cuando establece contacto con los demás, por lo que su autoestima podría estar debilitada. Es probable que la figura materna de A. R. no sea lo suficientemente fuerte, considerando esto a partir de su edad y de la dependencia que reflejan los dibujos, se puede pensar que A. R. pueda experimentar desamparo.

(Anexo 2)

Nombre: D. V. R.

Historia

Al momento de la aplicación D. contaba con nueve años de edad. Ha sido diagnosticado con Hipoacusia severa sensorial derecha (48 dB), Hipoacusia profunda izquierda (Mayor a 60 dB) y Déficit de atención. Utiliza auxiliares auditivos en los dos oídos y es tratado con Ritalín con las siguientes dosis y frecuencia: $\frac{3}{4}$ en la mañana, $\frac{1}{2}$ en el horario en que asiste a la escuela y $\frac{3}{4}$ por la noche.

D. es adoptado, por lo que no se cuenta con información referente al periodo prenatal, de la calidad del parto ni de sus primeros días de vida. Empezó a utilizar auxiliares a la edad de un año y cuatro meses y se cree que la etiología de la sordera fue una posible ictericia.

Es un niño moreno, de ojos cafés, cabello castaño oscuro, de complexión delgada y zurdo. Su lenguaje es a señas, gestos y ruidos (sintáctico) Tiene disdactilia casi imperceptible en manos y pies y el pulgar está desplazado. Tiene retraso psicomotor y problemas respiratorios. Muestra interés por establecer comunicación y tiende a ser impulsivo.

Comentarios

La primera vez que se le intento aplicar el H.T.P., D. se negó a cooperar, manifestando su oposición agarrándose de la perilla de la puerta con los ojos cerrados para no ver a nadie, tratando de salirse del cuarto y moviéndose repetitivamente de un lado a otro sin voltear. La examinadora trató de acercarse a él sin ningún éxito. En la segunda ocasión accedió a cooperar pero con la

condición de que estuviera presente la educadora que está a cargo de él. En el dibujo de la figura humana puso unos círculos después de haberla dibujado, como señalando las partes del cuerpo por medio de globos. Se mostró muy cooperador y con mucha disposición para realizar los dibujos en esta segunda ocasión.

Proporción

Las figuras de la casa y el árbol son pequeñas lo que indica inseguridad, autoestima deteriorada, asilamiento, descontento y regresión. La figura humana tiene un tamaño normal, sin embargo, es evidente la asimetría, indicadora de posible confusión de género y distorsiones en la imagen corporal, dato llamativo tomando en cuenta que D. además del diagnóstico de hipoacusia tiene el de Déficit de Atención, siendo ambos padecimientos que afectan la vinculación con los demás, así como la percepción del ambiente y por tanto de la imagen que los demás le regresan de sí mismo, y la imagen que de él mismo tiene.

Perspectiva

La casa y el árbol se encuentran en la parte derecha de la hoja, lo que puede reflejar preocupación ambiental y anticipación del futuro incierto, sobre todo en lo referente a su hogar y su entorno social. La persona está ubicada a la izquierda de la hoja, lo que habla de aislamiento, regresión, preocupación por sí mismo, su autoestima baja, impulsividad y necesidad de gratificación inmediata. Es importante señalar la diferencia entre ambas ubicaciones, ya que parecen estar mostrando que para D. el mundo externo está muy distante de sí mismo, reflejando que posiblemente para el niño ambas realidades se encuentran separadas, viéndose afectadas sus necesidades subjetivas, especialmente las afectivas.

Detalles

La organización de las ventanas y la puerta dan a la casa una apariencia antropomórfica, específicamente tiene la forma de una cara, lo que habla de regresión y posible organicidad. A su vez los muros dan la impresión de ser débiles lo que es indicador de límites del yo débiles. La copa garabateada del árbol refleja labilidad afectiva, sobre todo en su relación con el ambiente. En general, el dibujo de la persona podría estar indicando organicidad o psicosis, sin embargo, las implicaciones que puede tener una apreciación como la anterior exige reserva y la necesidad de realizar estudios más detallados y profundos. Para los fines del presente trabajo se puede suponer que D. no ha logrado una estructuración adecuada del yo, lo que pudiera afectar sus relaciones interpersonales y su imagen de sí mismo.

Resumen

Posiblemente la comorbilidad de sordera y déficit de atención, propicien una baja autoestima pues al sumarse la impulsividad, la inmadurez y la necesidad de gratificación inmediata, propias del déficit de atención, a las implicaciones subjetivas y ambientales de la sordera, el impacto psicológico se multiplica. Además de los padecimientos mencionados encontramos que su autoestima se encuentra subvaluada y otros datos patológicos en la historia de D., los que será importante tomar en consideración para el análisis objetivo de los datos obtenidos a través de los dibujos.

(Anexo 3)

Nombre: F. G. P.

Historia

F. nació el 21 de febrero de 1997 y al momento de la aplicación tenía 5 años y 2 meses. Ha sido diagnosticado con Hipoacusia sensorial profunda bilateral y utiliza auxiliares auditivos en los dos oídos.

Es un niño de tez morena, ojos café oscuros y cabello castaño oscuro.

F. tiene problemas de atención, es muy listo e inteligente, trata de imitar todas las instrucciones que se le dan y aunque no parece entender se esfuerza por ser cooperador. Es un niño que trata de interactuar con todo el mundo. No habla pero asiente con la cabeza y se la pasa riéndose. Sus habilidades psicomotoras están ligeramente retrasadas.

No se tienen datos sobre el embarazo porque es adoptado. Empezó a utilizar los auxiliares a la edad de un año y medio y al parecer la causa de la enfermedad fue la ictericia.

Comentarios

Al momento de la evaluación y debido a su corta edad, se le tuvieron que enseñar láminas para que pudiera entender las instrucciones.

Proporción

Las figuras del árbol y la persona son pequeñas, lo que puede reflejar inseguridad, aislamiento, baja autoestima y descontento.

Perspectiva

La casa se encuentra ubicada en la porción inferior de la página lo que muestra concreción, depresión, inseguridad e inadecuación. El árbol está visto desde lejos, lo que habla de rechazo. La figura humana está ubicada en la parte derecha de la hoja, lo que puede reflejar preocupación ambiental.

Detalles

La puerta, en el dibujo de la casa, es grande lo que refleja dependencia. Las ventanas están enfatizadas, detalle que se puede interpretar como ambivalencia social. En la figura del árbol las ramas dan la impresión de estar secas y muertas, lo que parece mostrar sentimientos de impotencia. El árbol está dibujado en una colina lo que puede estar expresando grandiosidad y aislamiento, tomando en cuenta el resto de los datos parecería que es más probable lo último. En el dibujo de la persona están omitidas casi todas las partes del cuerpo, aspecto que puede ser normal en niños pequeños como F.

Resumen

Los datos tomados en su totalidad parecieran estar mostrando que F. no se siente aceptado y querido en su ambiente y por quienes lo rodean, sus dibujos reflejan la inseguridad, un autoconcepto minimizado e incertidumbre con la que se coloca frente al mundo. Es importante tomar en consideración el hecho de que a la sordera se suma el que F. es adoptado, pues especialmente en el dibujo del árbol, que expresa su relación con el ambiente, se encuentran detalles que pueden ser interpretados como rechazo y sabemos que el árbol es el dibujo que más

asociaciones inconscientes generan, por lo que habría que ser cautelosos al definir por parte de quien percibe F. el rechazo.

(Anexo 4)

5.3 Integración.

Hay que mencionar que tres de los casos padecen una Hipoacusia Bilateral Profunda y solo uno padece Hipoacusia severa sensorial derecha y Hipoacusia profunda izquierda.

Considerando los resultados se puede notar que hay características similares en los cuatro casos anteriormente descritos, como son la proporción pequeña de los dibujos en cada uno de los casos, lo cual nos denota inseguridad, aislamiento, autoestima baja, descontento, regresión, tensión, ambientes restringidos.

En los cuatro casos también podemos observar que los dibujos carecen de detalles, lo cual nos indica un aislamiento profundo, es decir, falta de relación y comunicación debido a su problema de audición, que los hace más introvertidos, inseguros y dependientes, los niños se sienten limitados y rechazados por la familia, por los maestros y por la sociedad. Tienden al aislamiento, con un autoconcepto deteriorado por su mismo problema de audición de alguna manera mutilados, no se sienten iguales, se sienten deficientes en su autoimagen, tienden también al ensimismamiento, evitando así tanto el contacto físico como social, manifestando un deseo de relación solo que entre ellos mismos. Formando su "sociedad" propia.

5.4 Interpretación.

El padecimiento de la sordera profunda por lo general se presenta alrededor de los periodos prenatales y postnatal por diferentes causas, después de esto, las personas con este padecimiento se enfrentan a un ambiente difícil y lleno de limitaciones, mientras se van desarrollando en un mundo de silencio.

El lenguaje y su desarrollo son importantes para el ser humano porque cumple con la función de comunicación y con esta las funciones de socialización, evolución de la afectividad, formación de conceptos y conocimientos y por último la construcción de la personalidad y del autoconcepto, y aunque el lenguaje de signos sea una forma de comunicación de esta población, no logra cumplir los requerimientos para no permitir deficiencias en el desarrollo de estos individuos tanto social como emocionalmente, sin dejar atrás el retraso en el lenguaje y por lo tanto la capacidad de pensar y organizar experiencias, lo que les repercute psicológicamente de manera negativa.

La pérdida de la capacidad auditiva o sordera, como mencionamos en el capítulo II, no afecta la capacidad intelectual ni la habilidad para aprender. Sin embargo, los niños que tienen dificultad para oír o que son sordos generalmente requieren alguna forma de servicios de educación especial para recibir una educación adecuada.

Torres, Rodríguez, Santana y González, (1995) mencionan que la deficiencia auditiva si es profunda y prelocutiva, como en estos cuatro casos, compromete seriamente el desarrollo lingüístico y en alguna medida también el cognitivo del niño. En la medida que sea menos

profunda tendrá consecuencias menos drásticas, pero siempre suele conllevar cierto retraso en el ámbito lingüístico y verbal.

Debido a que la autoestima es afectada constantemente por las experiencias en el mundo externo que posteriormente son llevadas al mundo interno, y debido a la incapacidad física palpable en estos cuatro casos, en donde el mundo externo, podríamos decir que existe a medias, porque el contacto que estos niños tienen con este mundo externo es limitado, estas experiencias al ser llevadas al mundo interno también se encuentran limitadas, por lo cual deducimos que la autoestima de estos niños, como lo hemos visto en la pruebas aplicadas, se encuentra deteriorada, minimizada y deformada.

Recordemos lo que Coopersmith (1997) nos dice acerca de la formación de la autoestima, que se encuentra estrechamente ligada al trato que se le da al niño dentro del núcleo familiar, donde los factores determinantes que se han identificado son la aceptación del niño y sus intereses, la presencia de límites claros y consistentes en el núcleo familiar, mas no rígidos, y el apoyo de las decisiones del niño para que llegue a conseguir sus metas.

Colin (1985) nos dice que la falta de oído se compensa con la suplencia de los demás órganos de los sentidos que se encuentran intactos. Los sordos presentan un retraso principalmente en el área del lenguaje el cual evidentemente repercute en otras áreas del desarrollo, en la autoestima y de la personalidad desde una edad temprana; estas dos entidades importantes se ven deterioradas por la falta de lenguaje en el sordo, puesto que la personalidad, el carácter, el temperamento, al autoconcepto, la autoestima, la autoimagen y otros conceptos de este tipo se forman a partir de la convivencia del niño con sus padres de los cuales heredan pero

también aprenden de la misma personalidad del mismo autoconcepto que los conforman a estos. Podemos apreciar como la autoestima de estos niños se encuentra baja, principalmente por su problema auditivo, y en segunda instancia porque podemos suponer que hubo un rechazo inicial ante dicha incapacidad física por parte de los padres, un rechazo normal ante algo nuevo, desconocido.

Marchesi (1987) menciona que la superprotección por parte de los padres hacia los hijos no favorece el desarrollo de la personalidad y mucho menos al desarrollo de la autoestima y esto es algo muy común en los padres de niños que padecen alguna discapacidad tanto física como mental, incluyendo también a la población sorda. En la opinión de Coopersmith (1959, 1967), las cuatro condiciones indispensables para que un niño desarrolle un autoconcepto positivo y que serán determinantes en su vida adulta son: la aceptación del niño por los padres, cosa que en los sordos es muy difícil de hacer por el miedo que produce el enfrentarse a este padecimiento y a sus consecuencias psicológicas y sociales; la puntualización de los límites por parte de los padres hacia el niño con la finalidad de que estos sean también definidos y respetados, pero que en los sordos es imposible transmitir con precisión por la falta del lenguaje, razón por la cual estos sujetos son muy impulsivos y no saben controlar sus impulsos; el respeto de los padres de la iniciativa individual del niño dentro de los límites, lo que en el sordo es difícil de lograr por su gran dependencia no sólo de los padres sino de una persona que le tenga que servir de interprete hasta en situaciones más comunes que lo limitan; la libertad del niño para esa iniciativa, que como ya mencionamos es sumamente difícil hablar de libertad en un mundo al que no sé esta adaptado.

En los resultados podemos apreciar que a estos niños les hace falta realmente el lenguaje con el que puedan internalizar sentimientos, conceptos, reglas y emociones partiendo de la conducta de sus padres los cuales sobreprotegen extremadamente la discapacidad auditiva de sus hijos impidiéndoles desarrollar libremente su propia personalidad y formar un autoconcepto negativo puesto que los enseñan a aislarse del medio. Todo lo anterior repercutirá durante todo su crecimiento, en el que también se forma a la par la autoestima y la personalidad estando inmersos en un medio social limitado y del que ellos mismos prefieren aislarse y desarrollan mucha agresión como mecanismo de defensa frente al ambiente al que perciben como una amenaza y ante el que se sienten muy inseguros, como lo plantea Colin en 1985.

Si a una persona normal se le dificulta responder a la pregunta ¿quién soy yo? Para una persona sorda es aún más difícil por la falta de conocimiento de su propio esquema corporal, de su personalidad y de su autopercepción interna y de la percepción que tienen los demás hacia sí mismo; tiene dificultad para integrar su “yo” como persona y en su capacidad de organizar sus experiencias por el hecho de sentirse frustrados por percibirse como personas “normales” pero con el único defecto de no poder hablar por su problema auditivo.

Colin (1985) como la mayoría de los autores (Alcántara, Cardenal Hernaez, Coopersmith, entre otros) hacen mención de que él si mismo se relaciona en su totalidad con el medio social en el que se desenvuelve la persona y se forma sobre la base de las reacciones que manifiesten los demás hacia el sujeto. Mead (1934) propone que el autoconcepto en la niñez debe ser congruente pues de no ser así la personalidad se ve fragmentada que es lo que pasa de una forma u otra en los sordos puesto que no tienen un autoconcepto bien constituido u organizado.

Epstein (1973) afirma que el componente moral de la autoestima se forma de manera completamente determinada por las figuras parentales “... Los padres como portadores de la cultura, tiene la tarea de redefinir lo bueno y lo malo, de modo que el niño sentirá que él es bueno cuando su conducta coincide con las costumbres socialmente aceptadas y que el niño es malo cuando no sucede así. Lo hagan conscientemente o inconscientemente, los padres tienden a retirar su afecto a renglón seguido de la conducta que desapruaban y a concederlo después de que la conducta parece aceptable...” Pero en los niños sordos hay un impedimento real en la comunicación, en la transmisión de este mensaje, y en la sobreprotección palpable de los padres hacia ellos, entonces, ¿cómo se podrá transmitir este mensaje de los padres a los niños sordos para que pueda haber una autoestima adecuada?

Otra fuente para la formación de la autoestima, como lo menciona Cardenal Hernaez (1999) es la opinión de las personas importantes para el niño (profesores, educadoras, compañeros, etc.) Después de que el niño ha formado sus primeras valoraciones y juicios de sí mismo por medio de sus padres, empieza a tener en cuenta progresivamente la opinión de los que le rodean en diferentes situaciones. Sabin (1954) menciona que “la autoestima es constantemente moldeada por las mismas personas”.

En la evolución de la autoestima es necesario que el niño haga una introspección de sí mismo con respecto a la percepción objetiva de los demás en cuanto a las diferencias y similitudes que hay entre estos, sin embargo en el niño sordo se produce una depresión en edad temprana por el hecho de darse cuenta de que el no es igual a los demás y que se le considera una persona discapacitada y no logran encontrar con quien identificarse. Estos niños, únicamente en la comunidad de sordos tiene la posibilidad de interactuar con otras personas iguales a ellos con

quienes puedan lograr una identificación y desarrollar un mejor autoconcepto puesto que su padecimiento y conducta no se juzgara de igual forma que en una comunidad normo-oyente.

A los sordos les cuesta mucho trabajo la adaptación a la comunidad porque no se ha hecho para estos sino únicamente para los oyentes o gente “ normal”, incluso su forma de trabajo es siempre con las manos.

En esta investigación la prueba del H.T.P. fue una pieza clave para la obtención de los resultados sobre la autoestima de los niños sordos puesto que proyectaron su personalidad y autoestima.

Lo más importante es el tono emocional y afectivo con que están cargadas las autopercepciones, la ventaja es que por medio del dibujo se pudieron obtener estos tonos emocionales que tiene los niños sordos y que proyectan también en sus dibujos.

Los niños carecen de fuerza interna y determinación debido a la inmadurez emocional que deja el retraso del lenguaje y en el pensamiento lo que los hace ser dependientes, regresivos y primitivos en su comportamiento, se sienten inferiores, deprimidos, con deseos de ocultarse, minimizados, ansiosos, inmóviles, inseguros y aislados. Tienen mucha necesidad de relacionarse y de ser aceptados por lo que guardan mucha falta de confianza en las situaciones sociales. Tratan de enfrentar al medio ambiente, pero muy deficientemente.

Son niños evasivos que no logran comunicarse con el medio por la poca capacidad que tienen para socializar, y aunque tratan de ser agradables son agresivos hasta consigo mismos y no

pueden controlar sus impulsos. Por su mismo padecimiento tienden a aislarse y a centrarse solo en si mismos lo que los hace ser narcisistas.

Carecen de fuerza interna y determinación debido a la inmadurez emocional ocasionada por el retraso del lenguaje y en el pensamiento lo que los hace ser dependientes, regresivos, se sienten inferiores, deprimidos, con deseos de ocultarse, ansiosos, inmóviles e inseguros. Su medio ambiente lo sienten amenazador más por el hecho de no ser aceptados dentro de él.

Tienen mucha necesidad de relacionarse y ser aceptados por lo que guardan mucha falta de confianza en las situaciones sociales sobre todo al tratar con personas oyentes.

Podemos concluir que los niños sordos poseen una autoestima baja debido principalmente a la barrera lingüística que cierra el paso para la incorporación de los sordos a la vida social. A fuerza de silencio y de hacerles cumplir consignas se les vuelve pasivos y dependiente con una auto autoestima subvaluada.

Se puede observar que el niño con pérdida auditiva es más susceptible a traumatismos psicológicos que un niño con audición normal. La falta de medios de información y comunicación provocan en él una falta de confianza en sí mismo y de adaptación al medio, al tiempo que se acompaña de rebeldía y terquedad, y sus tendencias antisociales se manifiestan muy marcadas por una falta de conocimiento de las reacciones ajenas y por múltiples dificultades con las que constantemente tropieza

5.5 Limitaciones.

- En si, la evaluación de la autoestima en niños sordos no ha sido estudiada formalmente por el hecho de que hay pocos experimentadores que se interesan por el tema y por una gran limitación real la cual encierra la importancia del asunto. Hay muy poca información sobre autoestima en niños sordos.

- También podemos mencionar el hecho de que el lenguaje de signos tampoco se encuentra establecido, al igual que el lenguaje común, por lo que hay una barrera en la comunicación, misma que afectó la aplicación de la prueba al momento de dar la ordenes, no eran captadas.

- Si el niño sordo no tiene establecida algún tipo de comunicación, no se le pueden aplicar ningún tipo de pruebas puesto que es forzoso que se comuniquen por medio de un lenguaje universal.

- La población de niños sordos no es muy accesible pues en México existen escuelas particulares, como la seleccionada en este caso, que muchas veces no son conocidas por el público, mucha gente no las conoce y esto les impide brindar una ayuda profesional y educativa a sus hijos, o se encuentran fuera de su alcance económico.

- El tema de autoestima ya ha sido estudiado por mucho tiempo pero con otros términos, sin embargo, este término ha sido empleado mas recientemente por algunos autores y

muchas veces se confunden los términos por lo que se requiere un estudio exhaustivo sobre el mismo el cual profundice en sus componentes, su desarrollo y su organización.

- Existe un descuido ante las incapacidades físicas que sufren nuestros niños, hay una tendencia a ocultarlos de la sociedad, limitando a éstos a una sociedad puramente familiar, causándoles una incapacidad de relacionarse aun mayor.

- La accesibilidad hacia los padres fue nula, lo cual nos limita el acceso a mayor información acerca de los sujetos.

- En una interpretación general de los rasgos de la personalidad de estos niños que padecen de sordera profunda, su capacidad intelectual es pobre por el retraso en el lenguaje y por lo tanto existe una falta de conocimiento de sí mismos, se encuentran afectados emocionalmente por lo que la aplicación de la prueba se dificultó en la mayoría de los casos, por la inexistencia del lenguaje.

5.6 Sugerencias.

- Resulta sumamente importante que los profesionales en torno a la salud, manifiesten un interés ético ante la situación del sordo, para establecer una mayor difusión de los acontecimientos de éste y lograr un conocimiento más profundo a la sociedad en general y más estrechamente ante las familias del mismo.
- Existen datos muy importantes que arrojan las pruebas que influyen en las conductas de los niños sordos, y que en el ámbito estadístico es difícil establecerlos debido a que es una muestra pequeña, sin embargo sí se puede hacer uso máximo del método clínico que para el Campo del Psicólogo Clínico es sumamente importante, y nos entera de datos más específicos y confiables.
- Se espera que esta investigación brinde las bases suficientes para realizar una continuación o réplica con las propias críticas, sugerencias y aportaciones, para que pueda ser ampliado en forma objetiva y eficaz, y que nos dé más pauta de desarrollo válido para el niño sordo, por medio de múltiples investigaciones de Hipoacusia (sordo) en general, el cual se ha descuidado bastante en su aspecto psicológico.
- Que todo el personal que labora o estudia dentro del Colegio Superior de Neurolingüística y Psicopedagogía consideren los resultados aquí mencionados y reflexione acerca de su labor dentro de estos grupos y se percaten de si realmente está cumpliendo el objetivo o los objetivos creados por el sistema, hace sentir al niño sordo como una persona adaptada o también lo tratan como un inválido y lo menosprecia. El niño sordo es una persona que

vive, siente y comprende muchas situaciones en su haber cotidiano, recordemos que en niño en edad temprana es una esponja capaz de percibir y aprender con facilidad, aún teniendo una discapacidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ajuriaguerra, J. (1976). Manual de psiquiatría infantil. Barcelona. Toray Masson, S.A.
2. Alcántara, J. A. (1995). Como educar la autoestima: Métodos estratégicos. Actividades, directrices adecuadas. Barcelona. CIAC.
3. Anderson y Anderson (1976). Técnicas proyectivas del diagnostico psicológico. Madrid. Rialp. S. A.
4. Briccetti, K. A. (1994) Emotional indicators of deaf children on the draw-a-person test. American Annal of the deaf. Vol 139 No. 5 pp. 500-505.
5. Bonilla, M., García, G. (2002) La perspectiva cualitativa en el quehacer social México: CADEC.
6. Buendía, S., Cola, P., Hernández, F. (1998) Métodos de investigación en Psicopedagogía. México: McGraw Hill.
7. Cardenal Hernaiz, V. (1999). El autoconocimiento y la autoestima en el desarrollo de la madurez personal. Málaga. Alebrije.

8. Cates, J. A. (1991) **Self-concept i hearing and prelingual, profoundly deaf students.** American Annal of the deaf. Vol. 136 No. 4, pp. 354-359.
9. Cates, J.A.; Lapham, R.F. (19891) **Personality Assessment of the Prelingual, Profoundly Deaf Child or Adolescent.** Journal of Personality Assessment. 56 (1). Pp. 118-129
10. Colin, D. (1985). **Psicología del niño sordo.** México. Masson.
11. Cornu, M. Barroso, J. (1996). **La sordera prelinguística y la patológica perinatal.** Psicología Iberoamericana. Vol. 4 No. 4 pp. 12-15.
12. Darley, J. M.; Glucksberg, S; Kinchla, R.A. (1990). **Psicología.** México. Prentice Hall.
13. Desselle, D. (1994) **Self-esteem, family climate, and communication patterns in relation to deafness.** American Annal of the deaf. Vol. 139, No. 3, pp. 322-328
14. Dorsch, F (1985). **Diccionario de Psicología.** Barcelona. Heder. 5ª. Edición.
15. Enciclopedia Encarta (2001). **El oído humano.**

16. Epstein, B.N. (1981) **Problem – Centered Systems: Therapy of the family.** N.Y. Gurman y Kniskern. Handbook of the Family.
17. Ezban, F. (1998). **Percepción del niño con pérdida auditiva sobre su familia.** Tesis de licenciatura en Educación Especial. Universidad de las Américas.
18. Flores, L. Berruecos, P. (1991). **El niño sordo de edad escolar.** México. Trillas.
19. Garay, M.V. (2001). **El autoconcepto en hombres y mujeres adultos con sordera profunda.** Tesis de licenciatura en Psicología. UNAM.
20. González, G. (1998). **La etiología de la sordera como factor influente en el desarrollo cognoscitivo.** Tesis de Licenciatura en Psicología. Universidad Intercontinental.
21. Hammer, E. (1992). **Test proyectivos gráficos.** Buenos Aires. Paidós.
22. Ibarra. G. (2000). **Autoestima y rendimiento académico.** Tesis de licenciatura. Universidad Intercontinental.
23. Internet. <http://www.fec.com.mx/resumenauto.htm>. Dr. Pedro Martínez Cano **La autoestima en niños y adolescentes.**

24. Internet. http://wwwmi_pediatra.com.mx/infantil/autoestima,htm. Ma. De Jesús Madrazo Cuellar.(1998) **La autoestima en niños y adolescentes.**
25. Internet. http://wwwmi_pediatra.com.mx/infantil/autoestima,htm. Ma. De Jesús Madrazo Cuellar.(1998) **La autoestima en niños.**
26. Internet. http://wwwmi_pediatra.com.mx/infantil/autoestima,htm. Ma. De Jesús Madrazo Cuellar.(1998) **La autoestima de los niños.**
27. Internet. <http://www.sordito.com> (2003) **El oído normal.**
28. Internet. <http://www.sordito.com>.(2003) **Tipos de sordera**
29. Internet. <http://www.mor.itsm.mx/”difusión”/sociedad.htm>. Itari Cortes Espinosa
Autoestima y sociedad.
30. Internet. <http://expage.com/page/autoestima> (sin autor)
31. Internet. http://saludpr.com/la_autoestima_en_los_niños_y_adolescentes.htm Gloria Marsellach Umbert **La autoestima en los niños y en los adolescentes.**

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

32. Koscovich, G.N. (1992). **Approaching equality: education of the deaf: a book review.** American rehabilitation. Washington, D.C. Publicación Oficial de la Administración de Servicios de Rehabilitación. Vol. 18 No. 3.
33. Marchesi, A (1987). **El desarrollo cognitivo y lingüístico de los niños sordos, perspectivas educativas.** Argentina. Alianza.
34. Mead, G. H. (1990). **Espíritu, persona y sociedad.** México. Paidós studio/básica.
35. Méndez, I. (1995). **Las sorderas hereditarias: algunos apuntes necesarios.**
Revista Cubana de Pediatría (Internet)
36. Méndez, J. A. (1998) **Tácticas seguidas por familias oyentes para acceder a la atención especializada del niño sordo.** División de estudios de posgrado. UNAM.
37. Oñate, M. P. (1989). **El autoconcepto: formación, medida e implicaciones e la personalidad.** Madrid. Narcea.
38. Paparella, M.; Fox, R.Y. Schaachern, B.S. (1989). **Diagnosis an treatment of sensorineural hearing loss in children.** Otolaringologic Clinics of North America
Vol. 22 pp. 51-74

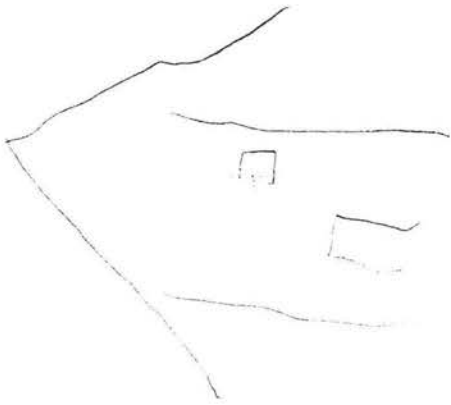
39. Perelló, J.; Tortosa, F. (1992). Sordera profunda bilateral prelocutiva. Barcelona. Masson. 4ª. Edición.
40. Portuondo, J. A. (1983). Proyección de la Personalidad en el dibujo de la Figura Humana: Test Proyectivo de Karen Machover. Madrid. Biblioteca Nueva.
41. Reasoner, R. W. (1982) Building self-esteem parents guide. U.S.A. Consulting Psychologists Press.
42. Roa, M. D. (1985). Estudio comparativo de las características de personalidad entre los niños de los grupos integrados específicos para hipoacúsicos y los niños de integración individual. Tesis de licenciatura en Psicología. UNAM.
43. Torres, S.; Rodríguez, J. M.; Santana, R.; González, A. M. (1995). Deficiencia auditiva: Aspectos psicoevolutivos y educativos. Málaga. Aljibe.
44. Verduzco, M.A.; Lara, M.A.; Acevedo, M.; Cortés, J. () Validación del Inventario de Autoestima de Coopersmith para niños mexicanos. Instituto Mexicano de Psiquiatría.
45. Wilson, J. J. ; Rplin, I.; Wilson, B. L.; Van Denburg, F. V. (1975). Neuropsychological funtio of children with severe hearing impairment. Journal of speech and hearing reserch. U.S.A. 18(4), 634-652.

ANEXOS

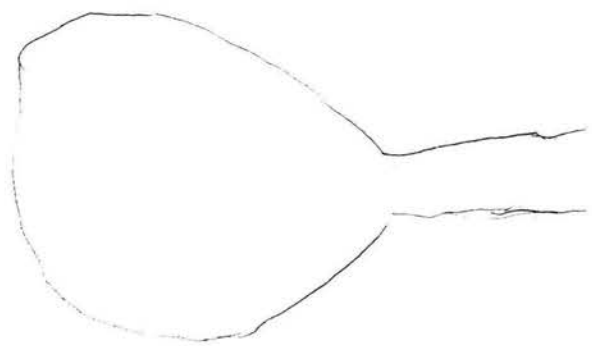
ANEXO 1

A. R. A.

A/e

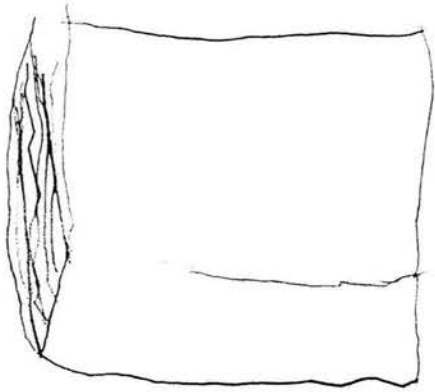


Ar



Ae





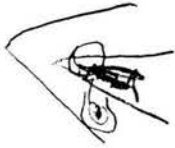
7/2



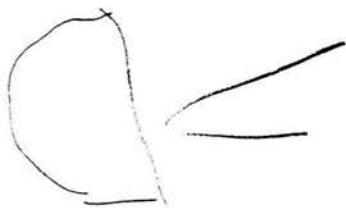
ANEXO 2

A. R. H. J.

APP



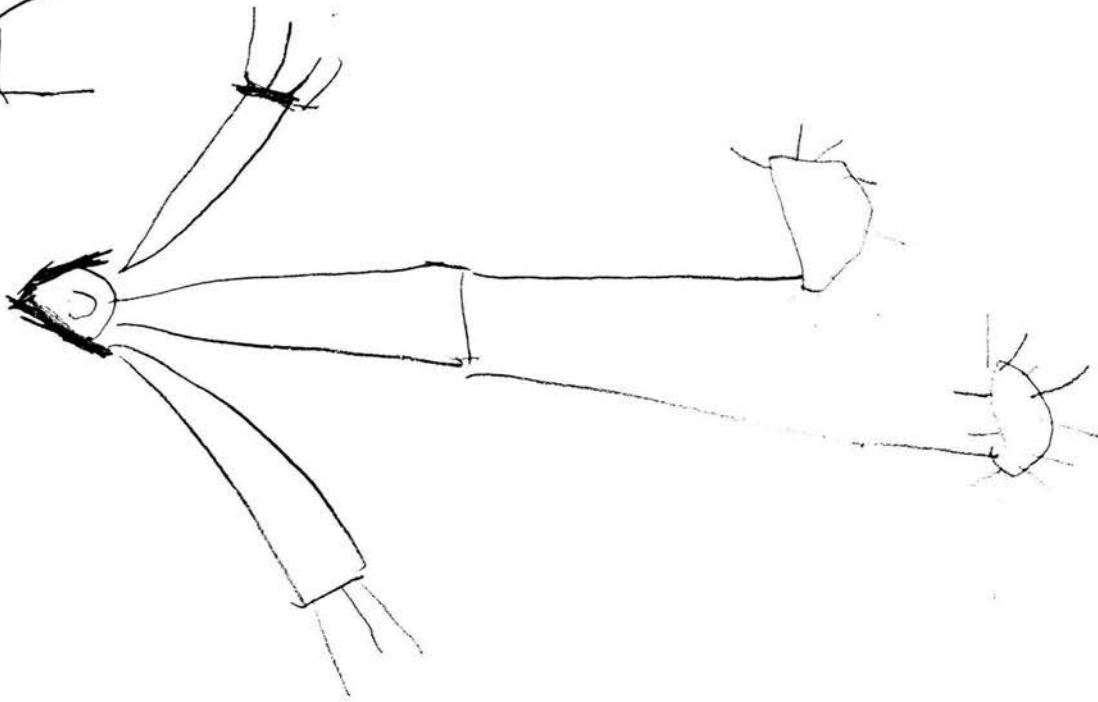
AIP



D

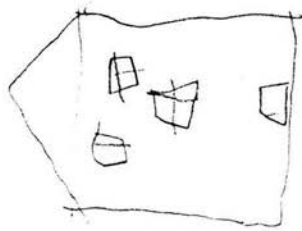
A

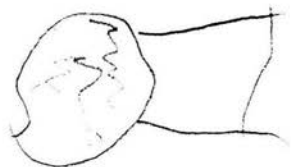
A

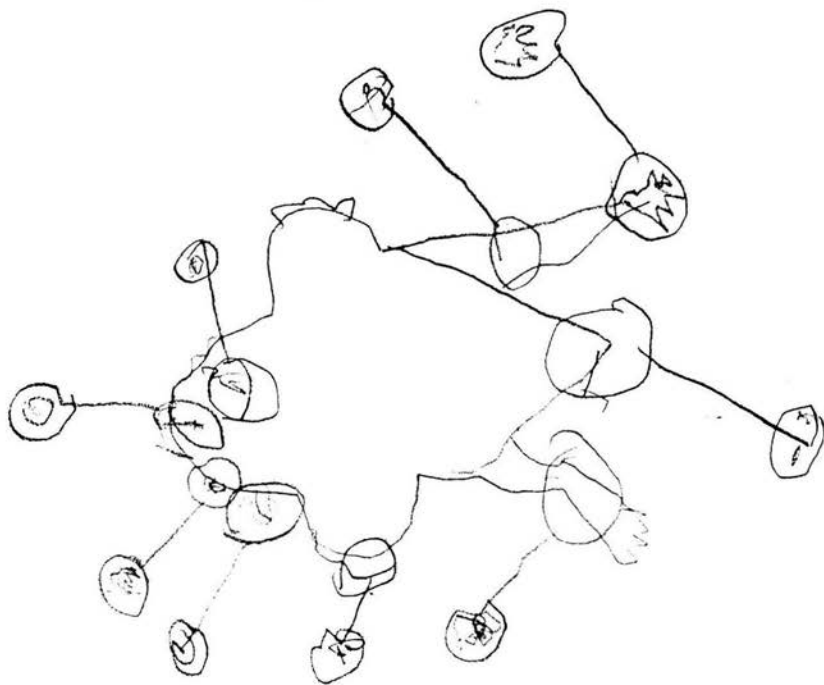


ANEXO 3

D. V. R.

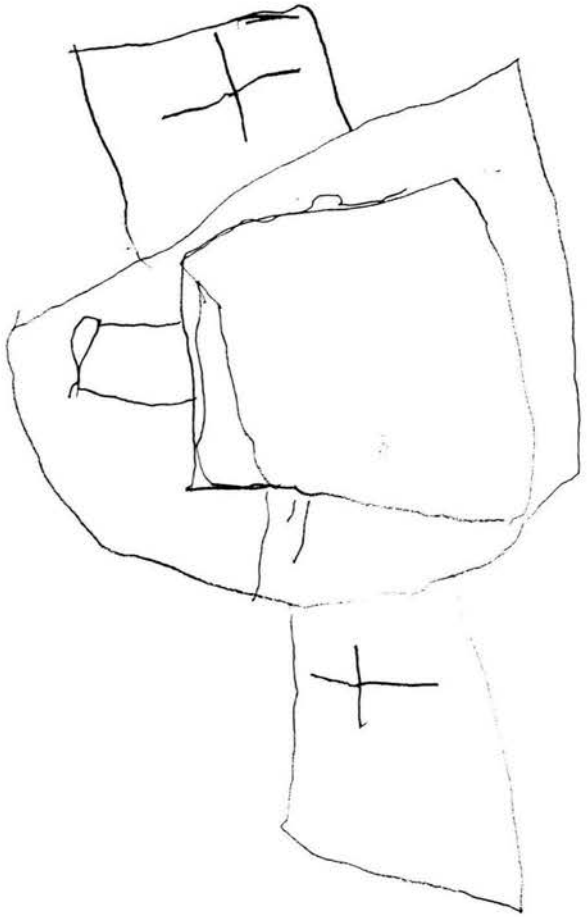






ANEXO 4

F. G. P.







—