

UNIVERSIDAD F.A.S.T.A.

FACULTAD DE HUMANIDADES

CARRERA: LICENCIATURA EN PSICOPEDAGOGÍA

CÁTEDRA: SEMINARIO FINAL Y TESIS

ALUMNA: AYELEN CANO LAWRYNOWICZ

TUTOR: LIC. ANA ISABEL REDONDO

DEPTO. DE METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN



BIBLIOTECA
CAJA 4

INDICE

Abstract.....	3
Agradecimientos.....	3
Prólogo.....	4
Introducción.....	6
Delimitación del tema.....	8
Antecedentes de la investigación.....	8
El Test de Bender.....	10
- Antecedentes históricos.	
- Pautas formales para la administración del Test de Bender.	
- Fundamentos teóricos.	
- El Test de Bender como prueba gráfica proyectiva.	
Las hipoacusias.....	23
- Definición.	
- Clasificación.	
- Etiología.	
- Efectos psicológicos de la hipoacusia: La carencia de ruidos y anuncios auditivos; Dificultades para su participación en la vida familiar.	
- Desarrollo emocional.	
- Desarrollo del lenguaje.	
- Desarrollo social.	
- Desarrollo intelectual.	
- El desarrollo de los hábitos.	
- El aprendizaje de los límites.	
- Escolaridad.	
- La latencia del niño hipoacusico.	

- Funciones de alerta, orientación y estructuración temporoespacial.

Problema de la investigación.....	44
Objetivos.....	44
Hipótesis.....	44
Variables.....	45
Definición conceptual de las variables.....	45
Definición operacional de las variables.....	47
Diseño metodológico.....	52
Desarrollo estadístico.....	54
Conclusiones.....	83
Bibliografía.....	85
Anexo I (glosario).....	87

ABSTRACT:

La presente investigación reúne el desarrollo y los resultados de un estudio acerca de la madurez emocional de niños hipoacúsicos. El análisis de dicho tema se efectuó mediante la observación de indicadores emocionales registrados en la prueba del Test de Bender. A tal fin, se tomó una muestra al azar de 21 casos de niños y niñas con hipoacusia, de edades entre los 6 y 10 años, así como una muestra control de niños normo-oyentes de iguales edades y de ambos sexos. En el marco propuesto por este trabajo se utilizó el Test de Bender de acuerdo con los indicadores emocionales formulados por E. Koppitz.

En síntesis, el presente estudio intenta demostrar de qué manera se evidencian en los protocolos del Bender de niños y niñas hipoacúsicos, de 6 a 10 años, la problemática emocional que encuentra sus raíces en el déficit auditivo, cualquiera sea su grado.

AGRADECIMIENTOS:

En primer lugar quiero agradecer a mi tutora de tesis la Lic. Ana Isabel Redondo por el tiempo y la paciencia que me ha dedicado para elaborar esta investigación. En segundo lugar agradezco a las autoridades y al personal de las escuelas Del Libertador y CEFA quienes prestaron total disposición y colaboración para conmigo y mi objetivo. Asimismo, no puedo dejar de agradecer a mi familia, quien me apuntaló constantemente para no bajar los brazos estimulándome a continuar con mi trabajo de tesis.

PRÓLOGO:

La investigación que aquí presentamos consiste en un estudio acerca de la madurez emocional en niños hipoacúsicos. El acercamiento al tema surge como consecuencia de diversas lecturas acerca del mismo que lograron llamar nuestra atención, despertando una genuina preocupación hacia una patología acerca de la cual investigamos, luego, con verdadero interés. A esto se suma la utilización del Test de Bender que incorporamos como herramienta de investigación a partir de las posibilidades que ofrecía. Por un lado, presenta múltiples formas en su evaluación, en este caso como prueba proyectiva. Por otro lado, la ventaja de que este test consiste en formas geométricas que el sujeto debe copiar lo más parecido que pueda con el menor nivel de tensión ya que no sabe el significado de tales dibujos, por lo que resulta una prueba fácil y rápida de administrar a sujetos con problemas en el lenguaje y la comunicación oral.

En relación con la hipoacusia, nuestra indagación no se limitó a adoptar una postura exterior al problema con el cual nos enfrentamos. Nos pusimos en el lugar de los niños que sufren esta patología, y gracias a esto nos dimos cuenta de que una de las mejores maneras de comunicarse con ellos es a través del dibujo. Hecho corroborado a la hora de ser testeados ya que ningún niño prestó resistencia sino que mostraron una actitud predispuesta y voluntariosa.

Por otra parte, es importante destacar que cuando nos dirigimos a la escuela CEFA (Centro de fonoaudiología. Escuela de sordos e hipoacúsicos), la psicopedagoga a cargo nos informó que los niños hipoacúsicos sufren de una inmadurez emocional notable en comparación con niños sin este déficit. Por este motivo, se acentuó nuestra inquietud por corroborar o refutar tal cuestión.

La intención que motiva este trabajo de investigación, además, es que la inquietud se multiplique y que, como campo de investigación, quede abierto para su ampliación por parte de aquellos profesionales en psicopedagogía, psicología o fonoaudiología que les interese este tema que, por los antecedentes que hemos explorado con motivo de la presente tesis, aún no ha

sido abordado con la importancia y la amplitud que merece y en todas las posibilidades que presenta como problema concreto.

INTRODUCCIÓN:

La presente investigación esta lejos de pretender "etiquetar" a los "testeados" pues bien sabemos que la conducta de cada sujeto es la resultante de procesos latentes propios que le dan una significación única. Sabemos que para que un indicador de índole proyectivo sea significativo debe existir una muestra suficiente de tal conducta bajo condiciones variables y una inferencia sobre el proceso que originó la conducta, pues ningún indicador por sí solo es capaz de tener gran validez para revelar características de la personalidad, ya que puede ser producido por una gran variedad de condiciones. Reconocemos que en nuestro trabajo se está lejos de tal situación, ya que habrá de dedicarse al estudio minucioso de la historia vital de cada sujeto que decida participar del mismo ofreciendo sus dibujos. Y esto se debe, a que, además, tenemos muy en cuenta que ningún "signo" puede tomarse aisladamente para hacer pronósticos en casos individuales, puesto que sin la concurrencia de un número de signos sin contradicción aparente, este no será significativo.

Tampoco se pretende suprimir la escucha clínica en pos de la "objetividad" e "infallibilidad" de resultados cuantitativos. Por el contrario, se pretende hacer hincapié en los resultados cualitativos de las pruebas atendiendo a la complejidad de un cuadro de deficiencia orgánica que por tanto presentará sus importantes repercusiones emocionales. Así, por más que el objetivo que impulsa esta investigación sea establecer aquellos indicadores emocionales que aparecen en los protocolos de niños hipoacúsicos, buscando detectar su significatividad por ser los más frecuentes que aparecen en un determinado grupo de niños con ese cuadro orgánico, está fuera de toda intención olvidar la particularidad de cada uno de los niños que nos posibilite administrar y analizar su dibujo. De esta manera, el test de Bender se presenta como un medio y no como un fin: medio tendiente a agudizar y especializar nuestro conocimiento acerca de aquellos contenidos emocionales de niños sumidos en un mundo de silencio parcial o total.

Por tal motivo, la investigación que en adelante se desarrollará, ha de resultar de interés para profesionales tales como psicólogos, psicopedagogos - sobre todo los dedicados o que proyecten dedicarse a la atención de niños hipoacúsicos-, y fonoaudiólogos que incluyan dentro de su batería diagnóstica al Test de Bender, y que consideren, igualmente, que la prueba resulta cada

vez más indispensable en la realización del psicodiagnóstico y en el diagnóstico de problemas de aprendizaje, por prestar una interpretación multidimensional. Asimismo, los resultados obtenidos en este trabajo quedarán al servicio de los especialistas mencionados, quienes podrán ampliar y hasta corregir las conclusiones elaboradas, y esto desde el momento en que aquí se considera que los tests no tienen la "última palabra" respecto del diagnóstico y siempre están abiertos a modificaciones que surjan como consecuencia de nuevas investigaciones y aplicaciones a distintas poblaciones.

Por todo lo dicho es que la presente investigación abarca la consideración de dos cuestiones: por un lado, el Test de Bender, sobre todo en relación con sus implicancias como prueba proyectiva; por otro lado, la hipoacusia, atendiendo a su clasificación, etiología, sus repercusiones sobre el desarrollo del lenguaje, social, emocional, etc. Sin embargo, ambos temas se encuentran articulados y en estrecha vinculación a partir del objetivo central de este estudio: indagar el desarrollo emocional del niño hipoacúsico.

DELIMITACIÓN DEL TEMA:

Detección de inmadurez emocional en niños hipoacúsicos (mediante la observación de indicadores emocionales en el test de Bender).

EL TEST DE BENDER

1- Antecedentes históricos.

El origen del Test de Bender se remite hacia el año 1923, en el Bellevue Hospital de Nueva York, fecha en que Wertheimer publicó sus investigaciones acerca de las funciones giestálticas del individuo, según la reproducción que estos hacían de una serie de dibujos giestálticos. Su interés en la función giestáltica estaba basado en la comprensión del comportamiento, entendiendo a este como un todo en oposición a los enfoques que analizaban la conducta en términos de estímulo - respuesta y en cuanto esta se constituye por la suma de partes.

Basándose en estas investigaciones y publicaciones, Laretta Bender construyó entre los años 1932 y 1938 su Test Giestáltico Visomotor, brevemente conocido como B G (Bender Giestalt) constituido por nueve dibujos inspirados en los patrones originales utilizados por Wertheimer para demostrar los principios de la Psicología de la Giestalt en relación con la percepción, analizando y evaluando el modo en que el sujeto estructuró esos estímulos perceptuales a través de sus reproducciones. Así es que Bender adaptó nueve de estos diseños originales y conformó el material de su test, para luego evaluar la función giestáltica resultante en los patrones de cada sujeto en las diversas condiciones integradoras patológicas de los distintos desórdenes orgánicos o funcionales, nerviosos y mentales.

*"La Dra. Bender no olvida que los patrones giestálticos constituyen experiencias de un individuo con problemas, y que la configuración final de la experiencia no es un mero problema de percepción sino de personalidad."*¹

¹ Laretta BENDER, *Test Giestáltico Visomotor. Usos y aplicaciones clínicas.* Buenos Aires. Paidós. 1974, 6ª ed, p.20.

En síntesis, este Test consiste en pedirle al sujeto que copie las nueve figuras (gestalten) dadas para luego de analizar y evaluar las reproducciones obtenidas, ver de que modo el sujeto ha estructurado esos estímulos perceptuales.

Queda claro que la Psicología de la Gestalt constituye la base científica del B G.

Siendo el objetivo general de la prueba medir de una manera cualitativa la madurez de los sujetos en cuanto a su adecuación en la percepción visomotora y las posibles perturbaciones en los protocolos que intervienen en la reproducción gráfica.

2- Pautas formales para la administración del Test de Bender.

El material:

La prueba consiste en nueve tarjetas blancas de 16 cm. por 12 cm., en cada una de las cuales aparece dibujada en negro una figura geométrica compleja y sin significado. La primera se designa con la letra A y las demás están numeradas del 1 al 8, notación que aparece en el reverso de la tarjeta.

Se necesita además un lápiz negro tipo Faber nº 2, ni pálido ni oscuro, cuya mina sea lo suficientemente blanda como para marcar un punto por contacto y del cual conviene tener repuesto. De este modo sabremos que el trazo pálido es por la poca presión ejercida por el sujeto.

Se utilizarán hojas de papel blanco tamaño carta u oficio (siempre el mismo), sin renglones u otros trazos en el anverso o reverso, pues ello distorsiona la producción al presentar los parámetros que en cierto modo guían la conducta del sujeto o la perturban. El tamaño de las hojas debe ser siempre el mismo lo cual se relaciona con el hecho de ofrecerle por un lado, siempre el mismo espacio psicológico en cuanto a dedicación; y por el otro una constante en el espacio ante el cual él se debe organizar.

Es importante que el nivel de la mesa este sólo un poco más arriba que el de la cintura del niño, facilitando así su visión y sus movimientos. El examinador debe contar con el material necesario para hacer las anotaciones pertinentes.

El uso de la goma de borrar no es aconsejado en la administración de este test ya que es importante conservar el registro de todos los intentos que ha hecho el sujeto, quien puede hacer tantos como desee, consignando nosotros su orden. No son confiables los protocolos que aparecen como excelentes pero por el uso constante de la goma de borrar, hecho que además, suele producir el aumento de la ansiedad deteriorando en consecuencia el rendimiento; así se prefiere estimular la repetición de la figura, conservando la primera versión.

El encuadre:

El examinador y el sujeto se sientan frente a frente. El examinador coloca la hoja apaisada delante del sujeto y a su derecha el lápiz. El mazo de tarjetas se encuentra ordenado boca abajo de manera tal que al dar vuelta cada una queda correctamente dispuesta hacia el sujeto. Las tarjetas se dan vuelta una a una cada vez que el niño da muestras de haber dado por finalizada su ejecución anterior.

Las consignas:

En primer lugar, en el caso de niños sin problemas auditivos, se le muestra al sujeto la figura (A) y se le dice: *"Vas a copiar esta figura lo más parecido que puedas en esta hoja"*. Una vez que el niño finalizó, se agrega: *"Ahora te voy a ir mostrando una a una estas ocho figuras más, y las vas a ir copiando, lo más parecido que puedas"*.

En el caso de que al niño le falte espacio para realizar las figuras, se le proporcionarán las hojas que demande.

El sujeto no debe manipular el modelo ni rotarlo, pero si desplazar y rotar su propia hoja con el objeto de adecuar sus movimientos. Si reconoce un error, o pide goma de borrar, se le ofrece *"podes hacerlo otra vez"*, pero no en otro caso. Todas las preguntas relacionadas directamente con el estímulo se contestan con un *"lo más parecido que puedas"* o *"como te parezca"*.

Quizá la pregunta del sujeto más difícil de responder sea *"¿Está bien?"*, pues la falta de respuesta puede confundirlo y la afirmativa puede llevarlo a la perseveración de cierta disposición. Generalmente un gesto amable y una respuesta tangencial como *"ya veremos"* o, más directamente *"hay que"*

terminar de hacer todas para saber", pueden salvar la situación. Un "lo hiciste bastante bien" no es nocivo, siempre que se ajuste a la verdad.

Es necesario volver a repetir aquellas figuras que presenten un rasgo patológico aislado, que podría ser circunstancial.

A medida que el niño realiza la prueba el examinador deberá tomar nota de las modalidades del comportamiento que no aparecen claras en el protocolo como ser la dirección de los rasgos, el orden de ejecución de las subformas, el recuento de los puntos. Además ha de observar y consignar la postura del sujeto, su tono muscular, los movimientos accesorios y los hábitos motores.

Es importante mencionar, que la tarea encomendada al sujeto de reproducir los dibujos a pulso y sin ningún elemento mecánico de sostén, resulta una tarea compleja y no tan simple. Esta requiere de un proceso en el que se involucran el comportamiento motor y visual, tanto en la percepción como en la reproducción de los dibujos; y además, requiere de adaptaciones visuales y motoras en la ubicación de las reproducciones sobre la/s hoja/s usada/s por el sujeto.

En el momento de aplicar la prueba a los niños sordos la consigna se reducirá a un "copia igual", ya que según la psicopedagoga del CEFA este es el modo en que estos niños captan la consigna con facilidad y les evita confundirse en la tarea.

3- Fundamentos teóricos.

El Test de Bender surge a partir de la Teoría de la Forma o de la Gestalt, pero también encuentra sustentos teóricos explicativos de gran valor en la Teoría Psicogenética Piagetiana. Pasemos a describir brevemente, qué es lo que nos dice cada una de las corrientes mencionadas.

En primer lugar, la Teoría de la Forma explica claramente de que manera se produce el proceso de percepción - ejecución (reproducción o copia) de las figuras giestálticas: mientras que la percepción se organiza a partir del todo que se capta de manera inmediata e intuitiva, la ejecución requiere del análisis de ese todo en cada una de sus partes, puesto que el dibujo no puede realizarse de golpe y todo a la misma vez, sino que se va dando de manera gradual, realizándose por partes y en un tiempo dado hasta concluirlo. Todo este mecanismo depende de principios biológicos de acción sensorio - motriz,

es decir, de la madurez y entrenamiento del sistema neuromuscular. Por tanto va a variar según el patrón de desarrollo y nivel de maduración de cada individuo y su estado patológico funcional u orgánicamente inducido. Desde aquí se explican las diferencias de nivel en la realización de las figuras.

Así pues, aunque la percepción, mediante sus leyes, da pautas de organización al movimiento, la necesidad analítica de éste hace que ni en el adulto la representación gráfica, o sea la copia pueda ser idéntica a su modelo ni a su percepción.

Cabe destacar que L. Bender puso el acento en el carácter evolutivo de las representaciones gráficas. De este modo describe con cierto detalle el proceso de maduración de la percepción visomotriz en niños pequeños y presenta un diagrama con ilustraciones de reproducciones típicas de las figuras del Bender por parte de niños entre tres y once años, edad en que la mayoría de los niños pueden copiar las figuras sin errores.

En segundo lugar, en cuanto a esta evolución infantil de la ejecución de cada figura, la Escuela Genética ofrece su aporte, explicando las posibilidades que tiene el niño de construir y reproducir imágenes gráficamente según se desarrolla y por consiguiente los cambios esperables a observar en los dibujos. Desde este enfoque, la imagen espacial tiene un origen fundamentalmente motor, ya que proviene de la internalización de los esquemas motores. Así, cuando el sujeto recorre con la mirada el contorno de la figura a copiar asimila tales movimientos a esquemas de acción ya internalizados, o sea, a las imágenes de tales movimientos que pueden desencadenarse nuevamente, dando lugar a la reproducción activa. Sin embargo, el nivel de la imagen representada no podría explicar por sí mismo la evolución cada vez más creciente de la copia y la posibilidad para el niño de lograr representar elementos y relaciones antes ignoradas, como son la síntesis y el punto. En efecto, ciertas pautas sólo pueden ser adquiridas en la medida que el niño alcanza un nivel de pensamiento conceptual y reversible por el cual le será posible coordinar las representaciones mentales de la forma, movimiento y reproducción, pudiendo llegar a realizar imitaciones cada vez más correctas. Por lo tanto, la reproducción de las figuras requiere de un proceso adaptativo con dos momentos, el de acomodación de los esquemas que posee a las peculiaridades de las figuras, que prima en la elaboración de las imágenes, y el

de la asimilación para la reconstrucción del diseño, que prima en el momento de la reproducción.

“Percibir supone conceptualizar según el nivel de adquisición de las estructuras cognitivas, lo que remite a la interiorización progresiva de las acciones, en un comienzo puramente materiales, sobre el cuerpo y los objetos: las formas percibidas son asimiladas a movimientos interiorizados y vertidos como gestos gráficos en el dibujo de las figuras.”²

En síntesis, mientras la teoría de la Forma habla de un juego de dos procesos de percepción - reproducción, por el cual en un primer momento se da la captación intuitiva e inmediata de la totalidad, para luego realizar un análisis de dicha totalidad reproduciéndola paulatinamente en el dibujo. La Escuela Piagetiana, habla de una captación que no parece ser tan inmediata y menos aún apriorística, pues el niño debe recorrer un largo camino para elaborar aquellos esquemas que le permitan copiar correctamente los modelos.

En conclusión, podemos decir, que tanto desde un enfoque como del otro, el proceso puesto en acción consiste en la organización de una serie de movimientos articulados, en función de una totalidad percibida visualmente. De este modo el dibujo es el resultado de aquellos elementos que el sujeto ha podido tener en cuenta y el modo en que los ha integrado para organizar la forma completa, mediante coordinaciones motoras.

De lo dicho queda claro que:

“Ver no es sinónimo de percibir. La percepción supone la posibilidad de interpretar lo que se ve, interpretación que va a ser facilitada o no por variables tal como la maduración y las experiencias previas. Pero, aun cuando pueda garantizarse la posibilidad de percibir, ello no supone que se pueda pasar a la tarea de copiar. Para hacerlo el niño debe “trasladar” su percepción a una actividad motriz.”³

² Jorge GONÇALVES DA CRUZ, “Los tests y la clínica”, en: Alicia FERNANDEZ, *La inteligencia atrapada. Abordaje psicopedagógico del niño y su familia*, Buenos Aires, Nueva Visión, 1987, p. 243

³ María Martina CASULLO, *El Test de Bender infantil. Normas*, Buenos Aires, Guadalupe, 1991, p. 12

En cuanto a la utilización de la prueba con niños, el Bender ha sido empleado en niños para detectar madurez para el aprendizaje, para predecir el desempeño escolar, para diagnosticar problemas de lectura y aprendizaje, para evaluar dificultades emocionales, para determinar la necesidad de psicoterapia, para diagnosticar lesión cerebral y para estudiar retardo mental. También se ha utilizado como un test para diagnóstico diferencial con pacientes psiquiátricos infantiles y con grupos de delincuentes juveniles, como test de inteligencia para niños en edad escolar, como test colectivo para niños que empiezan la escuela y como test proyectivo.

Una de las ventajas del Test de Bender radica en el hecho de que puede ser interpretado de varias maneras distintas. Así además de analizarse desde un enfoque evolutivo y clínico, también puede ser evaluado desde un enfoque proyectivo.

4- El Test de Bender como prueba gráfica proyectiva.

Luretta Bender (1938) ideó su test Gestáltico Visomotor basándose en la Teoría de la Gestalt. Pero, otros autores como ser Koppitz (1960) y Hutt (1960), entre otros, han realizado una interpretación del mismo desde un punto de vista proyectivo.

En tanto prueba gráfica proyectiva señalaremos algunas de las características que posee el Bender y que hacen que su empleo sea fructífero en el estudio de la personalidad de un sujeto:

- El lenguaje gráfico, al igual que el lúdico, es lo más cercano al inconsciente y al Yo corporal, dando muestra de lo más regresivo y patológico.
- Los tests proyectivos ofrecen datos relacionados con procesos internos.
- Ofrece mayor confiabilidad que el lenguaje verbal, el cual es un logro más tardío y puede ser más sometido al control consciente del sujeto.
- Las pautas formales del gráfico también son útiles para efectuar el diagnóstico, sobre todo, el pronóstico. Ellas están menos sujetas al control consciente que las pautas de contenido. Por ejemplo, el sujeto no sabe lo que indica su trazo débil y entrecortado o pastoso y grueso, pero sí puede acreditar la diferencia entre dibujar un esqueleto o una persona viva.
- Es un instrumento accesible a personas de bajo nivel de escolaridad y / o con dificultades para expresarse oralmente.
- Resulta útil con niños pequeños que aún no hablan con claridad, pero que poseen un excelente grado de simbolización en actividades gráficas y lúdicas.
- Los tests gráficos constituyen un excelente recurso para mejorar la comunicación con un sujeto cuando hay fallas en la posibilidad de comunicación verbal.
- Son sencillos en su administración y económicos en tiempo de realización.

Ahora bien, desde Koppitz (1960) agregamos a estas características generales la posibilidad de observar una serie de indicadores que nos permitirían estudiar tanto las actitudes emocionales como la estructura de la personalidad, estos son denominados: indicadores emocionales, y habrían de observarse en los protocolos del Test de Bender efectuados por sujetos con

perturbaciones emocionales. La autora formula un listado de 10 indicadores emocionales con su respectiva descripción, estos son: orden confuso, línea ondulada, rayas en lugar de círculos, aumento progresivo del tamaño, gran tamaño (macrografismo), tamaño pequeño (micrografismo), líneas finas, repaso del dibujo – de las líneas, segunda tentativa y expansión*.

Desde aquí, al analizar los protocolos del Test de Bender nos podríamos encontrar con las siguientes situaciones:

- Observamos la presencia de indicadores emocionales y de una percepción visomotriz inmadura y defectuosa: Aquí el desajuste en la percepción visomotriz sería el síntoma primario, presentándose como síntomas consecuentes y secundarios las perturbaciones emocionales. Esto se explica en la medida que un niño con problemas en la percepción visomotora se verá expuesto a la experimentación de situaciones frustrantes y frecuentes fracasos tanto en su casa como en la escuela, como consecuencia se desarrollarían actitudes negativas, inadaptación emocional y también problemas de aprendizaje.
- Observamos la presencia de una inadecuación en la percepción visomotora y ausencia de indicadores emocionales: Se trataría de un niño cuyo nivel de maduración en la percepción visomotora es inadecuado para su edad cronológica, pero que, tal vez, debido a que posee una buena capacidad de integración y se desarrolla en un ambiente continente desde lo emocional, le sería posible tolerar las frustraciones provocadas por el déficit en la percepción visomotriz. Podría hablarse de un niño emocionalmente seguro.
- Observamos la presencia de indicadores emocionales y un funcionamiento adecuado de la percepción visomotora: Aquí encontraríamos a aquellos niños que padecen exclusivamente de un problema de ajuste emocional, donde jugaría un papel central tanto la capacidad de integración del mismo como las experiencias sociales y emocionales que vendría experimentando a lo largo de su desarrollo con las personas significativas de su vida.

* La lista original de indicadores emocionales formulada por Koopitz (Ver: Elizabeth MOUSTERBERG KOOPITZ, *El Test gúestáltico visomotor para niños*, Buenos Aires, Guadalupe, 1999, p. 181) muestra once categorías de puntaje, sumando a las mencionadas la "constricción". Este indicador consiste en el uso de menos de la mitad de la hoja, lo cual supone que está relacionado con retraimiento, timidez y depresión. Debido al aparente escaso valor diagnóstico fue eliminado de la lista de indicadores emocionales. Por este motivo la autora no lo incluyó en su investigación sobre el Bender como test proyectivo para niños con problemas emocionales (Ver: Idem. p.185)

En el primer y último caso sería lógico deducir que cuanto más severa sea la perturbación emocional en el niño, mayor será la incidencia de indicadores emocionales presentes en su protocolo, y presumimos que los niños sordos se hallarían incluidos dentro de estos parámetros ya que padecerían de una inmadurez en todos los aspectos que llevaría a un desajuste emocional, o bien no habrían gozado de experiencias socio afectivas gratificantes que lo condujeran a este adecuado ajuste emocional.

Al analizar cada protocolo de la prueba debemos tener en cuenta que el proceso implica una elaboración simbólica de aquello que ha sido significado en el sujeto corporalmente. Entonces, en tanto, que cada dibujo constituye una proyección de la corporeidad de cada sujeto, es decir, que consiste en la expresión del modo en que ese sujeto ha constituido su cuerpo en un cierto espacio, cada producción será única e irrepetible como cuantos niños ejecuten el Bender. De acuerdo a esto, podemos imaginar la significatividad que tiene la realización de la prueba por sujetos con un déficit sensorial, como en este caso la privación auditiva.

De este modo podemos establecer un paralelo entre el espacio gráfico y el espacio simbólico en el cual ese sujeto se mueve, juega, aprende, experimenta placer o displacer, se maneja, etc. y esto vale tanto para los niños sin lesión orgánica como para aquellos que la padecen. Dice Jorge Gonçalves da Cruz (1985):

*"En ese Bender tenemos que tratar de ver que allí hay un sujeto que dibuja, que de alguna manera ha construido un cuerpo y un espacio, los cuales van a estar representados, simbolizados en esa hoja de papel y en esos diseños que aparecen ahí. Esto vale tanto para el chico que pueda llegar a tener una problemática orgánica como para el que no la tiene (...) porque el chico eventualmente lesionado también es un sujeto y tiene psiquismo, y va a hacer también una proyección de sí mismo, de lo emocional, (...)."*⁴

⁴ Jorge GONÇALVES DA CRUZ, ob. cit. P.221

Así en el Bender la hoja de papel se ofrece al sujeto como espacio simbólico en el cual podrá expresar, proyectar su corporeidad.

Algunas ideas teóricas en la que también basaremos la presente investigación, surgen de los estudios llevados a cabo por Max Hutt (1960), quien realizó una adaptación del test Guestáltico Visomotor de Bender basada en hipótesis proyectivas.

Así, de acuerdo a este autor podemos decir que aquel comportamiento desplegado a la hora de copiar las figuras del Bender involucra la interacción de múltiples factores, configurándose una experiencia completa donde queda implicada la problemática vital de cada individuo, la cual, quedará plasmada en ese protocolo guestáltico.

Con esto queremos decir, que cuando se le pide a un sujeto que copie una serie de figuras, lo estamos estimulando a poner en juego un comportamiento complejo, que involucra la interacción de un interjuego de factores dados por un organismo lesionado o no, con un cuerpo que se aprende, e impregnados, a su vez, por las fuerzas que mueven los planos consciente e inconsciente. Y como bien sabemos, los factores motivacionales inconscientes, latentes, representan un papel significativo en la conducta de un sujeto, en su modo de ajustarse a la realidad, en su capacidad de adaptación, en sus posibilidades de sublimación, en la manera de comprender cada situación que se le presenta y el modo de adaptar su comportamiento a fin de hacerle frente; hasta en nuestra actitud física y estilo de comportamiento postural y motriz, etc. Y es aquí donde consideramos que estos factores latentes predisponen también el modo de percibir. Todo esto podemos detectarlo -sólo si lo observamos de una manera intencional-, en los sueños, lapsus de la lengua, los actos de olvido, expresión facial, etc., pero también -y es lo que nos interesa en este trabajo- en el dibujo.

Con relación a esto Hutt habla de *fenómenos procesuales y características superficiales*, entendiendo por los primeros a aquellas:

*"(...) derivaciones directamente relacionadas a factores causales subyacentes."*⁵

⁵ MAX L. HUTT, *La adaptación Hutt del test Guestáltico de Bender*, Buenos Aires, Guadalupe, 1998. Pág. 57

Es aquello inconsciente que le da un significado al comportamiento manifiesto; es lo latente que le da origen a la conducta: son los dinamismos de la conducta resultante; y su raíz está en las pulsiones instintuales que todo individuo posee, y que gracias a ellas la conducta es motivada. Así,

*"(...) El rasgo puede concebirse como resultante indirecta de distintos fenómenos procesuales subyacentes. La pasividad, pues, sería el producto de distintos impulsos en conflicto y su "resolución" de acuerdo con los recursos del yo para manejarlos en un contexto cultural dado."*⁶

En cuanto a las *características superficiales*, entendemos por estas a las:

*"(...) tendencias de conducta más o menos persistentes."*⁷

Conforma lo que sería la conducta manifiesta de un individuo. Pero si tratamos de trabajar adecuadamente con una persona, basándonos solo en este tipo de características, obtendremos una visión parcial ya que no pueden ofrecernos más que claves oscuras de los procesos que la motivan.

Así, y desde este punto de vista, al analizar los protocolos del test de Bender como prueba proyectiva, no sólo tendremos en cuenta las características del gráfico tal cual se nos aparecen a la vista, sino que consideraremos —siempre hipotéticamente— cuales serán los fenómenos subyacentes que les dieron lugar. Dice Hutt que:

*"Los tests proyectivos y el empleo clínico de las hipótesis proyectivas prueban que procesos subyacentes dan lugar a una forma dada de conducta".*⁸

Los protocolos del Bender —así como otras pruebas gráfico — proyectivas— pueden darnos pautas acerca de la complejidad del comportamiento en cuanto, por ejemplo, al estilo general de adaptación, métodos cognitivos de comportarse, tipos afectivos de respuesta, áreas en conflicto, métodos específicos de defensa y características de maduración.

⁶ Max HUTT, ob. cit. p. 57

⁷ Ibid.

⁸ Ibid.

Así, es que, uno de los valores del Bender como prueba proyectiva, radicaría en que la actividad percepto – motriz sería vulnerable de la influencia de experiencias emocional o conflictivamente significativas,

"Tales experiencias y los "recuerdos" de ellas, pueden, en realidad, estar "adheridas" al estilo motriz. A veces se puede inferir de este estilo cuál ha sido la naturaleza general de esas experiencias. A veces la repetición del acto percepto – motriz puede evocar la experiencia emocional reprimida. (...) su conducta percepto – motriz puede revelar muchas de sus maneras características de defenderse y competir exitosamente, que su conducta verbal quizás esté ocultando." ⁹

Otra de las ventajas de la prueba en estudio – en cuanto test no verbal, proyectivo y percepto-motriz de las reacciones de la personalidad -, es que no existen para el examinado parámetros acerca de lo "bueno" o "malo" de un comportamiento, ya que dichas convenciones no son conocidas por el mismo. Así, no hay tantas posibilidades de que éste oculte los aspectos que teme revelar, como podría ocurrir con el dibujo de la figura humana, o con verbalizaciones cargadas de intelectualizaciones, por ejemplo.

En el análisis de los protocolos, no sólo tendremos en cuenta el resultado sino también el proceso atendiendo al modo en que el sujeto percibe en forma adecuada o inadecuada las figuras. Debe considerarse que en primer lugar, esto dependerá de la maduración biológica del organismo, sin ella, este resulta incapaz de percibir gestalt maduras. Así, en un sujeto capaz de percibir algunas de las formas más maduras, pero incapaz de percibir algunas de las menos maduras, podremos deducir la presencia de un disturbio de la personalidad como responsable, y no una madurez general inadecuada. Pero aquí, no debemos olvidar que cada interpretación que el examinador realice sobre los protocolos, deberá consistir más en una hipótesis que en una conclusión confirmada.

⁹ Max HUTT, ob. cit. P. 18

LAS HIPOACUSIAS

1- Definición:

Entendemos por hipoacusia a aquella disminución o privación de la percepción auditiva.

Dicha deficiencia auditiva puede presentarse de diferentes tipos y ser de etiología diversa.

2- Clasificación:

La hipoacusias se distribuyen para su estudio según diferentes criterios de clasificación. Estos son:

- a- La intensidad de la pérdida auditiva.
- b- La localización de la lesión.
- c- El momento de aparición del déficit auditivo.

A continuación realizamos una descripción de cada uno de ellos:

a- Las hipoacusias según la intensidad de la pérdida auditiva:

- **Hipoacusias Leves** (20 - 40 dB HL):

Descriptas a veces como el niño "duro de oído" (o hipoacúsico), que poco interfiere en el desarrollo del lenguaje y no requieren gran ayuda especializada, suele ser confundida con retraso mental o desatención.

- **Hipoacusias Medias** o pérdida parcial de la audición (40 - 70 dB HL):

Ocasiona dificultades para oír la voz de la conversación común. En la mayoría de los casos la persona necesitará de un audífono. Es muy importante aprovechar al máximo el resto de audición conservado que junto

* Las clasificaciones presentadas fueron extraídas de la siguiente bibliografía: J. E. AZCOAGA, J.A.BELLO y cols. *Los retardos del lenguaje en el niño*, Buenos Aires, PAIDOS, 1977, Bowley GARDNER, *El niño disminuido. Guía educativa y psicológica para los disminuidos orgánicamente*, Buenos Aires, PANAMERICANA, 1993.

con lectura labial, podrá evitarle al niño las dificultades que se le presenten tanto en la audición del lenguaje de las demás personas como en el propio desarrollo. En estos casos con un buen estímulo del lenguaje en el hogar desde los primeros años, el niño podría llegar a concurrir a una escuela común a los 5 años de edad, con el apoyo esporádico de un visitador para hipoacúsicos. En otros casos estos niños pueden llevar a cabo procesos de integración escolar entre una escuela especial para niños con disminución auditiva y una escuela común.

- **Hipoacusias Severas** o pérdida importante de la audición (70 - 90 dB HL):

Este niño solo puede oír una conversación si se le habla en voz muy alta y muy de cerca y, aún así, con frecuencia no alcanza a comprender lo que oye. Es necesaria una enseñanza regular e intensa en el hogar desde los primeros momentos, utilizando un audífono pero apoyándose más en la lectura labial. La mayoría de estos niños debe acudir a escuelas especiales, siendo muy importante la integración a fin de que no pierda el contacto con el resto de la comunidad.

- **Hipoacusias Profundas** o sordera profunda (mayor a 90 dB HL):

Los niños con este profundo déficit auditivo necesitan una enseñanza intensiva con una orientación especializada tanto en el hogar como en la escuela especial para sordos cuanto antes. Sólo así muchos niños llegan a adquirir el habla y la comprensión del lenguaje. Puede implementarse la utilización de audífonos que le permitirá oír algunos sonidos pero no los relacionados con el lenguaje, por lo cual se debe recurrir casi completamente a la lectura labial, y también los otros métodos de educación "manuales" primitivos, que incluyen el empleo de gestos y signos, así como el deletreo de los dedos.

Al mismo tiempo, debe considerarse la proporción en que están afectadas selectivamente las frecuencias agudas, medias y graves del espectro auditivo.

- b- Las hipoacusias según la localización de la lesión:

- **Hipoacusias de transmisión o conductivas:**

Está afectada la parte mecánica del oído, como corresponden a las patologías del oído externo y medio.

- **Hipoacusias de percepción o neurosensoriales:**

La lesión se localiza en el órgano de Corti o en las vías o centros nerviosos superiores auditivos.

- **Hipoacusias mixtas:**

Cuando se asocian hipoacusias de transmisión y de percepción.

c- Las hipoacusias según el momento de aparición del déficit auditivo:

Cabe destacar que la falta de audición en general se diagnostica en forma tardía, incluso en niños nacidos prematuramente, o con secuelas de meningitis.

- **Hipoacusias prelocutivas:**

Existen desde el nacimiento antes de la aparición normal del lenguaje.

- **Hipoacusias perilocutivas:**

Aparecen entre los dos y cuatro años.

- **Hipoacusias poslocutivas:**

Se instalan luego de que las adquisiciones lingüísticas fundamentales se han consolidado.

Las hipoacusias prelocutivas y las perilocutivas, cuando son bilaterales y de intensidad severa o profunda, interfieren en el desarrollo del lenguaje o lo impiden.

3- Etiología:

a- Causas prenatales:

Las hipoacusias de origen prenatal, tanto conductivas como neurossensoriales, pueden ser de origen genético o adquirido.

a.1.)- Anomalías genéticas:

El momento de aparición clínica varía desde el nacimiento hasta bien avanzada la adolescencia. Se debe sospechar una hipoacusia de este tipo siempre que se detecte una pérdida de audición sin causa adquirida bien documentada. Pueden presentarse en forma aislada, es decir, que no estarán asociadas a anomalías de otros órganos extraóticos; o en forma asociada a otras anomalías u otros signos malformativos, por lo cual, será preciso analizar si todo ello corresponde a un cuadro sindrómico.

a.2.)- Factores prenatales adquiridos:

Son las provocadas por factores exógenos siendo las causas más frecuentes las infecciones (Especialmente en el primer trimestre de gestación, las infecciones bacterianas o virales como la rubeóla, herpes, toxoplasmosis, sífilis, etc.), las sustancias ototóxicas, la exposición a radiaciones y la patología materna gestacional.

b- Causas perinatales:

Son múltiples los factores que pueden concurrir al mismo tiempo, siendo difícil conocer si fue aisladamente uno el causante o varios de ellos simultáneamente. Los principales factores etiológicos en este período son: la prematuridad y / o el bajo peso, la hipoxia y la hiperbilirrubinemia. Otros son las infecciones, la ototoxicidad, traumatismos obstétricos, etc.

c- Causas posnatales:

Aquí se incluyen todas las hipoacusias de origen adquirido y de aparición posterior al período neonatal (primeros 28 días de vida). Las causas son muy numerosas, entre ellas las de mayor trascendencia y frecuente presentación son:

- 1)- Otitis media crónica: se produce una inflamación del oído medio, que puede o no ser de origen infeccioso.
- 2)- Infecciones generales que afectan al oído:

- *La meningitis bacteriana:* La pérdida de audición es irreversible en la mayor parte de los pacientes, pudiendo ser incluso progresiva a lo largo de los meses posteriores a la meningitis. Ocasionalmente se produce una mejoría auditiva.
- *La parotiditis epidémica:* Es una enfermedad viral, de presentación aguda y en pequeñas epidemias que afectan generalmente a la población infantil. La manifestación clínica más frecuente es la inflamación de las glándulas parótidas; también puede acompañarse de otros síntomas y signos, entre los cuales se encuentra la hipoacusia neurosensorial de carácter unilateral. Suele ser de grados severo o profundo, aparece en los primeros días del proceso inflamatorio.
- *El sarampión:* También es una enfermedad viral. Si bien la edad de aparición del sarampión es universal, su mayor incidencia se da entre la fase posterior a la lactancia y los 3 años. Cuando aparece como secuela una hipoacusia, esta es de tipo neurosensorial, generalmente bilateral y simétrica, de intensidad moderada o severa, con mayor afectación de las frecuencias agudas.
- *Ototóxicos:* Esta hipoacusia es de tipo neurosensorial, bilateral, de grado profundo, severa o moderada. Salvo en los estadios más iniciales, es de carácter irreversible y en algunos pacientes, a pesar de haberse detenido la administración de ototóxicos, la hipoacusia tiende a ser progresiva hasta llegar a un grado profundo.

4- Efectos psicológicos de la hipoacusia:

Consideraremos brevemente los efectos psicológicos de la hipoacusia desde el punto de vista del niño, las cuales pueden ser muy profundas como consecuencia de una seria discapacidad como la que estamos tratando.

El modo en que los padres reciben y procesan la noticia de que su hijo sufre una disminución auditiva, tendrá importantes repercusiones sobre el vínculo que estos establezcan con su hijo y por lo tanto sobre el desarrollo psicológico de este último.

Sus primeras reacciones ante esta novedad, suelen ser de asombro, consternación y desorientación; reacciones acompañadas por una gran cantidad de preguntas a las cuales los padres podrán responder de una

manera positiva aprendiendo a crecer junto al niño, o bien de una manera negativa justamente negando la situación real de su hijo y de la familia entera. A todo esto se suman sentimientos de culpa, puesto que muchos se sienten responsables de haber provocado la hipoacusia en su hijo. Y, nosotros, sabemos que casi todas las causas de tal déficit escapan al control de las personas. Esta información puede ayudar a los padres.

También puede ayudarles saber que su hijo antes de ser un niño hipoacúsico es un niño, y que por lo tanto muchas de las dificultades que se le presenten serán las mismas que sufran los niños normo-oyentes, como las que se refieren a accesos de mal humor, de desobediencia, problemas con las comidas, holgazanería, fracasos en la escuela, etc. Por eso debemos tener cuidado de no suponer que todas sus dificultades se deben a su patología.

a- La carencia de ruidos y anuncios auditivos:

Debemos tener en cuenta que los niños sordos profundos no oyen los ruidos casi continuos de la vida cotidiana, que las personas de audición normal aceptan como un hecho y los oyen casi sin darse cuenta (puertas que se cierran, las voces, etc.). Psicológicamente, éstos son importantes, puesto que dan cuenta de que la vida sigue su curso y nos ponen en contacto con ella y con los demás, dándonos la sensación de estar vivos. Por el contrario, el niño con una disminución grave vivirá en un mundo de silencio, provocándole una sensación de aislamiento.

La audición de estos sonidos posibilita ajustar el comportamiento en distintas situaciones; por ejemplo el niño puede prepararse para la entrada de su madre a su cuarto pues oye los pasos que se dirigen a su habitación, en el niño sordo esto se convierte en bruscas sorpresas de aparición y desaparición del otro. Así, su vida diaria está llena de sorpresas de este tipo (porque carece de señales de prevención a través del sonido) y que, por más que le resulten agradables, en un primer momento representan un choque para él.

b- Dificultades para su participación en la vida familiar:

A lo anterior se agregaría el hecho de no poder comunicarse mediante el código lingüístico con que se comunican los integrantes de la familia entre sí. Así su participación en la vida familiar está limitada. Esto se agrava si el niño no aprendió a leer los labios, dificultando de manera importante la comprensión de lo que los demás dicen. Por lo tanto, se limitan notablemente las actividades que puede realizar con su madre, padre y hermanos.

Los dos puntos anteriormente descriptos influirán decisivamente en el desarrollo de la personalidad del niño con disminución o privación auditiva en lo que se refiere a:

- El desarrollo emocional.
- Desarrollo del lenguaje
- Desarrollo social.
- Desarrollo intelectual.
- El desarrollo de los hábitos.
- Aprendizaje de los límites.

➤ Desarrollo emocional:

"Todos los niños precisan afecto y seguridad, y estas necesidades no se satisfacen con facilidad en el caso del niño sordo"¹⁰

Para hablar del desarrollo emocional de cualquier niño, resulta imprescindible remitirnos al vínculo que este y su madre, establecen desde, incluso, el momento de la concepción.

Sabemos que desde un principio madre e hijo resultan ser un todo sin diferenciarse. Teniendo en cuenta que la hipoacusia no se diagnostica sino más tardíamente, podemos decir que hasta ese momento puede establecerse un vínculo emocional apropiado entre ambos.

¹⁰ BOWLEY GARDNER, *El niño disminuido. Guía educativa y psicológica para los disminuidos orgánicamente*, Buenos Aires, Ed. Panamericana, 1993, p. 114.

Sin embargo, los problemas con niños hipoacúsicos y sus madres comenzarían a presentarse en el momento de separación vitalmente necesario entre ambos. Este proceso de separación tendrá una consecución feliz para el niño, en la medida en que éste pueda construir un sentimiento de seguridad en sí mismo y en su propio cuerpo. Pero, para esto, es preciso que el dolor de la separación sea atenuado por la presencia de la madre quien satisfará sus necesidades brindándole palabras de amor y libertad a sus actividades lúdicas y motrices.

Y aquí es donde se presenta una diferencia fundamental entre niños normo-oyentes y niños hipoacúsicos. Los primeros pueden perder de vista a su madre, sin llegar a dudar de su presencia ya que la oyen aunque esté lejos. Esto les brinda tranquilidad y por tanto seguridad, ya que confían en la posibilidad de retorno de la misma. Y, circunstancia permitida por el hecho de que el espacio de seguridad auditiva es mayor que el espacio de seguridad visual. Además, no es redundante mencionar, que en un normo-oyente, la aparición de la palabra mediatiza la angustia de separación y lo va integrando a la cultura familiar, hecho del cual el niño hipoacúsico se ve total o parcialmente excluido. El niño sordo no puede escuchar a su madre cuando está ausente, por lo cual, si ésta se aleja de su vista, sienten que desaparece completa y repentinamente, situación que les provoca intensos sentimientos de inseguridad, pérdida, soledad y temor, temores que se verían apaciguados con las palabras tranquilizadoras del adulto. Así, se encuentra aislado de la fuente de seguridad que ella representa. Por eso la madre de estos niños menores de un año tendrían que desplegar todos aquellos recursos que le permitan establecer relaciones sutiles vocalizadas, visuales, olfativas, festivas, lúdicas, para contrarrestar las sensaciones descriptas.

Otro punto, no menos importante a tener en cuenta es el temor que estos niños suelen tener a la oscuridad, pues, como vimos, dependen mucho de su visión.

Otra dificultad se presentará en la medida que el niño vaya creciendo, pues él seguirá a la madre, tratando de tenerla siempre al alcance de su vista. Y, sabemos lo importante que resulta lograr ser un individuo independiente, y esto se irá consiguiendo de una manera lenta y natural en la medida en que se sientan básicamente seguros y se les brinden oportunidades para hacer las

cosas sin la continua presencia de la madre. Una de las dificultades, en esta exploración independiente del mundo, se origina en el hecho de que no se lo puede ayudar con explicaciones habladas en su propósito, por ejemplo, de tratar de comer con los cubiertos, de vestirse, etc. Así, cuando se equivoca, en su intento de hacer las cosas solo, no es fácil vencer su sensación de fracaso y su posible mal humor por medio de palabras o sugerencias, llevándolo a hacer algo menos difícil. Estos fracasos sin duda lo lleva a grandes sentimientos de frustración, ya que a menudo se encuentra en situaciones desagradables, por una parte porque no sabe expresar lo que siente, y por otra, porque capta mal lo que sienten los demás, todo esto puede conducirlo a la agresividad, que a falta de lenguaje para expresarla, el niño sordo utiliza su cuerpo como medio de expresión privilegiado. En cambio, si se lo puede ayudar con gestos y alentándolo con una sonrisa, pero esto solo cuando él observa a la madre, situación que se ve perturbada ya que el niño no puede mirar a la madre mientras se concentra visualmente en su tarea. Por lo tanto, los padres deben tener en cuenta para cuáles tareas está preparado y maduro y cuáles serán difíciles para su edad. Estas últimas han de ser compartidas entre los padres y el niño y si no es posible deberán ser sustituidas por otra actividad más fácil. El riesgo de que estos fracasos sean reiterados, radica en que los intentos por hacer las cosas solo se colmen de frustración, angustia y rabia. Muchos fracasos y consiguientes rabietas, conducirían al niño a rechazar su independencia, aferrándose a su madre en exceso, o volviéndose retraído.

Por lo descripto, observamos que para lograr un desarrollo emocional sano, es necesario no caer ni en la sobreprotección asfixiante, ni en el abandono que no presta apoyo al crecimiento del niño. El primer caso se trataría de aquellos cuidadores que temen excesivamente a que el niño explore el entorno solo, debido a los peligros que lo puedan rodear. El saberse no escuchados los desorienta lo cual los llevaría a buscar estar permanentemente presente en la solución al problema, lo cual los lleva a convertirse en cuidadores impredecibles que desaparecen y aparecen sorpresivamente, impidiendo que el niño descubra su medio de un modo natural, espontáneo y relajado. El problema se ve aumentado cuando el niño comienza a deambular, ya sea gateando y peor aún caminando, esto promueve una mayor separación entre este y su madre - o cuidador -. Sin embargo, este momento puede

retrasarse pues tanto el niño como la madre temen diferenciarse, pero más aún la segunda.

Así puede suceder que los niños con madres omnipresentes resuelvan esta situación en un comportamiento sumiso, presentándose como niños "bien adaptados", siempre atentos, predispuestos a lo nuevo, respondiendo siempre a las exigencias del medio, hasta el punto que a los ojos de un espectador cualquiera pareciera que ellos aceptan dichas exigencias pero en realidad, lo que sucede, es que este comportamiento les permite reaccionar a esta madre y mundo impredecibles. En definitiva con esta "inadaptación" de la madre (o cuidador que domine la situación), lo único que se lograría sería que el niño construya un falso self resultando una copia de la primera. Este comportamiento también puede observarse en los niños (generalmente durante los primeros tres años de vida) que suelen ser muy vapuleados algunas veces necesariamente y otras no tanto con estudios y controles, siendo objeto de múltiples pequeñas separaciones de su madre o cuidador principal, a veces abrupta, generalmente abrumadora, comportándose en compensación en apariencia como muy independientes, pero en un verdadero "como si" (como si fuera oyente). Por lo cual esta etapa de constancia objetal precursora de la real individuación y de una estructuración fuerte, se retrasa o bien se detiene o se manifiesta como aparentemente lograda.

En cambio otros niños al sentir que sus madres o entorno familiar no responden adecuadamente a sus necesidades y/o no los entienden, optan por defenderse de una manera más manifiesta y hasta agresiva, esto como medio para diferenciarse y reducir el vínculo simbiótico, acelerando su proceso de individuación.

En síntesis, mientras algunos niños asumen conductas de apego excesivas otros asumirán manifestaciones de independencia prematuras.

Es muy notable el uso expansivo que el niño deambulador hipoacúsico hace de su cuerpo, pues es a través de este que busca diferentes maneras de comunicarse con el mundo gritando, saltando corriendo, tirándose al suelo, etc. Su rostro es expresivo y sabe hacerse entender en todo lo concerniente a sus necesidades básicas.

A menudo no se comprende a los hipoacúsicos porque el defecto es menos manifiesto que en el caso de otras discapacidades como la ceguera o la

parálisis cerebral. Pero el déficit que supone la disminución auditiva es muy importante, debido a que no poder oír parcial o totalmente implica una considerable dificultad para estar en contacto con el lenguaje común compartido por todos, lo que conduce al aislamiento de muchos tipos de contacto social y de muchas oportunidades de aprendizaje.

➤ Desarrollo del lenguaje.

Consideramos que la disminución auditiva, sobre todo si es grave, tiende a aislar al niño de la vida corriente, común y cotidiana, ya que lo priva de muchas de las experiencias y oportunidades de aprender de que gozan los niños que oyen. Debemos tener en cuenta que los niños hipoacúsicos tienen que hacer esfuerzos constantes y considerables para alcanzar ciertas cosas que los otros niños (normo-oyentes) adquieren con relativa facilidad, como por ejemplo, mientras los niños que pueden escuchar aprenden el lenguaje casi como "por casualidad", de forma natural y espontánea; el niño hipoacúsico debe aprenderlo gradualmente, necesitando de una enseñanza especializada. Y por lo mismo, exige de los padres un nuevo aprendizaje, comenzando por la pérdida del "miedo a lo diferente", lo cual, posibilitará la comprensión de qué significa para el niño su defecto, cómo influye en su vida, pudiendo así buscar la manera de reducir sus efectos y facilitar el aprendizaje en cuantas direcciones sea posible. La audición y el desarrollo del lenguaje están íntimamente unidos. Si bien debemos considerar que el lenguaje no solo es verbal, sino que posee un importante componente corporal en lo que se refiere por ejemplo a lo gestual, debido tal vez, a una cuestión cultural se presenta un énfasis en el lenguaje transmitido en forma verbal y este, lógicamente, desde el nacimiento, comienza a llegarle al bebé por medio de la audición. Así, en un niño con una audición normal, observamos que el lenguaje se desarrolla por imitación de lo que oye hablar a su alrededor, y por su deseo de utilizar el mismo para ampliar el contacto con el medio ambiente y para controlarlo.

En los primeros meses de vida, los gritos y barboteos vocales del niño hipoacúsico, que son la base espontánea y primitiva del lenguaje, parecen iguales a los del niño que oye, pero al cabo del primer año se advierte que son repetitivos y de tono áspero. Como no puede oír su propio barboteo (aunque lo siente), no recibe el estímulo de sus propios sonidos; muchos niños sordos

muestran tendencia a mantenerse relativamente callados en el segundo año de vida, aunque sus órganos de la fonación son normales. Es importante que los padres traten de evitar este silencio, y ello es especialmente necesario en el caso de los niños que han ensordecido después de la adquisición del habla y muestran tendencia a mantenerse en silencio. En estos casos, para conservar el lenguaje es fundamental la ayuda de un maestro para sordos.

□ Hipoacusias leves.

A estos niños, en general, se les diagnostica la disminución auditiva una vez que ingresan a la escuela ya que pueden percibir normalmente la palabra, lo cual les permite desarrollar un lenguaje y una vida social sin trastornos significativos. Sin embargo, debido al hecho de que se "escapan" algunos fonemas pueden aparecer pequeños déficit en la comprensión de la voz susurrante o en la percepción de los sonidos lejanos.

Pueden despertarse con los ruidos, tienen un buen reflejo de orientación y en la edad adecuada diferencian las voces familiares de las que no lo son, lo cual se refleja en su expresión y sonrisa.

□ Hipoacusias medias.

Los niños con este grado de disminución auditiva no perciben la palabra hablada, salvo que esta sea emitida a una fuerte intensidad. Para paliar las dificultades en la comunicación puede utilizarse la lectura labial y también la adaptación de audífonos.

En estas hipoacusias si la pérdida auditiva es inferior de 50 dB HL no se presentarán problemas en el autocontrol de la intensidad, melodía, ritmo y timbre de la propia palabra. Ahora, si las frecuencias graves se mantienen por debajo de los 50 dB HL pero existe una caída en los tonos agudos, se conservará el control de la melodía y de la prosodia, pero el timbre será mal discriminado; esto ocasiona un déficit en la articulación y en los movimientos del velo del paladar; el lenguaje también se empobrece, de tal forma que, de no existir una detección y un tratamiento precoces de la hipoacusia, la vida social se verá claramente afectada.

□ Hipoacusias severas.

Estos niños poseen un déficit del lenguaje muy acentuado, hasta el punto de que no pueden oír la voz excepto a intensidades muy elevadas. Para poder desarrollar el lenguaje requieren de manera imprescindible el uso de audífonos, como así también necesitan del apoyo logopédico, utilizando regularmente la lectura labial.

□ Hipoacusias profundas.

Este es el caso de la llamada sordera. Aquí, los niños que poseen una hipoacusia de este tipo bilateral y temprana (prelocutiva), y que además no reciben atención logopédica especializada como ningún tipo de prótesis auditiva presentarán mudez. El pronóstico es muy variable en función de la persistencia o no de restos auditivos en tonos agudos. En caso de presentarse, estos, apoyados por audífonos correctamente adaptados, permiten la recepción del timbre fonético. En cambio, si no existen restos auditivos en frecuencias medias y agudas, la información recibida es mínima, e ineficaz la utilización de audífonos. En estos casos la indicación de un implante coclear puede ser de gran utilidad.

➤ Desarrollo social:

Nos referimos a la capacidad del niño de establecer amistades y de adaptarse en general a los demás niños y adultos.

El niño hipoacúsico tendrá especiales dificultades para este intercambio social y para hacer amigos debido a su limitación en el lenguaje y en la comprensión del mismo, que resultan el fundamento para las relaciones sociales. La cuestión es simple y dolorosa, el niño hipoacúsico según su grado de disminución auditiva no podrá oír y por tanto comprender con claridad lo que los otros niños dicen en palabras habladas; palabras que utilizan para iniciar, desarrollar y finalizar sus juegos. Así, este niño se sentirá aislado y apartado. De esta manera es muy probable que se retraiga y se refugie, posiblemente, en sus propios juguetes o en su madre. Esto ocurre, sobre todo, a partir de los 5

años cuando los niños comienzan a competir en juegos grupales y reglados, para lo que se requiere respetar las reglas, pero antes oírlos y comprenderlos.

Una ayuda muy fructífera que se le puede ofrecer al niño hipoacúsico, es brindarle una información clara a sus compañeros acerca de su deficiencia, si es que estos están en edad de comprenderlo, pero sin apelar a los sentimientos de lástima. Esto evitaría que sus pares dejen de lado a este niño con déficit auditivo - por el esperable temor a lo desconocido -, y conozcan que es lo que sí puede hacer, como ser jugar en grupo.

➤ Desarrollo Intelectual:

Resulta necesario aclarar, que la hipoacusia, en cualquiera de sus grados, no se asocia con disminución intelectual, ya que los factores que han alterado la audición no tienen por qué provocar un deterioro de la inteligencia.

Luego de varios estudios, se observó que los cocientes intelectuales resultantes de pruebas psicométricas que no exigen lenguaje son casi iguales entre niños hipoacúsicos y niños normo-oyentes.

Lo que sí podemos ver, es que aquellos niños un déficit o privación auditiva que no reciben una enseñanza especializada, carecerán de experiencias que les permitan desarrollar sus capacidades intelectuales limitando el uso que puedan hacer de las mismas, en comparación con otros niños sin esta patología.

Así, es sumamente importante la enseñanza del lenguaje no solo para que aprenda a pronunciar algunas palabras, sino, para que aprecie la utilidad del lenguaje y adquiera la comprensión del mismo. Sin embargo, también resultan indispensables las actividades estimuladoras que los padres ofrezcan al bebé, lo antes posible, por ejemplo con material de juego de construcción, lo cual ayudará al niño a construir conceptos de forma y color, de distancia, posición y movimiento de los objetos en el espacio, sin necesidad del lenguaje. Además, el juego será importante, como para cualquier otro niño tanto para favorecer el desarrollo intelectual y del lenguaje, como para expresar emociones, para elaborar situaciones traumáticas, y para el aprendizaje de la empatía, la cooperación y el compartir actividades con los otros.

➤ El desarrollo de los hábitos:

A los 3 o 4 años de edad, se acentúa la necesidad de independencia tanto de los niños que oyen como de los hipoacúsicos. Así es que su comportamiento se caracterizará por el empeño en hacer cosas prohibidas, con el fin de probar los límites de sus padres.

Lo que diferencia al niño hipoacúsico, es que se mostrará mucho más activo físicamente, tocando y moviendo cosas, porque el tacto y la observación directa de las cosas es su manera de compensar la falta de lenguaje y por tanto su incapacidad para escuchar y comprender la palabra hablada oralmente. Resulta importante permitirle estas exploraciones pero sin caer en la condescendencia permanente, haciéndole conocer los límites mediante un signo con la cabeza o un gesto de los padres que le permitirá comprender, poco a poco, siempre que se apliquen de manera constante, las reglas que se deben respetar. No se le debe permitir que un día destruya sus juguetes, prohibiéndoselo al día siguiente. Las excepciones a las reglas, por ejemplo, que puede tirar la pelota pero no los ladrillos de juego, requieren de la demostración de la diferencia, efectuada con paciencia, porque del otro modo no entenderá de que se trata.

Por eso, las reglas y la rutina constante compensarán la ausencia de la palabra hablada y los sonidos de la vida cotidiana brindándole seguridad al niño, lo cual, le permitirá independizarse poco a poco.

➤ *El aprendizaje de los límites:*

Como lo hemos descripto, principalmente en lo referido al desarrollo emocional del niño hipoacúsico, vemos que la sobreprotección y la falta de límites son situaciones muy comunes que pueden llevar al niño a convertirse en un ser por momentos "dictatorial". Observamos a un niño que por ausencia de la palabra se maneja mucho más, a través, de la puesta en acción del cuerpo, y es muy frecuente que los padres, aquí no sepan como ponerle los límites a su hijo, ya que carecen de la mediación amortiguadora de la palabra oral y en algunos casos gestual.

Sabemos lo necesario que es para crecer y lograr una estructuración sana de la personalidad, el aprendizaje de los límites y de una escala de valores éticos; y que una satisfacción consentida en forma permanente interrumpen este crecimiento. Por eso es importante, hacer saber a los padres,

que las prohibiciones o límites puestos con cariño y transmitidas a través de lenguaje gestual, mímico y/o verbal, no harán daño al niño. Y estas prohibiciones, no son más que las referidas al cuidado del propio cuerpo, y del mundo animado o inanimado que lo rodea.

Hacemos hincapié en el papel de los padres en este proceso, ya que estos son los que tienen mayor dificultad para la puesta de límites; dificultad que encuentra su fundamento en lo difícil que les resulta aceptar la disminución o privación auditiva de su hijo. Así, son los adultos quienes deben hacer uso de su capacidad de tolerancia a la frustración. Por todo esto entendemos, que la falta de audición no resulta para el niño un impedimento para comprender los límites, normas y reglas.

Si este aprendizaje puede cumplirse, entonces el niño experimentará aquella seguridad interna que tanto necesita y que le posibilitará, entonces, comprometerse en otras tareas como el aprendizaje y uso del lenguaje gestual u oral.

5- Escolaridad:

La participación de los niños con hipoacusia en la vida de la escuela común, dependerá del grado de su pérdida auditiva.

Así, los niños con una pérdida auditiva leve, por ejemplo de menos de 35 decibeles, suelen tener muy pocas dificultades en el desarrollo del lenguaje y pueden adaptarse a la escolaridad normal sin más ayuda especial que la de sentarse cerca del maestro, que deberá tener en cuenta la leve hipoacusia para hacer algunas concesiones.

La mayoría de los niños con pérdida parcial de la audición tienen lenguaje suficiente como para aprovechar la escolaridad común por lo general con ayuda de un audífono, sobre todo si han sido bien estimulados en el hogar y desde edad temprana. En estos casos es fundamental el apoyo, por lo menos ocasional, de una maestra especial a domicilio. Cuando la pérdida de audición es más profunda y el lenguaje esté más comprometido, aquí la enseñanza de una maestra especial deberá ser semanal.

Sin embargo, no todos los niños con pérdida parcial de la audición ni todos los sordos profundos pueden concurrir a la escuela común, esto se debe a que su lenguaje puede mantenerse varios años retrasado en cuanto al nivel de desarrollo correspondiente a su edad, lo cual, lo coloca en un constante esfuerzo intentando participar de las clases y de la vida social. Aquí, resultaría importante un tipo de enseñanza integrada entre una escuela especial para niños hipoacúsicos, y una escuela común. De manera que el niño reciba una atención especializada a la vez que aprende a compartir la vida social con pares normo-oyentes.

6- La latencia en el niño hipoacúsico

Este período del desarrollo que se presenta entre los 6 y los 11 años, merece nuestra especial atención, ya que la presente investigación se focaliza en niños de entre 6 y 10 años de edad.

En esta etapa el niño hipoacúsico y sus padres tienen como meta el aprendizaje escolar, la adquisición de una lengua y el aprendizaje de normas y pautas de convivencia. Por tanto es muy frecuente que la escuela y los padres sobrevaloren todo lo referido a lo intelectual y dejen de lado, "sin darse cuenta", otros importantes aspectos del desarrollo como ser el emocional. Es relevante recordar a los padres, que ante todo son padres, de manera que no se conviertan en maestros especializados dejando de lado su función básica de contención afectiva.

El niño hipoacúsico acepta incorporar conocimientos, generalmente sólo, a través de la lengua oral, con tal de no quedar segregado y acomodarse a lo esperable. Así, podemos observar dos comportamientos extremos en estos niños: aquellos que tienen problemas escolares o emocionales y aquellos que llegan a sobreadaptarse, actuando "como si" fueran normo-oyentes, logrando un buen desempeño escolar, siendo obedientes, y respondiendo a las normas e ideales de sus padres y de su grupo social. Estos son los niños que más deben preocupar pues en su afán por responder al modelo esperado (ser un niño que oye) no elaboran adecuadamente sus emociones actuando un personaje (niño oyente) pues no asumen su verdadera situación, mostrándose

“equilibrados” y “adaptados”. Reprimen sus deseos y responden al deseo del otro, haciendo una acumulación enciclopédica de conocimientos.

Algunos niños en esta etapa logran alcanzar un lenguaje esperado en contra de un bajo nivel de tolerancia a la frustración y una creatividad lúdica limitada o anulada, por ejemplo, lloran cuando pierden en los juegos reglados o compartidos optando, finalmente por juegos ritualistas sin demasiada creatividad.

En el otro extremo están los niños que no alcanzan a construir un lenguaje que les permita entender y hacerse entender, por lo cual son excluidos por sus pares o su familia, refugiándose en una conducta infantilizada o inmadura.

Pero en este período no solo es importante la construcción de conocimientos académicos, sino también el logro de una mayor independencia respecto de los padres y el consecuente establecimiento de nuevas relaciones con otros adultos y pares. Pero esto muchas veces es olvidado, puesto que lo que el niño sabe o hace nunca alcanza, o su forma de hablar no es totalmente adecuada, y por esto debe estar constantemente haciendo deberes y tareas. Esta situación limita las posibilidades de contacto con otros niños, ya que nunca hay tiempo suficiente para las visitas y encuentros extra escolares. De ahí que les sea muy difícil construir amistades.

También las actividades deportivas están muy limitadas. Puede observarse que muchos de estos niños parecen tener reacciones agresivas o impulsivas, y es lógico desde el momento que no encuentran un espacio para desplegar su actividad corporal, necesaria para la descarga de sus emociones y pulsiones. Todo conduce a dificultades para la aceptación de límites, normas y reglas y para la integración en grupos de niños oyentes.

A todo esto se suma, el esperable sentimiento de vergüenza de los niños de esta edad en relación a su cuerpo. Situación que en el niño hipoacúsico se acentúa por la conciencia de su déficit y sobre todo cuando deben usar audífonos que frecuentemente tratan de ocultar, pues es algo sentido como impropio.

Así, el miedo a no ser entendido, el sentirse descubierto por su tono de voz, la vergüenza por saberse diferente, el consecuente temor a ser objeto de burlas, el aumento de los sentimientos de inferioridad, tristeza e impotencia, la

baja autoestima por no llegar al ideal de perfección (ser oyente) y las oportunidades tan limitadas que tienen de intercambiar relaciones en juegos grupales, conducen al niño a conectarse solo con aquellos iguales a él (hipoacúsicos) pues se sienten más cómodos con estos al manejarse en un mundo ya conocido.

Por eso, hacemos relevancia nuevamente en que esta etapa no debe focalizarse exclusivamente en el aprendizaje de asignaturas escolares, sino también, y lo que es más importante en la construcción y reconocimiento de una identidad y el logro de la autoestima. Esto será lo que le permitirá consolidar el sentimiento de pertenencia, sintiendo que tiene su propio lugar tanto dentro de la familia como fuera de ella, pues cuenta con la aprobación de su familia y grupo de pares, eliminando el sentimiento de marginación.

Aquel niño que no logre esto, se constituirá como un adolescente totalmente infantilizado o, en el otro extremo, sobreadaptado.

7- Funciones de alerta, orientación y estructuración temporoespacial:

Incluimos, aunque más no sea brevemente, el análisis de este punto, para obtener una mayor comprensión acerca de lo que significa para el niño hipoacúsico la falta o disminución de la audición.

a- Funciones de alerta y orientación:

Como ya lo dijimos al principio, la audición no sólo está al servicio de la comprensión de la palabra hablada, sino que resulta indispensable para participar de la vida cotidiana mediante la percepción semiconsiente de los sonidos permanentes ambientales. Dicha percepción es la que permite mantener funciones como la orientación, alerta y vigilancia.

Por eso, podemos observar como ya en los bebés (con disminución auditiva) este déficit tiende a compensarse con una mirada intencional que se agudiza, hasta el punto que el bebé se presenta casi en un "estado de alerta o de "inspección" cuando alguien está delante de él y se mueve.

Así, cuanto más profunda sea la hipoacusia, mayor será la tendencia a reemplazar con la visión aquellas funciones que no pueden cumplirse auditivamente.

Estos niños, exploran el entorno con su vista, quieren ver todo y al mismo tiempo, lo que explica que su atención sea un tanto lábil.

Es importante decir, que si bien tanto el niño sordo profundo como un niño que sufre una hipoacusia unilateral no son capaces de determinar la procedencia de los sonidos; en el segundo caso se preserva la función de alerta.

b- Estructuración temporoespacial:

La audición también resulta necesaria, además de todo lo descripto, para estructurar y establecer las dimensiones espaciales.

En primer lugar, si prestamos atención a nuestra experiencia auditiva, pronto nos damos cuenta de que manera el oído es capaz de establecer el

tiempo que separa a los sonidos. Así, por ejemplo, escuchamos el motor de un auto que se aproxima, los tacos de una persona caminando en la calle, etc.

Los ruidos y los sonidos existen por todas partes, y en forma permanente, nunca hay un silencio absoluto. Esto nos proporciona una imagen acústica de nuestro entorno en forma de reverberaciones múltiples y de ecos. De ahí que el sordo profundo pierde una buena parte de la información sobre el espacio. Por eso un niño con este déficit necesita tocar las cosas para conocer. Y por lo mismo, es común observar su tendencia a chocar con los objetos, presentando una mayor dificultad en sus desplazamientos.

PROBLEMA:

¿Cuáles son los indicadores emocionales más significativos a observar y detectar en los protocolos del Test de Bender confeccionados por niños en edad escolar de entre 6 y 10 años de edad que padecen hipoacusia?

OBJETIVOS:

□ OBJETIVO PRINCIPAL:

Indagar y profundizar el conocimiento acerca de la madurez emocional en niños hipoacúsicos a través de la detección de indicadores emocionales en el Test de Bender.

□ OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Detectar aquellos indicadores emocionales que se relacionan significativamente con la hipoacusia de niños y niñas de entre 6 y 10 años, mediante el test de Bender.

HIPÓTESIS:

En los protocolos del Test de Bender de niños hipoacúsicos de entre 6 y 10 años de edad, se observarían alteraciones de los siguientes indicadores emocionales:

- Línea ondulada.
- Rayas en lugar de círculos.
- Aumento progresivo del tamaño.
- Gran tamaño.
- Tamaño pequeño.
- Líneas finas.
- Repaso del dibujo, de las líneas.
- Expansión.

VARIABLES:

V.D. (variable dependiente) Indicadores emocionales del Test de Bender Infantil.

V.I. (variable independiente) Hipoacusia media y profunda.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES

V.D. Indicadores emocionales del Test de Bender Infantil:

Los indicadores emocionales son aquellos que reflejan actitudes emocionales y la estructura de la personalidad. No se considera que los mismos sean una función de la percepción visomotriz. De manera que un niño puede no tener problemas visomotores y sin embargo mostrar una alta incidencia de indicadores emocionales en su protocolo, mientras que otro niño con pronunciadas dificultades en la percepción visomotriz puede estar libre de indicadores emocionales.

Se presenta una lista de diez indicadores emocionales, según los propuestos por Koppitz:

1. Orden confuso.
2. Línea ondulada.
3. Rayas en lugar de círculos.
4. Aumento progresivo del tamaño.
5. Gran tamaño (macrografismo).
6. Tamaño pequeño (micrografismo)
7. Líneas finas.
8. Repaso del dibujo, de las líneas.
9. Segunda tentativa.
10. Expansión.

V.I. Hipoacusia:

- **Hipoacusias Medias** o pérdida parcial de la audición (40 - 70 dB HL):

Los niños con este grado de disminución auditiva no perciben la palabra hablada, salvo que esta sea emitida a una fuerte intensidad. Para paliar las dificultades en la comunicación puede utilizarse la lectura labial y también la adaptación de audífonos. En estas hipoacusias si la pérdida auditiva es inferior de 50 dB HL no se presentarán problemas en el autocontrol de la intensidad, melodía, ritmo y timbre de la propia palabra. Ahora, si las frecuencias graves se mantienen por debajo de los 50 dB HL pero existe una caída en los tonos agudos, se conservará el control de la melodía y de la prosodia, pero el timbre será mal discriminado; esto ocasiona un déficit en la articulación y en los movimientos del velo del paladar; el lenguaje también se empobrece, de tal forma que, de no existir una detección y un tratamiento precoces de la hipoacusia, la vida social se verá claramente afectada.

Es muy importante aprovechar al máximo el resto de audición conservado que junto con lectura labial, podrá evitarle al niño las dificultades que se le presenten tanto en la audición del lenguaje de las demás personas como en el propio desarrollo. En estos casos con un buen estímulo del lenguaje en el hogar desde los primeros años, el niño podría llegar a concurrir a una escuela común a los 5 años de edad, con el apoyo esporádico de un visitador para hipoacúsicos. En otros casos estos niños pueden llevar a cabo procesos de integración escolar entre una escuela especial para niños con disminución auditiva y una escuela común.

- **Hipoacusias Profundas** o sordera profunda (mayor a 90 dB HL)

Este es el caso de la llamada sordera. Aquí, los niños que poseen una hipoacusia de este tipo bilateral y temprana (prelocutiva), y que además no reciben atención logopédica especializada como ningún tipo de prótesis auditiva presentarán mudez. El pronóstico es muy variable en función de la persistencia o no de restos auditivos en tonos agudos.

En caso de presentarse, estos, apoyados por audífonos correctamente adaptados, permiten la recepción del timbre fonético, sin embargo, seguirán sin

oir los sonidos relacionados con el lenguaje, por lo cual se debe recurrir casi completamente a la lectura labial, y también los otros métodos de educación "manuales" primitivos, que incluyen el empleo de gestos y signos, así como el deletreo de los dedos.

En el caso de que no existan restos auditivos en frecuencias medias y agudas, la información recibida es mínima, e ineficaz la utilización de audífonos. En estos casos la indicación de un implante coclear puede ser de gran utilidad.

Los niños con este profundo déficit auditivo necesitan una enseñanza intensiva con una orientación especializada tanto en el hogar como en la escuela especial para sordos cuanto antes. Sólo así muchos niños llegan a adquirir el habla y la comprensión del lenguaje.

DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

Y.D. Los Indicadores emocionales se definen operacionalmente de la siguiente manera:*

"1. Orden confuso.

Definición: Las figuras están desparramadas arbitrariamente en el papel sin ninguna secuencia ni orden lógico. Se considera positivo cualquier tipo de orden o secuencia lógica. Esto comprende una disposición de las figuras desde la parte superior de la página hacia abajo y nuevamente hacia arriba, de izquierda a derecha, o de derecha a izquierda. No se computa como falta este ítem si dibuja la figura 8 en el extremo superior de la página porque no le ha quedado espacio libre al costado o al pie de la página.

Implicaciones: El Orden Confuso en los dibujos está asociado con un planeamiento pobre e incapacidad para organizar el

* A continuación se presenta una transcripción del listado de indicadores emocionales propuestos por E. Koppitz, ya que la evaluación del Test de Bender como prueba proyectiva para niños hipoacúsicos que se efectuará en este trabajo se basará en las categorías diagnósticas tal como están formuladas por la

material. También se relaciona con confusión mental, particularmente en los niños mayores o más inteligentes. El orden confuso es común entre los niños de 5 a 7 años.

2. Línea ondulada.

Definición: Dos o más cambios abruptos en la dirección de la línea de puntos o círculos de las figuras 1 y 2, respectivamente. No se computa esta categoría cuando se trata de una rotación o curva continua, gradual. El cambio de dirección debe abarcar por lo menos dos puntos o círculos consecutivos. No se computa cuando hay un sólo punto o columna de círculos fuera de línea. Este ítem se acredita una sola vez independientemente de que se dé en una o ambas figuras.

Implicaciones: La línea ondulada parece estar asociada con inestabilidad en la coordinación motora y en la personalidad. Puede reflejar una inestabilidad emocional resultante de la defectuosa coordinación y escasa capacidad de integración, o un pobre control motor debido a la tensión que experimenta el niño con perturbaciones emocionales. La línea ondulada puede deberse a factores orgánicos y/o emocionales.

3. Rayas en lugar de círculos.

Definición: Por lo menos la mitad de todos los círculos de la Figura 2 están reemplazados por rayas de 2 mm. o más. La sustitución de los círculos por puntos no se computa, pues esto no parece diferenciar entre niños con serios problemas afectivos y sin ellos.

Implicaciones: La sustitución de círculos por rayas ha sido asociada con impulsividad y con falta de interés o atención en los niños pequeños. Se la ha encontrado en niños que están preocupados por sus problemas o en los que tratan de evitar hacer lo que se les pide.

Definición: Los puntos y los círculos aumentan progresivamente de tamaño hasta que los últimos son por lo menos tres veces más grandes que los primeros. Este ítem se computa sólo una vez aunque se dé en más de una figura.

Implicaciones: El tamaño de los dibujos está asociado con baja tolerancia a la frustración y explosividad. Como los niños pequeños tienden normalmente a tener una tolerancia menor a la frustración, las implicaciones diagnósticas de esta desviación aumentan a medida que los niños crecen.

5. Gran tamaño (macrografismo).

Definición: Uno o más de los dibujos es un tercio más grande en ambas direcciones que el de la tarjeta de estímulo. Cuando el dibujo consta de dos partes, por ejemplo la figura A y 7, ambas partes deben estar agrandadas para que se compute esta categoría. El ítem se acredita una sola vez independientemente de la cantidad de figuras agrandadas.

Implicaciones: El gran tamaño ha sido asociado en los niños con la conducta acting out (forma de descargar los impulsos hacia afuera).

6. Tamaño pequeño (micrografismo)

Definición: Uno o más dibujos son la mitad más pequeños que el modelo. El tamaño de cada figura se mide en ambas direcciones. Cuando un dibujo consta de dos partes, por ejemplo la figura A o la 4, ambas partes tienen que haber sido reducidas en su tamaño para que se compute esta categoría. Este ítem se acredita una sola vez independientemente de la cantidad de figuras que han sido reducidas en su tamaño.

Implicaciones: Este indicador se asocia en los niños con ansiedad, conducta retraída, constricción y timidez.

7. Líneas finas.

Definición: El trazo es tan fino que hay que esforzarse para ver el dibujo completo.

Implicaciones: Se asocia en los niños pequeños con retraimiento y timidez.

8. Repaso del dibujo. de las líneas.

Definición: Todo el dibujo o parte del mismo ha sido repasado o reformado con líneas espesas, impulsivas. El dibujo puede haber sido primero borrado y luego vuelto a dibujar, o puede haber sido corregido sin ninguna borradura. Este ítem se computa una sola vez independientemente de que el repaso se dé en una o varias de las figuras.

Implicaciones: Se asocia con impulsividad y agresividad. Se da frecuentemente en los niños de conducta acting out.

9. Segunda tentativa.

Definición: Se abandona espontáneamente un dibujo o parte de él antes de haberlo terminado y se empieza a hacerlo nuevamente. Este ítem se computa sólo cuando se efectúan dos dibujos distintos de una misma figura, en dos lugares diferentes de la hoja. No se computa cuando se borra el dibujo y se lo vuelve a dibujar en el mismo lugar del primero. Sí se computa cuando, después de borrarlo, se lo dibuja en un lugar diferente de la hoja.

Implicaciones: Se lo asocia con impulsividad y ansiedad. Es decir, se da en los niños que comprenden que su dibujo no está bien, pero son muy impulsivos y les falta el control interno suficiente como para corregir el error borrado y volviendo a dibujar cuidadosamente la parte incorrecta. El niño impulsivo abandona fácilmente lo que está haciendo y empieza todo de nuevo o comienza algo distinto en lugar de terminar lo que le resulta difícil. Otro grupo que también efectúa una segunda tentativa es el de los niños muy ansiosos que asocian

significados particulares a la forma del diseño, por ejemplo la figura 6 puede asociarla con una víbora y con masculinidad. Un niño que tenga problemas de identificación masculina puede reaccionar ante la figura 6 con ansiedad, y puede encontrar difícil terminarla. Puede intentarlo varias veces antes de lograrlo.

10. Expansión.

Definición: Se emplean dos o más hojas de papel para terminar las nueve figuras del Bender. Este Item se computa sin considerar si cada dibujo está en una hoja diferente o si ocho dibujos están en una página y el último en el reverso de la misma.

Implicaciones: Está asociado en niños pequeños con impulsividad y conducta acting out. Este indicador parece darse normalmente en niños preescolares. Entre los niños en edad escolar aparece casi exclusivamente en los protocolos de los que están emocionalmente perturbados y tienen un deterioro neurológico."

V.I.: Hipoacusia:

Quedará definida por el diagnóstico médico especializado que conste en el legajo de los niños.

DISEÑO METODOLÓGICO

La presente investigación es de diseño no experimental de tipo transeccional o transversal descriptivo.

Los datos han sido procesados a través del programa Excel, determinándose de ese modo las tablas de datos, como también los gráficos correspondientes.

a)- Unidad de análisis:

El grupo de niños a los que se les aplicará la prueba son dos:

- Grupo de niños hipoacúsicos, a los cuales se les aplicará el Test de Bender Infantil.
- Grupo control de niños normo-oyentes.

b)- Delimitación de la población:

Niños hipoacúsicos que tengan entre 6 y 10 años de edad de ambos sexos, pertenecientes a la Escuela especial para niños hipoacúsicos CEFA (Centro de fonoaudiología. Escuela de sordos e hipoacúsicos).

Niños normo-oyentes del colegio "Del Libertador", que tengan entre 6 y 10 años de edad.

c)- Definición de la muestra

La investigación se llevará a cabo a través del estudio de casos. Los mismos se constituirán por niños hipoacúsicos de entre 6 y 10 años de ambos sexos.

Asimismo, se realizará una comparación con un grupo control de niños sin privación ni disminución auditiva elegidos al azar por el personal encargado de la Institución.

d)- Desarrollo de la Investigación

Se tendrá una previa entrevista con directivos y docentes, explicitando los objetivos de la investigación a desarrollar, invitándolos a participar de las conclusiones a las que se arribe.

En segundo lugar se administrará la prueba a cada uno de los niños, a tal fin se requerirá la asistencia de un maestro especial, en el caso de los niños sordos, con el objetivo de lograr una adecuada comunicación con el niño.

Se efectuará la misma prueba al grupo control.

Posteriormente se analizará cada uno de los protocolos desde los indicadores emocionales.

Se realizará una comparación de los resultados obtenidos entre niños y niñas de la misma edad; como también una comparación entre el grupo de estudio y el grupo control.

Se trata de un estudio de casos por el cual se pretende aportar luz sobre el problema en cuestión y el refinamiento de la teoría existente. Así la elección del caso se efectúa para avanzar en la comprensión de aquello que nos interesa.

INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Test de Bender (Prueba estandarizada).

DESARROLLO ESTADÍSTICO.

1- LIMITACIONES AL ALCANCE DE LA TAREA.

En primera instancia debe mencionarse la necesidad de definir el alcance de la tarea realizada.

El relevamiento de los datos, así como su posterior análisis e interpretación se limitan a la *teoría de las muestras contemporánea* cuyo objeto

*"es obtener, por camino inferencial, conclusiones válidas para una población determinada, partiendo de la observación del comportamiento de una parte, en general pequeña, de ella llamada muestra."*¹¹

Existen numerosos motivos por los cuales el trabajo estadístico muestral presenta ciertas ventajas frente al censo. Algunas de ellas son:

- 1) Economía de esfuerzos y, por ende, de gastos.
- 2) Economía de tiempo.
- 3) El enfoque especializado en la muestra trae consigo un grado de precisión conveniente.

De esta manera queda debidamente justificada la decisión de analizar una parte de la población (muestra) y no la totalidad de ella.

2- Delimitación espacial y temporal.

Los relevamientos fueron realizados en la ciudad de Mar del Plata, en los institutos "Colegio del Libertador" y en "C.E.F.A", entre los meses de Septiembre y Octubre del año 2003.

3- Características de la población.

Se presentan en este análisis dos poblaciones homogéneas entre sí, es decir, que los componentes de cada población no difieren significativamente entre ellos. Se analizan: la población de niños hipoacúsicos en edad escolar

¹¹ Fausto I. TORANZOS, *Estadística*, Buenos aires, Ed. Kapelusz, 1968, 3º edición, p. 309.

en un intervalo entre los 6 y los 10 años diferenciados por sexo y; la población de niños normo-oyentes considerando igual intervalo y diferenciación.

Las dos poblaciones individualmente tomadas presentan características de homogeneidad, es decir, que no difieren significativamente en la cantidad y cualidad de sus elementos.

4- Criterio utilizado para la selección de la muestra y características de la misma.

Dadas las características poblacionales, el método apropiado para tomar la muestra fue el aleatorio (también llamado muestreo al azar), que es

*"aquella donde todos los elementos tienen la misma posibilidad de ser elegidos."*¹¹

Resulta claro que, siendo extraídas de una población homogénea, las muestras respectivas obtenidas también serán homogéneas.

Es importante mencionar que el relevamiento de los 21 casos responde al criterio de

*" tamaño adecuado de la muestra."*¹²

"En síntesis se dice que una muestra se extrajo de forma adecuada si:

- 1- *Es representativa de la población de la cual forma parte,*
- 2- *Es homogénea,*
- 3- *Ha sido tomada en forma aleatoria,*
- 4- *Y tiene un tamaño adecuado."*¹³

Es necesario mencionar que los datos obtenidos podrían representar a una población mayor a la considerada a través de una inferencia no paramétrica. Se llama inferencia no paramétrica a aquella que con mediciones o datos cualitativos (escalas, orden o rangos) de una muestra pequeña, infiere resultados también cualitativos de una población de gran tamaño. Pero dicho análisis excedería el alcance, de lo que, con esta tesis, se pretende demostrar.

5- Los datos. Su análisis e interpretación.

¹¹ Fausto I. TORANZOS, ob. cit. p.310.

¹² Ob. cit. p. 311-312.

¹³ Ob. cit. p. 313-314.

Realizados los relevamientos se obtuvieron los siguientes datos 10:

10 Véase gráficos del 1 al 5

NIÑOS HIPOACÚSICOS						
Indicadores emocionales por sexo	FRECUENCIA			PORCENTAJE		
	Del estrato		TOTAL	Del estrato		Del total
	F	M		F	M	
Tamaño pequeño H	9	10	19	42,86%	47,62%	90,48%
Línea ondulada H	8	10	18	38,10%	47,62%	85,71%
Orden confuso H	5	10	15	23,81%	47,62%	71,43%
Repaso del dibujo o de los trazos H	6	10	16	28,57%	47,62%	76,19%
Líneas finas H	3	7	10	14,29%	33,33%	47,62%
Tamaño grande H	2	6	8	9,52%	28,57%	38,10%
Aumento progresivo de tamaño H	4	2	6	19,05%	9,52%	28,57%
Rayas en lugar de círculos H	1	0	1	4,76%	0,00%	4,76%
Segunda tentativa H	0	1	1	0,00%	4,76%	4,76%
Expansión H	0	0	0	0,00%	0,00%	0,00%
SUMA	38	56	94			
Total de casos	21					

Tabla 1

Elaboración propia.-

NORMO-OYENTES

Indicadores emocionales por sexo	FRECUENCIA			PORCENTAJE		
	Del estrato		TOTAL	Del estrato		Del total
	F	M		F	M	Total %
Tamaño pequeño	8	11	19	38,10%	52,38%	90,48%
Línea ondulada	4	7	11	19,05%	33,33%	52,38%
Orden confuso	3	6	9	14,29%	28,57%	42,86%
Repaso del dibujo o de los trazos	1	3	4	4,76%	14,29%	19,05%
Líneas finas	0	1	1	0,00%	4,76%	4,76%
Tamaño grande	1	0	1	4,76%	0,00%	4,76%
Aumento progresivo de tamaño	0	0	0	0,00%	0,00%	0,00%
Rayas en lugar de círculos	0	0	0	0,00%	0,00%	0,00%
Segunda tentativa	0	0	0	0,00%	0,00%	0,00%
Expansión	0	0	0	0,00%	0,00%	0,00%
SUMA	17	28	45			
Total de casos			21			

Tabla 2

Elaboración propia.-

Los indicadores del test de Bender fueron agrupados de acuerdo al criterio de recurrencia, quedando ordenados de mayor a menor recurrencia y, divididos por sexo.

En la tabla número 1 y 2 se representaron las frecuencias obtenidas, así como su proporción sobre el total de casos analizados.

Se observa que:

1) Indicador: TAMAÑO PEQUEÑO:

NIÑOS HIPOACÚSICOS: Se presenta en 9 niñas (42,86%) y 10 niños (47,62%).

NIÑOS NORMO-OYENTES: Se presenta en 8 niñas (38,10%) y 11 niños (52,38%).

2) Indicador: LÍNEA ONDULADA:

NIÑOS HIPOACÚSICOS: Se presenta en 8 niñas (38,10%) y 10 niños (47,62%).

NIÑOS NORMO-OYENTES: Se presenta en 4 niñas (19,05%) y 7 niños (33,33%).

3) Indicador: ORDEN CONFUSO:

NIÑOS HIPOACÚSICOS: Se presenta en 5 niñas (23,81%) y 10 niños (47,62%).

NIÑOS NORMO-OYENTES: Se presenta en 3 niñas (14,29%) y 6 niños (28,57%).

4) Indicador: REPASO DEL DIBUJO O DE LOS TRAZOS:

NIÑOS HIPOACÚSICOS: Se presenta en 6 niñas (28,57%) y 10 niños (47,62%).

NIÑOS NORMO-OYENTES: Se presenta en 1 niñas (4,76%) y 3 niños (14,29%).

5) Indicador: LÍNEAS FINAS:

NIÑOS HIPOACÚSICOS: Se presenta en 3 niñas (14,29%) y 7 niños (33,33%).

NIÑOS NORMO-OYENTES: Se presenta en 0 niñas (0,00%) y 1 niños (4,76%).

6) Indicador: TAMAÑO GRANDE

NIÑOS HIPOACÚSICOS: Se presenta en 2 niñas (9,52%) y 6 niños (28,57%).

NIÑOS NORMO-OYENTES: Se presenta en 1 niñas (4,76%) y 0 niños (0,00%)

7) Indicador: AUMENTO PROGRESIVO DE TAMAÑO:

NIÑOS HIPOACÚSICOS: Se presenta en 4 niñas (19,05%) y 2 niños (9,52%)

NIÑOS NORMO-OYENTES: Se presenta en 0 niñas (0,00%) y 0 niños (0,00%)

8) Indicador: RAYAS EN LUGAR DE CÍRCULOS:

NIÑOS HIPOACÚSICOS: Se presenta en 1 niñas (4,76%) y 0 niños (0,00%)

NIÑOS NORMO-OYENTES: Se presenta en 0 niñas (0,00%) y 0 niños (0,00%)

9) Indicador: SEGUNDA TENTATIVA:

NIÑOS HIPOACÚSICOS: Se presenta en 0 niñas (0,00%) y 1 niños (4,76%).

NIÑOS NORMO-OYENTES: Se presenta en 0 niñas (0,00%) y 0 niños (0,00%).

10) Indicador: EXPANSIÓN:

NIÑOS HIPOACÚSICOS: Se presenta en 0 niñas (0,00%) y 0 niños (0,00%).

NIÑOS NORMO-OYENTES: Se presenta en 0 niñas (0,00%) y 0 niños (0,00%).

RESULTADOS ESTADÍSTICOS

De acuerdo con los datos observados en los relevamientos pueden establecerse las siguientes comparaciones con sus respectivas conclusiones:

Desvío en niños hipoacúsicos	Dentro del estrato		Totales
	F	M	
Tamaño pequeño	12,50%	-9,09%	0%
Línea ondulada	100,00%	42,86%	64%
Orden confuso	66,67%	66,67%	67%
Repaso del dibujo o de los trazos	500,00%	233,33%	300%
Líneas finas	-	600,00%	900%
Tamaño grande	100,00%	-	700%
Aumento progresivo de tamaño	-	-	-
Rayas en lugar de círculos	-	-	-
Segunda tentativa	-	-	-
Expansión	0,00%	0,00%	0%

Elaboración propia.-

1. Indicador: TAMAÑO PEQUEÑO: Este indicador, es el más significativo de todos, se presenta en la mayoría de las observaciones y representa al 90,48% de los casos (hipoacúsicos y normo-oyentes). Esto significaría que no existirían diferencias entre ambos grupos lo cual indicaría que la variable en cuestión no dependería de la patología en estudio.
2. Indicador: LÍNEA ONDULADA: El indicador en cuestión es muy frecuente en ambos grupos, pero se observa más en el grupo hipoacúsico (85,71%) que en el normo oyente (52,38%). En este

caso el desvío que presentan los niños hipoacúsicos respecto de los niños normo-oyentes es del 64% más. Esto significa que existen diferencias significativas entre ambos grupos lo cual indica que la variable en cuestión se encuentra influida por la patología en estudio.

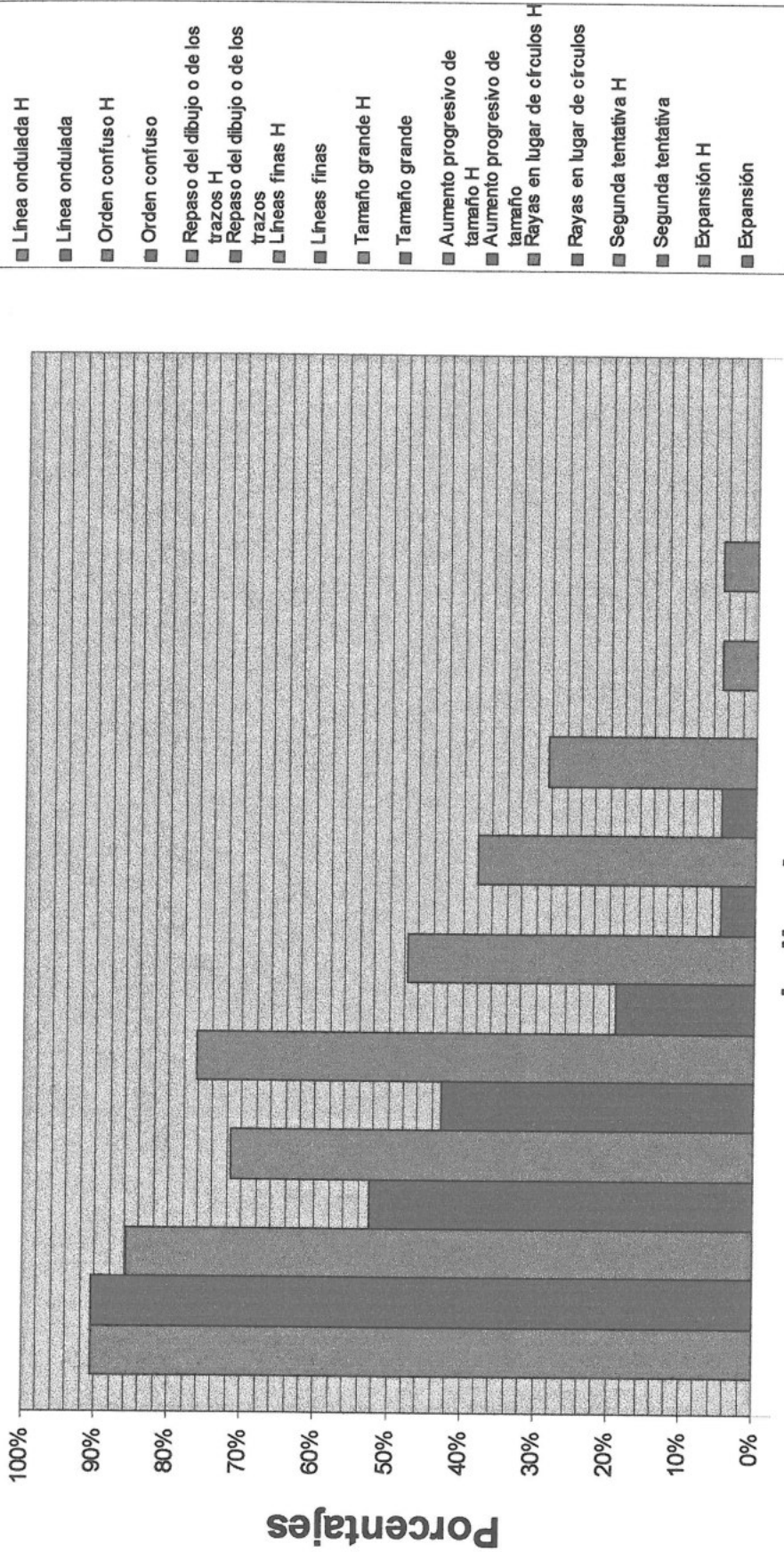
3. Indicador: ORDEN CONFUSO: Este indicador es muy frecuente en ambos grupos, pero se observa más en el grupo hipoacúsico (71,43%) contra (42,86%). Para este indicador el desvío que presentan los niños hipoacúsicos respecto de los niños normo-oyentes es del 67% más. Esto significaría que existirían diferencias significativas entre ambos grupos lo cual indicaría que la variable en cuestión estaría influida por la patología en estudio.
4. Indicador: REPASO DEL DIBUJO O DE LOS TRAZOS: En este caso, el indicador aparece notoriamente en los niños hipoacúsicos (76,19%), mientras que sólo el (19,05%) de los niños normo-oyentes lo presenta. Para este indicador el desvío que presentan los niños hipoacúsicos respecto de los niños normo-oyentes es del 300% más. Esto significaría que existirían diferencias muy significativas entre ambos grupos lo cual indicaría que la variable en cuestión se hallaría influida por la patología en estudio.
5. Indicador: LÍNEAS FINAS: En este caso, el indicador aparece como notoriamente frecuente en los niños hipoacúsicos (47,62%) en contraste con el (4,76%) que presentan los niños normo-oyentes. Para este indicador el desvío que presentan los niños hipoacúsicos respecto de los niños normo-oyentes es del 900% más. Esto significaría que existirían diferencias muy significativas entre ambos grupos lo cual indicaría que la variable en cuestión estaría influida por la patología en estudio.
6. Indicador: TAMAÑO GRANDE: En este caso, el indicador aparece frecuentemente en los niños hipoacúsicos (38,10%) en comparación con el (4,76%) que presentan los niños normo-oyentes. Para este

indicador el desvío que presentan los niños hipoacúsicos respecto de los niños normo-oyentes es del 700% más. Esto significaría que existirían diferencias muy significativas entre ambos grupos lo cual indicaría que la variable en cuestión se encontraría influida por la patología en estudio.

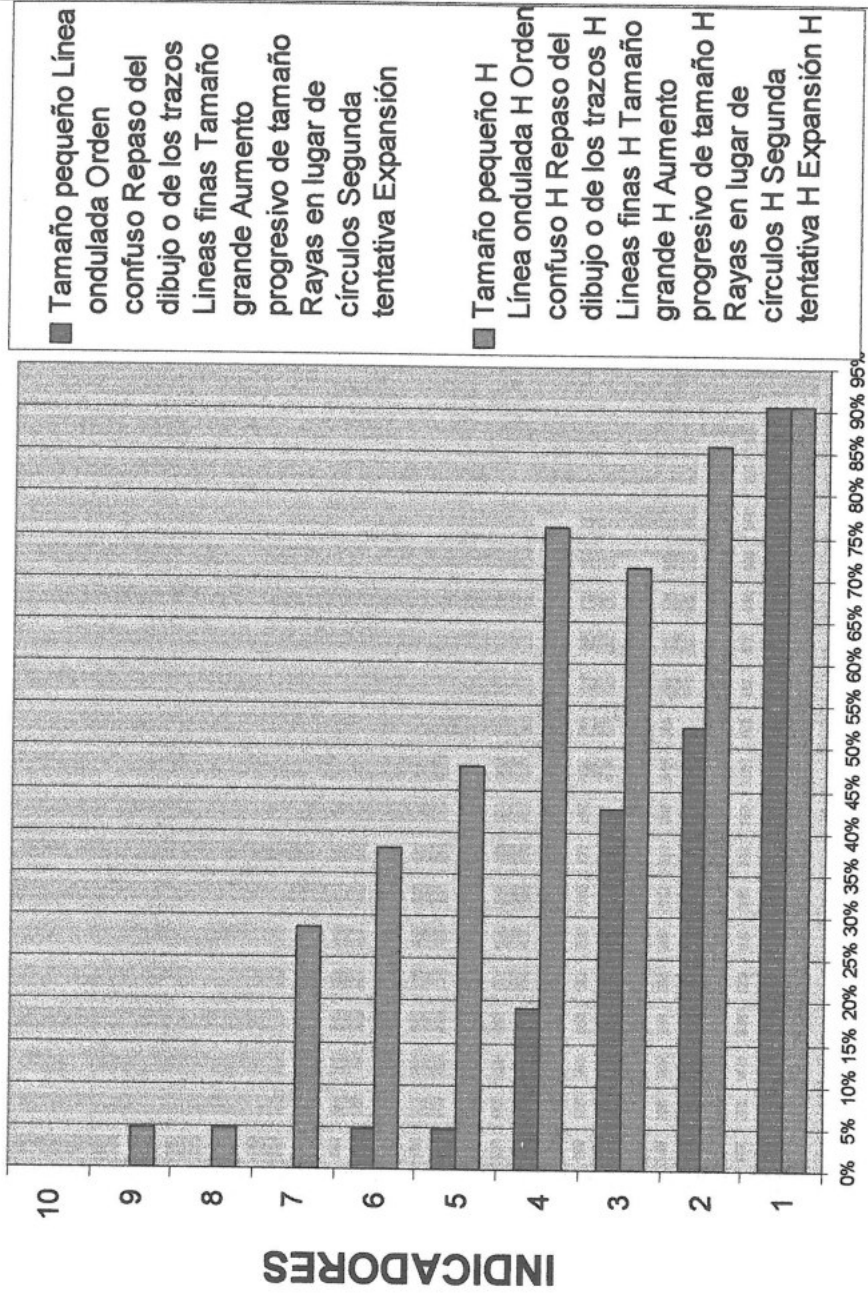
7. Indicador: AUMENTO PROGRESIVO DE TAMAÑO: En este caso, el indicador no aparece con tanta frecuencia, pero resulta notoriamente frecuente en los niños hipoacúsicos (28,57%) en contraste con la ausencia del indicador que presentan los niños normo oyentes (0,00%). Para este indicador el desvío que presentan los niños hipoacúsicos respecto de los niños normo-oyentes no puede ser comparado dado que sólo aparece en un grupo. Esto significaría que la variable en cuestión se encontraría influida únicamente por la patología en estudio.
8. Indicador: RAYAS EN LUGAR DE CÍRCULOS: Para este indicador, la frecuencia observada es muy pequeña, pero aparece sólo en los niños hipoacúsicos (4,76%) en contraste con la ausencia del indicador que presentan los niños normo-oyentes (0,00%). Para este indicador el desvío que presentan los niños hipoacúsicos respecto de los niños normo-oyentes tampoco puede ser comparado por los mismos motivos que el anterior. Esto significaría que la variable en cuestión se hallaría influida únicamente por la patología en estudio.
9. Indicador: SEGUNDA TENTATIVA: En este caso, la frecuencia observada es poco significativa, pero aparece sólo en los niños hipoacúsicos (4,76%) en contraste con la ausencia del indicador que presentan los niños normo-oyentes (0,00%). Para este indicador el desvío que presentan los niños hipoacúsicos respecto de los niños normo oyentes tampoco puede ser comparado por los mismos motivos que el anterior. Esto significaría que la variable en cuestión se encontraría influida únicamente por la patología en estudio.

10. Indicador: EXPANSIÓN: Este indicador se encuentra ausente en ambos grupos. Es por ello que la diferencia entre ambos grupos es del (0,00%). Esto significa que la variable que consideramos no se encuentra siquiera presente entre los individuos de las poblaciones determinadas con anterioridad.

Distribución porcentual de indicadores emocionales



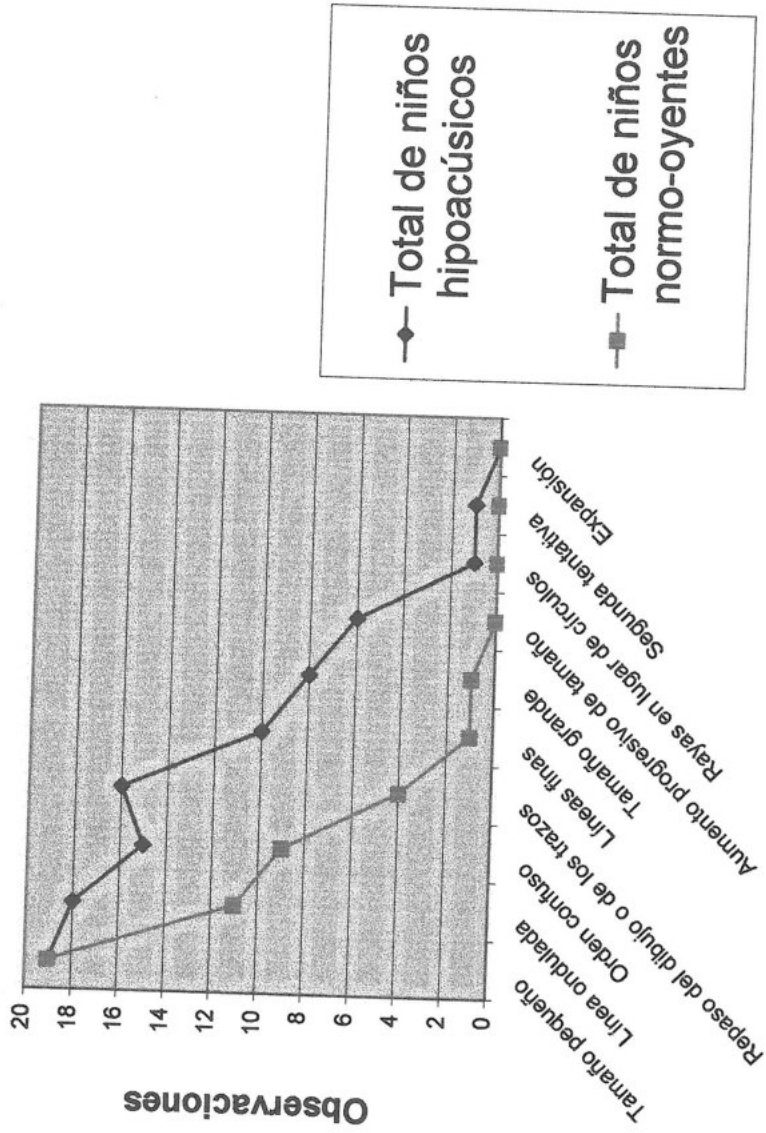
Distribución porcentual de indicadores emocionales



- Tamaño pequeño Línea ondulada H Orden confuso Repaso del dibujo o de los trazos Lineas finas Tamaño grande Aumento progresivo de tamaño Rayas en lugar de círculos Segunda tentativa Expansión
- Tamaño pequeño H Línea ondulada H Orden confuso H Repaso del dibujo o de los trazos H Lineas finas H Tamaño grande H Aumento progresivo de tamaño H Rayas en lugar de círculos H Segunda tentativa H Expansión H

PORCENTAJES

Comparativa de frecuencias totales del test de Bender



Indicadores

A continuación realizaremos un desglose entre los niños con hipoacusia media y los que padecen hipoacusia profunda (sordera), para un mejor análisis de los datos.

NIÑOS CON HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL BILATERAL PROFUNDA						
Indicadores emocionales por sexo	FRECUENCIA			PORCENTAJE		
	Del estrato		TOTAL	Del estrato		Del total
	F	M		F	M	Total %
Tamaño pequeño H	5	9	14	33,33%	60,00%	93,33%
Línea ondulada H	4	8	12	26,67%	53,33%	80,00%
Orden confuso H	2	9	11	13,33%	60,00%	73,33%
Repaso del dibujo o de los trazos H	3	9	12	20,00%	60,00%	80,00%
Líneas finas H	2	7	9	13,33%	46,67%	60,00%
Tamaño grande H	1	5	6	6,67%	33,33%	40,00%
Aumento progresivo de tamaño H	1	1	2	6,67%	6,67%	13,33%
Rayas en lugar de círculos H	0	0	0	0,00%	0,00%	0,00%
Segunda tentativa H	0	1	1	0,00%	6,67%	6,67%
Expansión H	0	0	0	0,00%	0,00%	0,00%
Total de casos	15					

NIÑOS NORMO-OYENTES						
Indicadores emocionales por sexo	FRECUENCIA			PORCENTAJE		
	Del estrato		TOTAL	Del estrato		Del total
	F	M		F	M	Total %
Tamaño pequeño	7	7	14	46,67%	46,67%	93,33%
Línea ondulada	4	4	8	26,67%	26,67%	53,33%
Orden confuso	2	4	6	13,33%	26,67%	40,00%
Repaso del dibujo o de los trazos	1	2	3	6,67%	13,33%	20,00%
Líneas finas	0	0	0	0,00%	0,00%	0,00%
Tamaño grande	1	0	1	6,67%	0,00%	6,67%
Aumento progresivo de tamaño	0	0	0	0,00%	0,00%	0,00%
Rayas en lugar de círculos	0	0	0	0,00%	0,00%	0,00%
Segunda tentativa	0	0	0	0,00%	0,00%	0,00%
Expansión	0	0	0	0,00%	0,00%	0,00%
Total de casos	15					

Se observa que:

1)- Indicador: TAMAÑO PEQUEÑO:

NIÑOS HIPOACÚSICOS: Se presenta en 5 niñas (33,33%) y 9 niños (60%).

NIÑOS NORMO-OYENTES: Se presentan en 7 niñas (46,67%) y en 7 niños (46,67%).

2)- Indicador: LINEA ONDULADA:

NIÑOS HIPOACÚSICOS: Se presenta en 4 niñas (26,67%) y en 8 niños (53,33%).

NIÑOS NORMO-OYENTES: Se presenta en 4 niñas (26,67%) y 4 niños (26,67%).

3)- Indicador: ORDEN CONFUSO:

NIÑOS HIPOACÚSICOS: Se presenta en 2 niñas (13,33%) y en 9 niños (60%).

NIÑOS NORMO-OYENTES: Se presenta en 2 niñas (13,33%) y 4 niños (26,67%).

4) Indicador: REPASO DEL DIBUJO O DE LOS TRAZOS:

NIÑOS HIPOACÚSICOS: Se presenta en 3 niñas (20%) y en 9 niños (60%).

NIÑOS NORMO-OYENTES: Se presenta en 1 niña (6,67%) y en 2 niños (13,33%).

5) Indicador: LINEAS FINAS:

NIÑOS HIPOACÚSICOS: Se presenta en 2 niñas (13,33%) y en 7 niños (46,67%).

NIÑOS NORMO-OYENTES: No se presenta en ningún caso.

6)-Indicador: TAMAÑO GRANDE:

NIÑOS HIPOACÚSICOS: Se presenta en 1 niña (6,67%) y en 5 niños (33,33%).

NIÑOS NORMO-OYENTES: Se presenta en 1 niña (6,67%).

7)- Indicador: AUMENTO PROGRESIVO DEL TAMAÑO:

NIÑOS HIPOACÚSICOS: Se presenta en 1 niña (6,67%) y en 1 niño (6,67%).

NIÑOS NORMO-OYENTES: No se presenta ningún caso.

8) Indicador: RAYAS EN LUGAR DE CIRCULOS:

NIÑOS HIPOACÚSICOS: No se presenta ningún caso.

NIÑOS NORMO-OYENTES: No se presenta ningún caso.

9) Indicador: SEGUNDA TENTATIVA:

NIÑOS HIPOACÚSICOS: Se presenta en 1 niño (6,67%).

NIÑOS NORMO-OYENTES: No se presenta ningún caso.

10) Indicador: EXPANSIÓN:

No se presenta en ninguno de los dos grupos.

NIÑOS CON HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL BILATERAL MEDIA						
Indicadores emocionales por sexo	FRECUENCIA			PORCENTAJE		
	Del estrato		TOTAL	Del estrato		Del total Total %
	F	M		F	M	
Tamaño pequeño H	4	1	5	66,67%	16,67%	83,33%
Línea ondulada H	4	2	6	66,67%	33,33%	100,00%
Orden confuso H	3	1	4	50,00%	16,67%	66,67%
Repaso del dibujo o de los trazos H	3	1	4	50,00%	16,67%	66,67%
Líneas finas H	1	0	1	16,67%	0,00%	16,67%
Tamaño grande H	1	1	2	16,67%	16,67%	33,33%
Aumento progresivo de tamaño H	3	1	4	50,00%	16,67%	66,67%
Rayas en lugar de círculos H	1	0	1	16,67%	0,00%	16,67%
Segunda tentativa H	0	0	0	0,00%	0,00%	0,00%
Expansión H	0	0	0	0,00%	0,00%	0,00%
Total de casos			6			

NIÑOS NORMO-OYENTES						
Indicadores emocionales por sexo	FRECUENCIA			PORCENTAJE		
	Del estrato		TOTAL	Del estrato		Del total
	F	M		F	M	
Tamaño pequeño	1	4	5	16,67%	66,67%	83,33%
Línea ondulada	0	3	3	0,00%	50,00%	50,00%
Orden confuso	1	2	3	16,67%	33,33%	50,00%
Repaso del dibujo o de los trazos	0	1	1	0,00%	16,67%	16,67%
Líneas finas	0	1	1	0,00%	16,67%	16,67%
Tamaño grande	0	0	0	0,00%	0,00%	0,00%
Aumento progresivo de tamaño	0	0	0	0,00%	0,00%	0,00%
Rayas en lugar de círculos	0	0	0	0,00%	0,00%	0,00%
Segunda tentativa	0	0	0	0,00%	0,00%	0,00%
Expansión	0	0	0	0,00%	0,00%	0,00%
Total de casos			6			

Se observa que:

1)-Indicador: TAMAÑO PEQUEÑO:

NIÑOS HIPOACÚSICOS: Se presenta en 4 niñas (66,67%) y en 1 niño (16,67%).

NIÑOS NORMO-OYENTES: Se presenta en 1 niña (16,67%) y en 4 niños (66,67%).

2)- Indicador: LINEA ONDULADA:

NIÑOS HIPOACÚSICOS: Se presenta en 4 niñas (66,67%) y en 2 niños (33,33%).

NIÑOS NORMO-OYENTES: Se presentan 3 niños (50%).

3)- Indicador: ORDEN CONFUSO:

NIÑOS HIPOACÚSICOS: Se presenta en 3 niñas (50%) y 1 niño (16,67%).

NIÑOS NORMO-OYENTES: Se presenta en 1 niña (16,67%) y en 2 niños (33,33%).

4)- Indicador: REPASO DEL DIBUJO O DE LOS TRAZOS:

NIÑOS HIPOACÚSICOS: Se presenta en 3 niñas (50%) y en 1 niño (16,67%).

NIÑOS NORMO-OYENTES: Se presenta en 1 niño (16,67%).

5)- Indicador: LINEAS FINAS:

NIÑOS HIPOACÚSICOS: Se presenta en 1 niña (16,67%).

NIÑOS NORMO-OYENTES: Se presenta en 1 niño (16,67%).

6)- Indicador: TAMAÑO GRANDE:

NIÑOS HIPOACÚSICOS: Se presenta en 1 niña (16,67%) y 1 niño (16,67%).

NIÑOS NORMO-OYENTES: No se presenta ningún caso.

7)- Indicador: AUMENTO PROGRESIVO DEL TAMAÑO:

NIÑOS HIPOACÚSICOS: Se presenta en 3 niñas (50%) y 1 niño (16,67%).

NIÑOS NORMO-OYENTES: No se presentan casos.

8)- Indicador: RAYAS EN LUGAR DE CIRCULOS:

NIÑOS HIPOACÚSICOS: Se presenta en 1 niña (16,67%).

NIÑOS NORMO-OYENTES: No se presentan casos.

9)- Indicador: SEGUNDA TENTATIVA:

No se presentan casos en ninguno de los dos grupos.

10)- Indicador: EXPANSIÓN:

No se presentan casos en ninguno de los dos grupos.

RESULTADOS ESTADÍSTICOS:

De Acuerdo con los datos observados en los relevamientos pueden establecerse las siguientes comparaciones entre niños hipoacúsicos y niños normo-oyentes, con sus respectivas conclusiones

Desvío en niños hipoacúsicos	Grados de hipoacusia	
	Profundos	Medios
Tamaño pequeño	0,00	0,00
Línea ondulada	50,00	100,00
Orden confuso	83,33	33,33
Repaso del dibujo o de los trazos	300,00	300,00
Lineas finas	-	0,00
Tamaño grande	500,00	-
Aumento progresivo de tamaño	-	-
Rayas en lugar de círculos	-	-
Segunda tentativa	-	-
Expansión	-	-

En primer lugar realizaremos el análisis de los resultados estadísticos para los niños con hipoacusia media.

1. Indicador: TAMAÑO PEQUEÑO: Este indicador sería muy significativo ya que se presenta en la mayoría de las observaciones y representa al 83.33% de los casos (hipoacúsicos y normo -oyentes). Esto significaría que no existen diferencias entre ambos grupos lo cual indicaría que la variable en cuestión no dependería de la patología en estudio.
2. Indicador: LINÉAS ONDULADA: Este indicador es muy frecuente en ambos grupos, pero se observa más en el grupo de niños con hipoacusia media (100%) que en el grupo de normo-oyentes (50%). En este caso el desvío que presentan los hipoacúsicos respecto de los normo-oyentes es del 100%. Esto indicaría que existirían diferencias significativas entre ambos grupos lo cual indicaría que la variable en cuestión se encontraría influida por la patología en estudio.

3. Indicador: ORDEN CONFUSO: Este indicador es muy frecuente entre ambos grupos, pero se observa más en el grupo hipoacúsico (66.67%) contra (50%) de los niños normo-oyentes. Para este indicador el desvío que presentan los niños hipoacúsicos respecto de los normo-oyentes es del 33.33% más. Esto significaría que la variable en cuestión estaría influenciada por la patología en estudio.
4. Indicador: REPASO DEL DIBUJO O DE LOS TRAZOS: En este caso, el indicador aparece notoriamente en los niños hipoacúsicos (66.67%), mientras que sólo el (16.67%) de los niños normo-oyentes lo presenta. Para este indicador el desvío que presentan los niños hipoacúsicos de los normo-oyentes es del 300% más. Esto hablaría de que existirían diferencias muy significativas entre ambos grupos, lo cual indicaría que la variable en cuestión estaría influenciada por la patología en estudio.
5. Indicador: LÍNEAS FINAS: En este caso, el indicador aparece solamente un 16,67% tanto en el caso de niños hipoacúsicos como normo-oyentes. Para este indicador el desvío que presentan los niños hipoacúsicos respecto de los normo-oyentes no puede ser comparado ya que aparece el mismo porcentaje de recurrencia en ambos grupos. Por lo mismo, no podría asegurarse que la patología en estudio influya sobre la variable en cuestión.
6. Indicador: TAMAÑO GRANDE: Para este indicador, la frecuencia observada es pequeña, pero aparece sólo en los niños hipoacúsicos (33.33%), en contraste con la ausencia del indicador que aparece en los niños normo-oyentes (0%). Para este indicador el desvío que presentan los niños hipoacúsicos respecto de los normo-oyentes no puede ser comparado dado que sólo aparece en un grupo. Esto significaría que la variable en cuestión se encontraría influida únicamente por la patología en estudio.

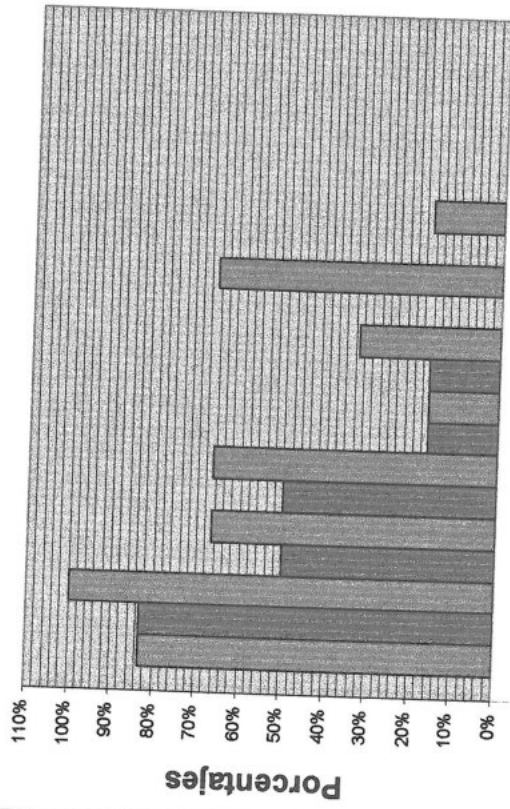
7. Indicador: AUMENTO PROGRESIVO DEL TAMAÑO: Para este indicador, la frecuencia observada es importante, pero aparece sólo en los niños hipoacúsicos (66.67), en contraste con la ausencia del indicador que aparece en los niños normo-oyentes (0%). Para este indicador el desvío que presentan los niños hipoacúsicos respecto de los normo-oyentes no puede ser comparado dado que sólo aparece en un grupo. Esto significaría que la variable en cuestión se encontraría influida únicamente por la patología en estudio.

8. Indicador: RAYAS EN LUGAR DE CÍRCULOS: En este caso, la frecuencia observada es pequeña, pero aparece sólo en los niños hipoacúsicos (16.67) en contraste con la ausencia del indicador que presentan los niños normo-oyentes. Para este caso el desvío que presentarían los niños hipoacúsicos respecto de los normo-oyentes tampoco puede ser comparado por los mismos motivos que el anterior. Esto significaría que la variable en cuestión se encontraría influida únicamente por la patología en estudio.

9. Indicador: SEGUNDA TENTATIVA: Este indicador no se observa en ninguno de los dos grupos.

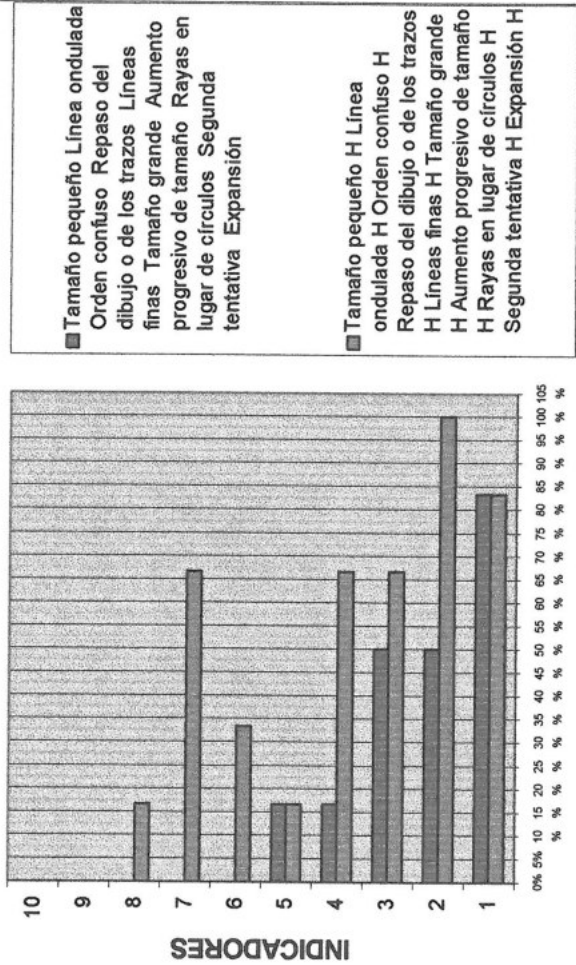
10. Indicador: EXPANSIÓN: Este indicador no se presenta en ninguno de los dos grupos.

Distribución porcentual de indicadores emocionales en casos de hipoacusia media



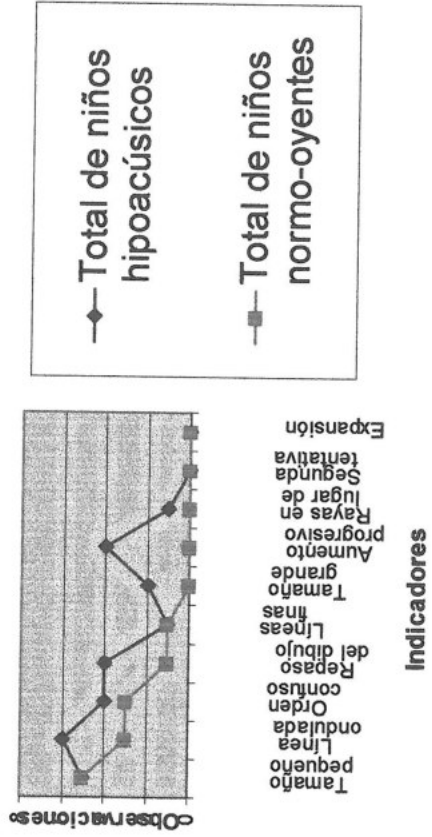
indicadores

Distribución porcentual de indicadores emocionales en casos de hipoacusia media



- Tamaño pequeño Línea ondulada
 - Orden confuso Repaso del dibujo o de los trazos
 - finas Líneas
 - Tamaño grande Aumento progresivo de tamaño
 - Rayas en lugar de círculos
 - Segunda tentativa Expansión
-
- Tamaño pequeño H Línea ondulada H
 - Orden confuso H
 - Repaso del dibujo o de los trazos H
 - Líneas finas H
 - Tamaño grande H
 - Aumento progresivo de tamaño H
 - Rayas en lugar de círculos H
 - Segunda tentativa H
 - Expansión H

Comparativa de frecuencias del test de Bender en casos de hipoacusia media



En segundo lugar realizaremos el análisis de los resultados estadísticos para los niños con hipoacusia profunda o sordera.

1. Indicador: TAMAÑO PEQUEÑO: Este indicador sería muy significativo ya que se presenta en la mayoría de las observaciones y representa al 93.33% de los casos (hipoacúsicos y normo-oyentes). Esto significaría que no existen diferencias entre ambos grupos lo cual indicaría que la variable en cuestión no dependería de la patología en estudio.
2. Indicador: LINEA ONDULADA: Este indicador es muy frecuente en ambos grupos, pero se observa más en el grupo de niños con hipoacusia profunda (80%) que en el grupo de normo-oyentes (53.33%). En este caso el desvío que presentan los hipoacúsicos respecto de los normo-oyentes es del 50%. Esto indicaría que existirían diferencias significativas entre ambos grupos lo cual demostraría que la variable en cuestión se encontraría influida por la patología en estudio.
3. Indicador: ORDEN CONFUSO: Este indicador se observa más en el grupo hipoacúsico (73.33%) contra un (40%) en los niños normo-oyentes. Para este indicador el desvío que presentan los niños hipoacúsicos respecto de los normo-oyentes es del 83.33% más. Esto significaría que la variable en cuestión estaría influenciada por la patología en estudio.
4. Indicador: REPASO DEL DIBUJO O DE LOS TRAZOS: En este caso, el indicador aparece notoriamente en los niños hipoacúsicos (80%), mientras que sólo el (20%) de los niños normo-oyentes lo presentaría. Para este indicador el desvío que presentan los niños hipoacúsicos de los normo-oyentes es del 300% más. Esto hablaría de que existirían diferencias muy significativas entre ambos grupos, lo cual indicaría que la variable en cuestión estaría influenciada por la patología en estudio.

5. Indicador: LÍNEAS FINAS: En este caso, el indicador aparece solamente en el grupo de niños hipoacúsicos con un 60% contra un 0% en los niños normo-oyentes. Para este indicador el desvío que presentan los niños hipoacúsicos respecto de los normo-oyentes no puede ser comparado ya que aparece en sólo un grupo. Esto significaría que la variable en cuestión se encontraría influenciada únicamente por la patología en estudio.

6. Indicador: TAMAÑO GRANDE: Para este indicador, la frecuencia observada es pequeña, apareciendo en los niños hipoacúsicos en un 40%, en contraste con los niños normo-oyentes que aparece en un 6.67%. Para este indicador el desvío que presentan los niños hipoacúsicos respecto de los normo-oyentes es del 500% más. Esto indicaría que la variable en cuestión se encontraría influenciada por la patología en estudio.

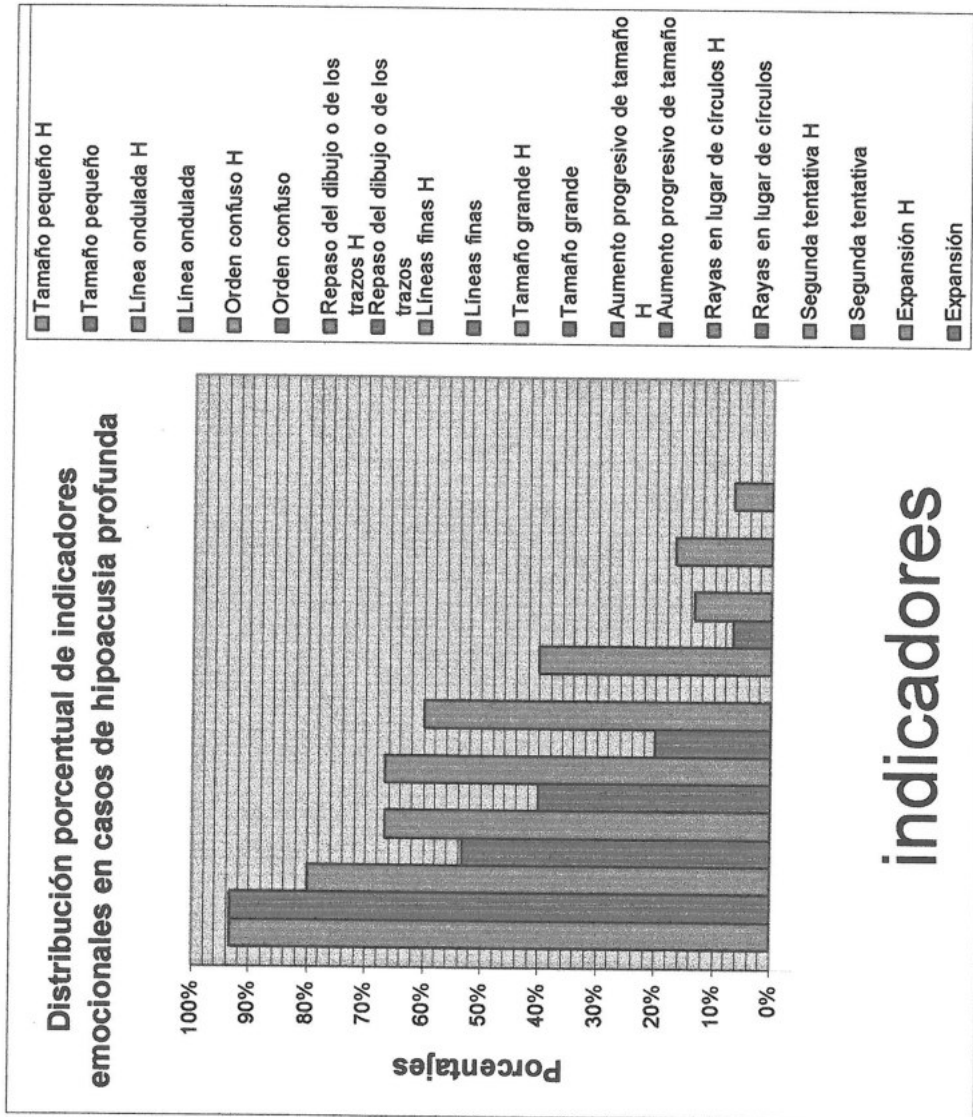
7. Indicador: AUMENTO PROGRESIVO DEL TAMAÑO: En este caso, el indicador no aparece con tanta frecuencia, pero resulta más frecuente en los niños hipoacúsicos (13.33%) y un 0% para los niños normo-oyentes. Para este indicador el desvío que presentan los niños hipoacúsicos respecto de los normo-oyentes no puede ser comparado ya que sólo se presenta en un grupo. Esto significa que la variable en cuestión se encontraría influida por la patología en estudio.

8. Indicador: RAYAS EN LUGAR DE CÍRCULOS: En este caso, el indicador no se presenta en ninguno de los dos grupos.

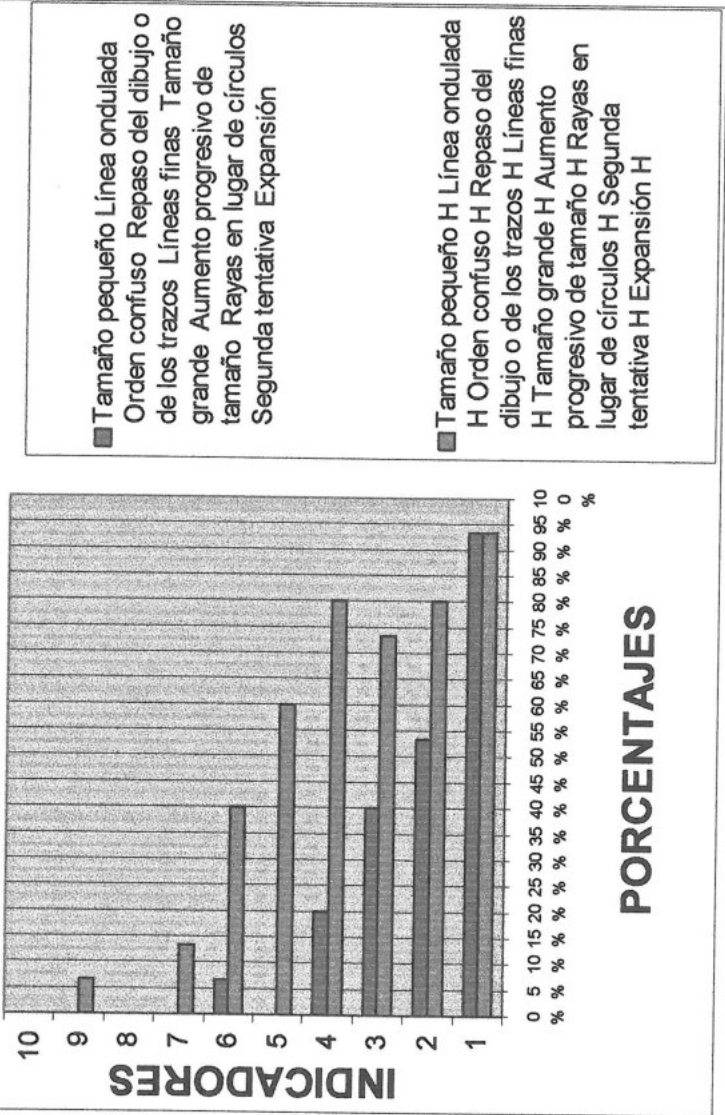
9. Indicador: SEGUNDA TENTATIVA: El indicador no aparece con tanta frecuencia, pero resulta más frecuente en los niños hipoacúsicos (6.67%) contra un 0% para los niños normo-oyentes. Para este indicador el desvío que presentan los niños hipoacúsicos respecto de los normo-oyentes no puede ser comparado ya que sólo se presenta en un grupo.

Esto significa que la variable en cuestión se encontraría influenciada por la patología en estudio.

10. Indicador: EXPANSION: Este indicador no se presenta en ninguno de los dos grupos.



Distribución porcentual de indicadores emocionales en casos de hipoacusia profunda

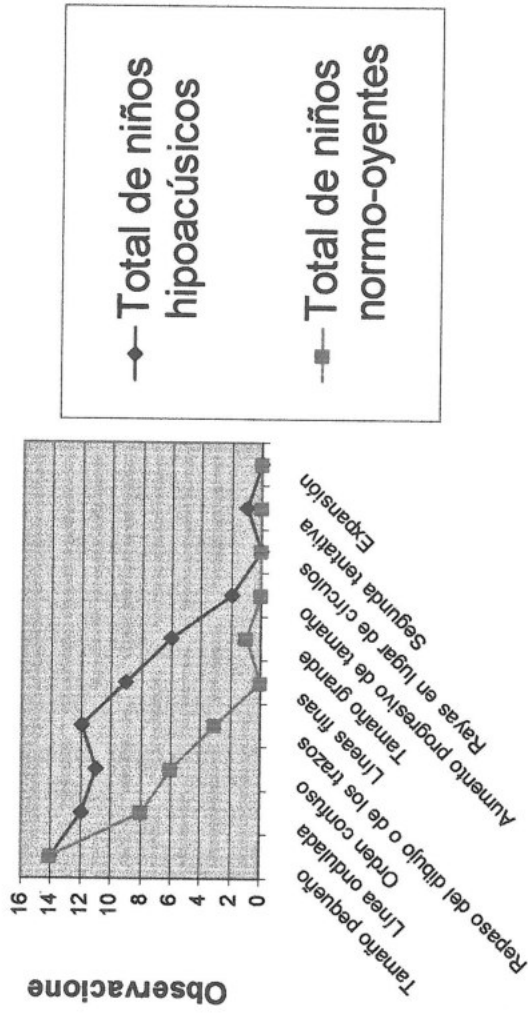


■ Tamaño pequeño Línea ondulada
 Orden confuso Repaso del dibujo o
 de los trazos Líneas finas Tamaño
 grande Aumento progresivo de
 tamaño Rayas en lugar de círculos
 Segunda tentativa Expansión

■ Tamaño pequeño H Línea ondulada
 H Orden confuso H Repaso del
 dibujo o de los trazos H Líneas finas
 H Tamaño grande H Aumento
 progresivo de tamaño H Rayas en
 lugar de círculos H Segunda
 tentativa H Expansión H

PORCENTAJES

Comparativa de frecuencias del test de Bender en casos de hipoacusia profunda



Indicadores

CONCLUSIONES:

De acuerdo a los resultados obtenidos podemos afirmar que existe en los niños hipoacúsicos una inmadurez emocional relacionada con su patología. Es así, que aparecen como indicadores emocionales significativos los siguientes: línea ondulada, orden confuso, repaso del dibujo o de los trazos, líneas finas y tamaño grande.

Esto quiere decir que los niños hipoacúsicos en comparación con los normo-oyentes presentaron las siguientes e importantes características emocionales:

- Planeamiento pobre e incapacidad para organizar el material.
- Inestabilidad en la coordinación motora y en la personalidad.
- Conductas de tipo acting out (forma de descargar los impulsos hacia fuera)
- Retraimiento y timidez.
- Impulsividad y agresividad.

Los niños sordos en comparación con los niños que padecen hipoacusia media presentarían mayor tendencia a un planeamiento pobre e incapacidad para organizar el material; en contrapartida, en los niños con hipoacusia media se observaría mayor inestabilidad en la coordinación motora y en la personalidad, pudiendo reflejar una inestabilidad emocional resultante de la defectuosa coordinación y escasa capacidad de integración, o un pobre control motor debido a la tensión que experimenta el niño con perturbaciones emocionales. En cuanto a la tolerancia a la frustración y explosividad esta se observaría en mayor grado en niños con hipoacusia media que en niños sordos. Cabe observar que los niños con hipoacusia media presentarían una mayor tendencia a conductas de tipo acting out, impulsividad, falta de interés y atención, y en menor grado timidez, constricción y retraimiento. En cambio los niños sordos si bien presentan los rasgos de personalidad anteriormente mencionados aunque en menor grado, se observaría en comparación, mayor tendencia a la ansiedad, al retraimiento y timidez.

En respuesta a la hipótesis planteada observamos que el indicador emocional "orden confuso" no habría sido incluido, pero, sin embargo, se

presenta como muy significativo. Otros indicadores emocionales como ser: rayas en lugar de círculos, aumento progresivo del tamaño, tamaño pequeño y expansión no resultaron significativos. El indicador "tamaño pequeño" por aparecer en la misma frecuencia entre niños hipoacúsicos y niños normo-oyentes, se infiere que el mismo no dependería de la patología en estudio. Cabe mencionar que el indicador "expansión" carecería de total significancia ya que no aparece en ninguno de los dos grupos (hipoacúsicos y normo-oyentes).

Como resultante del presente trabajo podríamos sugerir una estudio cooperativo más amplio entre las escuelas especiales para niños hipoacúsicos de nuestro país.

BIBLIOGRAFÍA.

- Agatha H. BOWLEY - Leslie GARDNER, *El niño sordo*, en: **El niño disminuido. Guía educativa y psicológica para los disminuidos orgánicamente**, Argentina, Médica Panamericana, 1993, 183 pp. I.S.B.N 950-06-0154-0
- Alicia FERNÁNDEZ, **La inteligencia atrapada - Abordaje psicopedagógico clínico del niño y su familia**. Argentina, Nueva Visión, 1987, 295 pp. I.S.B.N 950-602-143-0-
- Dominique COLIN, **Psicología del niño sordo**, España, Ed. Masson, 1980, 180 pp. I.S.B.N. 84-311-0256-x
- Elizabeth MUNSTERBERG KOPPITZ, **El Test Gestáltico Visomotor para niños**, Argentina, Ed. Guadalupe, 15º ed., 1999, 267 pp. I.S.B.N. 950-500-025-1.
- Esther GARCÍA ARZENO, *Los tests proyectivos gráficos*, en: **Nuevas aportaciones al psicodiagnóstico clínico**. Argentina, Nueva Visión, 3º ed., 1997, 390 pp. I.S.B.N 950-602-290-9.
- Fausto I. TORANZOS, **Estadística**, Editorial Kapelusz, tercera edición, enero de 1968, cap 18, 19 y 20. paginas 377.
- J. E. AZCOAGA – J. A. BELLO y Cols., *Retardos del lenguaje de patogenia audiógena*, en: **Los retardos del lenguaje en el niño**. España, Paidós, 1987, 252 pp. I.S.B.N. 84-7509-098-2.
- Juan NARBONA – Cheurie MULLWE, *Hipoacusias en el niño*, en: **El lenguaje del niño. Desarrollo normal, evaluación y trastornos**, España, Masson S.A., 1997, I.S.B.N. 84-458-0485-5

- Laretta BENDER, Test gúestáltico visomotor. Usos y aplicaciones clínicas Buenos Aires, Paidós, 6ª ed., 1974, 260 pp.
- Leonor BUENDÍA EISMAN - María P. COLÁS BRAVO y otros, **Métodos de Investigación en psicopedagogía**, España, Mc Graw Hill, 1998, 343 pp. I.S.B.N. 84-481-1254-7.
- María M CASULLO, **El Test de Bender Infantil - Normas regionales**, Argentina, Guadalupe, Biblioteca pedagógica, 3ª ed., 1991, 59 pp. I.S.B.N. 950-500-206-4.
- Marta E. SCHORN, **El niño y el adolescente sordo. Reflexiones psicoanalíticas**, Argentina, Lugar Editorial S. A. , 1997, 207 pp., I.S.B.N. 950-892-040-8.
- Mark L. Berenson y Davis M Levine, **Estadística básica en administración**, cap 15, páginas 946
- Max L. HUTT, **La adaptación Hutt del Test Gúestáltico de Bender**, Argentina, Guadalupe, 1998, 4ª ed., 247pp. I.S.B.N 950-500-366-8.
- Roberto HERNÁNDEZ SAMPIERI - Carlos FERNÁNDEZ COLLADO y otros. **Metodología de la Investigación**, Colombia, Mc Graw Hill, 2ª ed., 1998. FALTA Nº DE PÁGINAS I.S.B.N. 970-10-1899-0.
- Sara. PAÍN, **Psicometría genética**, Argentina, Nueva Visión SAIC, 14ª ed., 1998, 259 pp. I.S.B.N. 950-602-013-2.

ANEXO I

GLOSARIO

- **Acomodación:** Término de Piaget para modificar los esquemas mentales ya existentes con el fin de enfrentarse e incorporar información nueva, que no encaja en los mismos.
- **Actividad motriz:** Todo tipo de actividad desplegada a nivel muscular, requiriendo para la misma la coordinación de las fibras musculares, trátase de un acto reflejo o más complejo.
- **Adaptación:** Término Piagetiano para la interacción efectiva con el medio ambiente (solución de problemas) a través de los procesos complementarios de la asimilación y acomodación.
- **Adecuación perceptivo-motora:** Existe una adecuación perceptivo – motora cuando ante un estímulo dado se corresponde una actividad motora adecuada.
- **Aislamiento:** El aislamiento infantil puede depender de factores diversos: timidez, vergüenza, rebeldía, hipersensibilidad, etc. En muchos de ellos, sin embargo hay una nota distintiva: una especial dificultad para establecer relaciones interpersonales. Esta manifestación puede ser de escasa importancia (un modo de defenderse en situaciones de conflicto) o de mucha (esquizofrenia, autismo, etc.). Es especialmente frecuente entre niños de 5 a 7 años. En otros casos la reacción de aislamiento responde a factores ambientales que son difícilmente asumibles por el niño (cambio de ciudad, muerte de un progenitor, etc.). Los rasgos que caracterizan al niño aislado son: bajo nivel de actividad, comportamiento de evitación y de rechazo estimular, intolerancia a la ambigüedad y a la innovación estimular, alta emisión de respuestas negativas y tendencia al aislamiento. En el fondo subyace la dificultad para adaptarse a cualquier nueva situación.
- **Ajuste emocional:** El sujeto que goza de un ajuste emocional, es aquel que ante situaciones displacenteras puede gobernar sus emociones y actuar de un modo adaptado.
- **Alerta:** Estado de estar despierto.
- **Ambiente continente (desde lo emocional):** Cuando el sujeto cuenta con un entorno que satisface sus necesidades básicas y superiores incluyendo la puesta adecuada de limitaciones.
- **Anallzar:** Hacer una interpretación de los acontecimientos.

- **Ansiedad de separación:** Angustia que presenta el niño, que comienza generalmente hacia la segunda mitad del primer año, cuando se ausenta un protector familiar; comúnmente significa que ha ocurrido una unión.
- **Ansiedad:** Estado emocional caracterizado por un temor vago o premonición de que puede suceder algo indeseable. En la Teoría de May, la aprensión caracterizada por una amenaza a algún valor que el individuo considera como esencial para su existencia como persona.
- **Apego:** Vínculo social primario que se desarrolla entre el bebé y el cuidador y que proporciona seguridad emocional al primero. Se constituye por el conjunto de conductas que se observan fundamentalmente a lo largo del primer año de vida y que lleva al niño a buscar y mantener contacto directo con los adultos y recibir de ellos gratificación emocional.
- **Aprendizaje:** Es un proceso que desemboca en una nueva modalidad funcional del organismo, la cual se expresa como un comportamiento que difiere en alguna medida del que era característico de la etapa anterior al proceso de aprendizaje. En definitiva, el resultado del aprendizaje es una reorganización de la conducta. Así, el aprendizaje tiene una condición adaptativa, porque su resultado es siempre un conjunto de mejores líneas del comportamiento ajustadas a nuevas exigencias ambientales lo suficientemente estables.
- **Asimilación:** Término Piagetiano para la incorporación de información nueva dentro de un esquema mental existente.
- **Audífono:** Prótesis auditiva que consiste en un sistema de audioamplificación de los sonidos en cuanto a sus intensidades y frecuencias, en el cual las modificaciones vienen impuestas más por el tamaño necesario que por cualquier otro factor. Consta de las siguientes partes: un micrófono que convierte las ondas sonoras en energía eléctrica; un amplificador; un receptor que convierte de nuevo la energía eléctrica en ondas sonoras, y una fuente de energía, pilas o transistores, que proporcionan la energía necesaria para que el sistema funcione.
- **Autoestima:** Autoevaluación o autoimagen de una persona. Valor que uno se atribuye a sí mismo.
- **Barboteo:** Actividad vocal que junto al balbuceo reflejo y al laleo componen el "juego vocal", siendo este el primer nivel de la etapa prelingüística en la ontogenia del lenguaje. Este se inicia con sonidos guturales que se repiten por 2 o 3 días hasta que incluye otro nuevo que lo intercala con el anterior, lo sustituye, o se combina con o se pierde. Se

produce en momentos de tranquilidad fisiológica, cuando no hay estímulos externos tan intensos que reclaman la atención del niño y cuando sus necesidades están satisfechas. Luego, hacia los 10 u 11 meses se agrega a lo anterior la sensación oída. Así, estas aferencias auditivas refuerzan la actividad del juego vocal, dando lugar a la regulación de los sonidos que produce el niño.

- **Capacidad de Integración (en cuanto a lo emocional):** El sujeto posee un yo que le permite controlar sus emociones y satisfacerlas de un modo adecuado.
- **Captación Intuitiva:** Percepción que el sujeto realiza de un estímulo dado.
- **Cociente Intelectual (C.I.):** Medida de la inteligencia de una persona que se obtiene al dividir la edad mental de dicha persona por su edad cronológica y multiplicar el resultado por 100.
- **Coclea:** Parte u órgano en forma de espiral. Cavidad cónica del oído interno, caracol, que forma parte del mismo, constituido por un conducto en forma helicoidal dividido por la lámina espiral en dos rampas o escalas, vestibular.
- **Compensación:** Suplir o vencer una debilidad.
- **Comportamiento:** Conjunto de conductas desplegadas por un sujeto.
- **Comprensión del lenguaje:** Se refiere a que el sujeto luego de un análisis de aquello que le llega a partir del lenguaje es capaz de interpretar y entender lo que se le dice, ya sea en forma verbal o escrita.
- **Conceptualizar:** El proceso de derivar conceptos a partir de observaciones, o de formular declaraciones generales.
- **Conducta manifiesta:** Conducta que puede ser advertida por un observador externo.
- **Consciente:** En la Teoría de Freud, los pensamientos, sentimientos y deseos de los que se percata una persona en cualquier momento dado. La conciencia es tanto el sistema de valores morales de una persona como esa parte de la persona que él experimenta como vocero de valores morales. La palabra se refiere apropiadamente solo a los valores conscientes y a las "pequeñas, quietas voces" conscientes, y no debe ser confundida con el superyó, que difiere de ella en que es parcialmente inconsciente y en que contiene imperativos a los cuales el individuo no adhiere conscientemente.

- **Constancia objetal:** Se relaciona con el logro de la permanencia del objeto deseado.
- **Coordinación visomotriz:** Tipo de coordinación que se da en un movimiento manual o corporal, que responde a un estímulo visual y se adecua positivamente a él.
- **Cuerpo (que se aprende):** Es un mediador y a la vez sintetizador de los comportamientos eficaces para la apropiación del entorno por parte del sujeto. El cuerpo acumula experiencias, adquiere nuevas destrezas, automatiza los movimientos.
- **db HL:** Decibel. Denominación métrica utilizada para medir la intensidad del sonido.
- **Desarrollo emocional:** Cualquier cambio que ocurra a lo largo del ciclo vital relacionado con las emociones.
- **Desarrollo:** Cualquier cambio relacionado con la edad o la conducta desde el nacimiento hasta la muerte.
- **Diagnóstico diferencial:** Diagnóstico que se realiza para diferenciar patologías. Distinción entre manifestaciones parecidas, especialmente para diferenciar entre dos enfermedades con síntomas semejantes o parecidos. Es un método para diferenciar enfermedades o desórdenes afines por medio de ciertos síntomas o manifestaciones significativas o datos de tests peculiares.
- **Dibujos gestálticos en el Test de Bender:** Figura geométrica compleja sin significado.
- **Emoción:** Las emociones al igual que los afectos, sentimientos y pasiones integran los estados afectivos. La emoción consiste en un cambio más o menos súbito que se produce en el humor o estado de ánimo habitual. La característica más importante de la emoción es la brusquedad de la reacción que provoca en el humor, con el agregado de una gran repercusión física y psíquica. De intensidad muy variable, llega en ocasiones a motivar y dirigir la conducta que el individuo observará consecutivamente. En la emoción debemos considerar los siguientes factores: 1) La causa determinante, percepción, representación mnemónica o idea, 2) La repercusión psíquica, que es la emoción misma, que produce la modificación en el estado de ánimo, 3) La repercusión física u orgánica, que es la que traduce o expresa, en diferentes formas, esa emoción.

- **Emocionalmente seguro:** Sería aquel sujeto con un yo cohesivo, que por tanto puede dominar sus emociones y no ser esclavo de las mismas.
- **Empatía:** Entendimiento del estado emocional de otra persona.
- **Enseñanza especial:** Instrucción más relevante o apropiada que la habitualmente disponible dentro de las estructuras educativas tanto formales como informales, destinada a aquellas personas que debido a sus capacidades físicas e intelectuales así lo requieren.
- **Espacio simbólico:** Espacio representativo con el que cuenta un sujeto para expresarse.
- **Esquema mental:** En la terminología de Piaget, patrones de acción (golpear, mamar) o estructuras cognoscitivas (clasificación de objetos) que el niño usa para interactuar con el ambiente; un patrón organizado de pensamiento y de conducta implicado en la adquisición y estructuración del conocimiento.
- **Estado patológico funcional u orgánicamente inducido:** El primero se refiere cuando existe una afección de un órgano sin existir una lesión orgánica, y por el contrario dada por una perturbación psíquica; el segundo se refiere cuando existe una lesión en el órgano del que se trate.
- **Estructura de la personalidad:** La personalidad se estructura en tres niveles consciente, subconsciente e inconsciente, o también por el superyo, el yo y el ello.
- **Estructuras cognitivas:** Son los mecanismos reguladores a los cuales se subordina la influencia del medio. Son el resultado de procesos genéticos. No surgen en un momento sin causa, ni son el principio inmutable de todas las cosas, sino que se construyen en procesos de intercambio.
- **Exploración:** Es un componente del comportamiento infantil de naturaleza innata. Mediante esta actividad el niño tiende a reconocer todos los objetos del ambiente nuevo en el que se halla y en el curso de esta modalidad de comportamiento algunos estímulos tienen la propiedad de establecer conexiones temporarias, positivas o negativas, con los tipos innatos de respuesta del pequeño. Paulatinamente estas nuevas conexiones se van consolidando y finalmente toman el carácter de señales, lo que hace posible una adaptación más ajustada del niño a las novedades del ambiente.
- **Evolutiva/o:** Que hace referencia a la sucesión de las diferentes etapas del desarrollo humano.

- **Factores motivacionales, latentes:** Según Freud, aquellos que se encuentran en el "ello", son aquellos instintos e impulsos que nos motivan al igual que nuestra herencia genética, reflejos y capacidades para responder. Esta estructura de la personalidad – ello – representa nuestros impulsos, necesidades y deseos básicos.
- **Fonético:** Proviene de fonema: elemento del lenguaje articulado, determinado por la posición y el movimiento de los órganos vocales y la producción de una sensación auditiva.
- **Frustración:** La condición de estar o haber estado contrariado, desconcertado o decepcionado. La frustración y la privación son confundidas a menudo, pero, hablando estrictamente, la frustración se refiere al efecto de no-satisfacción de un impulso o el fracaso ante la obtención de una meta, mientras que la privación se refiere a la falta de comodidad o la oportunidad necesarias para la satisfacción. Pese a que el psicoanálisis sostiene según la creencia popular, que la frustración es dañina, ésta no es la historia completa, ya que también sostiene que el desarrollo del yo se inicia con la frustración.
- **Función de la percepción visomotriz:** Existen tres funciones básicas de la percepción visomotriz, a saber: A) La capacidad de percibir el dibujo como un todo limitado, y poder iniciar y detener una acción a voluntad – por ejemplo, puede seguir instrucciones simples hasta el último detalle y no debe extender el dibujo de una serie limitada de puntos a una hilera de curvas o rayas impulsivas. No tiene que dejarse llevar por una actividad repitiéndola una y otra vez, sin poder detenerse (perseveración). Tiene que poder recibir y comprender el comienzo y el final de una palabra en una hoja impresa. B) La capacidad de percibir y copiar correctamente las líneas y figuras en cuanto a orientación y forma – por ejemplo, poder escribir letras correctamente con todos sus ángulos y curvas, y poder seguir una palabra escrita de izquierda a derecha. C) La capacidad de integrar partes en una sola Gestalt – por ejemplo, poder formar palabras enteras con letras aisladas y comprender que uno más uno es dos.
- **Función giestáltica:** A aquella función del organismo integrado por la cual éste responde a una constelación de estímulos dada como un todo, siendo la respuesta misma, un patrón, una Gestalt. Es el cuadro total del estímulo y el estado de integración del organismo el que determina el patrón de respuesta.
- **Funciones de alerta, orientación y estructuración temporoespacial:** Son aquellas funciones que le permiten al organismo, en primer lugar, en un estado de vigilia y en segundo lugar ubicar su cuerpo y a sí mismo respecto del espacio y tiempo en que se encuentra.

- **Gestalt:** Configuración o patrón que forma un todo, y que no puede reducirse a la superposición de los elementos que la forman, sino que posee cualidades en tanto que totalidad, y la modificación de un solo elemento puede cambiar la Gestalt en su conjunto.
- **Hábito:** En la Teoría de Dollard y Miller, la estructura básica de la personalidad; una asociación aprendida entre un estímulo y una respuesta.
- **Hipoacusia:** Disminución o privación de la sensibilidad auditiva.
- **Identidad:** Es el sentido coherente de individualidad. Es la creación de un sentimiento interno de mismidad y continuidad, una unidad del individuo reconocida por él mismo y por los demás, que es el "saber quien soy".
En el psicoanálisis el sentido de que uno continúa siendo una entidad distinguible de todas las otras. En la Teoría de Piaget, la comprensión de que los objetos y la gente son los mismos, aunque cambien propiedades irrelevantes, en la Teoría de Erikson es un complejo sentido de yo que se desarrolla durante la adolescencia, cuando los distintos roles de la vida y aspectos de la personalidad se integran.
- **Imitación:** Proceso de copiar o reproducir una conducta observada.
- **Implante coclear:** Con el implante coclear se pretende sustituir un oído interno no funcionando por un estímulo eléctrico directo del nervio auditivo. Existen distintos tipos de implantes, todos con unos componentes similares, que son: 1) un micrófono que recibe un sonido y lo envía a un procesador del lenguaje; 2) un procesador que transforma la energía acústica en una señal eléctrica que pasa a 3) un electrodo implantado cerca del nervio auditivo. Este electrodo estimula a las fibras remanentes.
- **Impulsos Internos:** El uso psicoanalítico de esta palabra deriva de la neurología, en la cual hace referencia a la onda o carga eléctrica que pasa a través de una fibra nerviosa. En la teoría clásica, se concibe que los impulsos instintivos son similares en su trayectoria, es decir, que pasan desde algún punto del *ello* a lo largo de canales que conducen al yo, donde tanto (a) son descargados en la acción, (b) inhibidos, (c) apartados por la operación de los mecanismos de defensa, o (d) sublimados en canales no instintivos. El concepto puede ser utilizado para describir los movimientos de energía psíquica dentro del aparato psíquico, o como sinónimo de deseo, costumbre o instinto, los cuales hacen referencia a las experiencias subjetivas.
- **Inadaptación emocional:** Cuando el sujeto se encuentra dominado, esclavizado por sus emociones, sin dar lugar a la función pensante.

- **Inconsciente:** En la Teoría Freudiana, el aspecto instintivo de la personalidad (presente en el momento del nacimiento) que opera sobre el principio del placer y que busca gratificación inmediata. En las teorías psicodinámicas, la parte de la mente que contiene los recuerdos o impulsos olvidados o reprimidos.
- **Independencia:** Cuando el sujeto se conforma en un Yo cohesivo, es decir que se diferencia a sí mismo independientemente de los demás.
- **Indicadores emocionales:** Los indicadores emocionales son aquellos que reflejan actitudes emocionales y la estructura de la personalidad. No se considera que los mismos sean una función de la percepción visomotriz. De manera que un niño puede no tener problemas visomotores y sin embargo mostrar una alta incidencia de indicadores emocionales en su protocolo, mientras que otro niño con pronunciadas dificultades en la percepción visomotriz puede estar libre de indicadores emocionales. Se presenta una lista de diez indicadores emocionales: orden confuso, línea ondulada, rayas en lugar de círculos, aumento progresivo del tamaño, gran tamaño (macrografismo), tamaño pequeño (micrografismo), líneas finas, repaso del dibujo, de las líneas, segunda tentativa, expansión.
- **Individuación:** El proceso de convertirse en un individuo, o de llegar a estar consciente de que uno es uno. Tal como lo utiliza Jung, el término parece incluir no sólo la idea de llegar a estar consciente de que uno está separado y es diferente de los otros, sino también la idea de que uno es uno mismo, una persona total, indivisible. Según Jung, la individualización es una de las tareas de la edad mediana.
- **Internalización de esquemas motores:** Representación mental de las acciones por medio de los recuerdos, las imágenes, el lenguaje o los símbolos que sucede en el niño.
- **Intuición:** Según Jung, una de las funciones que implica la percepción vía el inconsciente.
- **Juego simbólico:** Actividad lúdica que el niño efectúa realizando representaciones de la realidad.
- **Latencia:** En la Teoría Freudiana, un período de relativa calma psicosexual que ocurre durante la preadolescencia después de que los complejos de Edipo y Electra han sido resueltos y de que el Superyó se ha desarrollado.
- **Lectura labial:** Método de enseñanza del lenguaje especial para niños hipoacúsicos basado en la idea de enseñar al sujeto a emplear la vista,

en combinación con el resto de audición que posee y, en cierta medida, su sentido del tacto, para compensar su pérdida auditiva. Hay que incitarlo a que observe los labios de los demás con el fin de aprender que ciertos movimientos de los mismos representan lo que nosotros conocemos por palabra.

- **Lenguaje lúdico:** Es el lenguaje que el niño efectúa en sus juegos ya sea en forma solitaria o compartiéndolo con otro sujeto
- **Lenguaje:** Facultad específica del hombre, por la cual le es posible exteriorizar sus pensamientos e intercomunicarse, a propósito de ellos, con sus semejantes. Cualquiera de los procedimientos que puede utilizar el hombre para las mencionadas exteriorizaciones e intercomunicación recibe el nombre de lenguaje (l. visual, táctil, etc.); en su sentido más propio, el lenguaje es de naturaleza auditiva (l. auditivo, hablado o articulado), con su correspondencia escrita (l. escrito).
- **Logopedia:** Parte de la pedagogía terapéutica encaminada a la corrección de trastornos del lenguaje.
- **Maduración visomotriz:** Aquel nivel del desarrollo dado por la interacción de factores internos y externos, que le permite al sujeto enfrentarse adecuadamente a un estímulo visual que trae como consecuencia una respuesta motora apropiada.
- **Maduración:** Desdoblamiento de una secuencia de patrones de conducta programados por los genes, determinados biológicamente y relacionados con la edad que incluyen la prontitud para desarrollar nuevas habilidades.
- **Madurez emocional:** Desarrollo afectivo acorde a lo esperable para determinada edad.
- **Melodía de la palabra:** Cualidad del sonido de la palabra.
- **Métodos de educación manual:** Consisten principalmente en el deletreo digital y los signos sistemáticos.
- **Momento de separación – angustia de separación:** La angustia se define como la respuesta a un factor todavía no reconocido, ya sea en el ambiente o en el sí mismo, y puede ser provocada tanto por cambios en el medio como también por perturbaciones en el inconsciente, fuerzas reprimidas en el sí mismo. Aquí, se trataría específicamente de la angustia de ser separado de alguien supuesto como necesario para la supervivencia.
- **Órgano de Corti:** Estructura situada en el interior de la cóclea, formada por la rampa media, células ciliadas y membrana tectoria. Rodeado de líquido endolinfa.

- **Orientación:** Función de la conciencia, que implica la noción de la propia personalidad, del propio cuerpo o del tiempo y espacio en que se encuentra el individuo.
- **Organismo (lesionado o no):** El organismo es un sistema de autorregulación inscripto. Puede definirse como programación. Memoria asentada sobre la morfología anatómica de los distintos órganos.
- **Otitis:** Inflamación, aguda o crónica, del oído.
- **Pautas de contenido:** Se refiere a las pautas utilizadas en el análisis cualitativo de los protocolos de una prueba determinada, a la cual, se le efectúa una evaluación proyectiva.
- **Pautas formales:** Pautas concernientes a la administración del test en cuanto al material, encuadre y consignas a emplear, como también las referidas a los aspectos configuracionales y gráficos de las pruebas.
- **Patrón:** Es el resultado de la interacción entre la organización dinámica del organismo en su totalidad y la situación.
- **Percepción:** Un proceso a través del cual se elabora e interpreta la información para organizarla y darle sentido. Un sistema que relaciona la energía de entrada con la de salida. Recibe distintos tipos de energía sensorial, los procesa y produce una respuesta concreta.
- **Percepción visomotriz:** En tanto que la percepción visual implica la capacidad para reconocer, discriminar e interpretar estímulos visuales, asociándolos con experiencias previas; la percepción visomotriz consiste en la captación e interpretación de información que proviene de la vía aferente visual y a la cual se le corresponde un tipo de respuesta motora.
- **Percepción visomotriz Inmadura o defectuosa:** Aquella percepción visomotriz que no se corresponde con la edad cronológica del sujeto, es decir que existe un desfasaje entre la percepción que el individuo posee desde su edad mental y en relación con su edad cronológica; y en segundo lugar una percepción visomotriz defectuosa estaría dada por perturbaciones funcionales u orgánicas que afecten al sujeto y por tanto su percepción.
- **Perinatal:** Que ocurre durante el nacimiento.
- **Personalidad:** Patrones (maneras de ser) duraderos de percibir, relacionarse y pensar acerca del ambiente y de uno mismo. Los "rasgos de personalidad" son aspectos de la personalidad (ese conjunto de maneras de ser que llamamos yo) prominentes que se manifiestan en una amplia gama de contextos sociales y personales importantes.

Patrón colectivo de carácter, de conducta, de temperamento, emocional y de rasgos mentales de una persona. Organización integrada de todas las características cognoscitivas, afectivas y conativas.

- **Perturbación:** Alteración, trastorno, especialmente provocado.
- **Perturbaciones emocionales:** Alteración en el área de las emociones.
- **Perturbaciones en los protocolos:** Alteraciones detectadas en los protocolos de pruebas efectuadas por sujetos, a ser analizadas.
- **Posnatal:** Que ocurre después del nacimiento.
- **Prenatal:** Primera etapa del desarrollo, el período desde la concepción hasta el nacimiento. Que existe o se produce antes del nacimiento, sin implicar la idea de herencia.
- **Prosodia de la palabra:** Se refiere a la pronunciación de la palabra, en especial por la cantidad de acentos y sonidos.
- **Problemas de aprendizaje:** Se entiende a aquellos sujetos cuyos procesos de aprendizaje no pueden inscribirse en la dinámica de la transmisión de la cultura, lo cual constituye la definición más amplia de la palabra educación.
- **Problemática vital:** Problemática que afecta el ciclo evolutivo del sujeto.
- **Protocolo:** Es el registro del Test.
- **Proyección:** En la Teoría de Freud, un mecanismo de defensa que se refiere a la atribución inconsciente de un impulso, actitud o conducta propios a algún otro o a algún elemento en el ambiente.
- **Psicología de la Gestalt:** Rama de la Psicología que estudia la manera en que los organismos perciben los objetos y acontecimientos. Su idea fundamental es que el todo es más que la suma de las partes. En 1912, el psicólogo alemán MAX WERTHEIMER (1880-1943) junto a sus colegas WOLFGANG KOHLER (1887-1967) Y Kurt Koffka (1886-1941) inician una nueva corriente psicológica opuesta precisamente al carácter elementista y asociacionista de la psicología de Watson existente en ese momento. Según la psicología de la Gestalt los sujetos no experimentan sensaciones simples y luego las cambian para formar otras más complejas sino que perciben directamente configuraciones complejas como una totalidad y el análisis de los elementos es posterior. Los psicólogos de la Gestalt realizaron numerosos experimentos en el campo de la percepción visual y auditiva y pusieron de manifiesto las leyes (ley de similitud, ley de la simplicidad, ley de cierre, ley de simetría, ley del destino común, ley de buena continuación) que nos permiten percibir un mundo de configuraciones complejas sin que necesitemos analizar ni tomar conciencia de las partes. Las formas son

como campos de fuerzas y existiría un isomorfismo entre el mundo físico y las formas mentales por eso la teoría gúestáltica es innatista en el sentido de que las formas no se construyen sino que de algún modo se nace con ellas. Para conocer el sujeto se sirve de estructuras, que tienen una base física y que se imponen por sus cualidades. Estas totalidades o gúestalten, son comunes a todos los niveles de funcionamiento cognitivo y por tanto no existe propiamente una génesis.

- **Psicología evolutiva:** Rama de la psicología que estudia la génesis y desarrollo psicossomático del ser humano desde el momento de la concepción y a lo largo de toda la vida.
- **Rasgo:** Dimensión continua que puede apreciarse que posee un individuo hasta cierto grado. En la Teoría de Allport, una tendencia determinante a responder que representa la realidad esencial de la organización psicológica. En la Teoría de Cattell un constructo imaginario o inferencia de la conducta manifiesta que ayuda a explicarla.
- **Regresión:** En la Teoría de Freud, un mecanismo de defensa que supone retroceder a formas de conducta anteriores.
- **Represión:** En la Teoría de Freud, el mecanismo de defensa clave que implica bloquear la expresión de un deseo o anhelo de un modo que no puede ser experimentado de manera consciente o expresado de forma directa en conducta.
- **Reproducción:** Actividad desplegada por el examinado en la ejecución del Test de Bender, referida al momento de copia de las figuras gúestálticas.
- **Reversibilidad:** Capacidad para comprender que los cambios irrelevantes en la apariencia pueden ser reversibles y que tales cambios tienden a compensar otros, una de las operaciones concretas de Piaget.
- **Ritmo de la palabra:** Cualidad de la palabra.
- **Self (sí mismo):** El sujeto considerado como un agente, como consciente de su propia identidad y de su rol como sujeto y como agente. El sí mismo difiere del yo de la teoría psicoanalítica en que (a) se refiere al sujeto tal como se experimenta a sí mismo, mientras que el yo se refiere a su personalidad como estructura sobre las que pueden hacerse generalizaciones impersonales, y (b) el yo, tal como Freud lo define contiene partes reprimidas, inconscientes, que no pueden ser reconocidas por el sí mismo como componentes propios.
- **Sentimiento de pertenencia:** Se relaciona con la capacidad de formar parte de un grupo.
- **Síntoma:** Cualquier desviación del estado de salud de las que el paciente se queja.

- **Simbolización:** Según la terminología de Piaget, corresponde a la función simbólica, que es la capacidad de aprender mediante el uso de representaciones mentales (símbolos y signos) a los cuales el niño ha ligado un significado; esta capacidad es característica del pensamiento preoperacional y se aprecia en la imitación diferida, el juego simbólico y el lenguaje. La representación simbólica es el modelo o símbolo mental que permite que se pueda pensar en un objeto en su ausencia.
- **Sistema de Puntaje de Maduración del Bender Infantil:** El Sistema de Maduración elaborado por Koppitz (1969) está destinado a medir el nivel de maduración de la adecuación en la percepción visomotriz de niños de entre 6 y 10 años de edad. Consiste en 30 ítems de puntaje totalmente excluyentes, los cuales se computan como presentes o ausentes. Todos los puntos obtenidos se suman en un puntaje compuesto. De este modo un niño podría teóricamente recibir un puntaje de 30. Los ítems se organizan en 7 categorías de puntaje que son: distorsión de la forma, rotación, sustitución de los puntos por círculos o rayas, perseveración, falla en la integración de las partes de una figura, sustitución de curvas por ángulos y adición u omisión de ángulos. A cada figura dibujada se le aplican estas categorías, y a la presencia de ella se le asigna un punto. Mientras más alto el puntaje, mayores son los problemas que se supone que el sujeto tiene en la percepción visomotriz, en cualquiera de las tres funciones mencionadas por Koppitz: a) capacidad de percibir el dibujo como un todo limitado y de poder iniciar y detener una acción a voluntad, b) capacidad de percibir el dibujo y copiar, correctamente las líneas y figuras en cuanto a orientación y forma, y c) capacidad de integrar partes de una sola Gestalt.
- **Socialización:** Proceso de aprendizaje por el cual un individuo adquiere la conducta, actitudes, valores y roles que la sociedad espera de sus miembros.
- **Sordera:** Es la hipoacusia profunda, mayor a 90 dB HL, estos niños sufren una importante privación auditiva.
- **Sublimación:** En la Teoría de Freud, un mecanismo de defensa referido a la traducción de un deseo, cuya expresión directa es inaceptable desde el punto de vista social, en conducta aceptable por la sociedad.
- **Técnicas proyectivas:** Pruebas de personalidad en las que se presenta un estímulo ambiguo al sujeto de quien se espera que proyecte aspectos de su personalidad en la respuesta.
- **Teoría Psicogenética:** trata de explicar específicamente el proceso de desarrollo, referido principalmente a la formación de los conocimientos. Piaget considera que desde el principio las conductas son complejas, y en esto se aproxima a la teoría de la Gestalt, pero también considera que las formas complejas se van construyendo y por tanto cambian a lo largo del desarrollo. El niño va pasando por una serie de estadios que se caracterizan por la utilización de diferentes estructuras. Para Piaget la

que las formas complejas se van construyendo y por tanto cambian a lo largo del desarrollo. El niño va pasando por una serie de estadios que se caracterizan por la utilización de diferentes estructuras. Para Piaget la psicología tiene que explicar los mecanismos internos que permiten al sujeto organizar su acción. Por tanto considera que el desarrollo es un proceso constructivo, donde el sujeto evoluciona a través de diferentes estadios que le permiten elaborar estructuras cognitivas cada vez más complejas, en una interacción constante con el medio.

- **Test de Bender:** Test Gestáltico Visomotor publicado por Lauretta Bender en el año 1938, constituido por nueve figuras geométricas complejas sin significado y cuyo objetivo original es medir de una manera cualitativa, la madurez de los sujetos en cuanto a su adecuación perceptivo motora y las posibles perturbaciones en los protocolos que intervienen en la reproducción gráfica. También ha sido utilizado para detectar madurez para el aprendizaje, para predecir el desempeño escolar, para diagnosticar problemas de lectura y aprendizaje, para evaluar dificultades emocionales, para determinar la necesidad de psicoterapia, para diagnosticar lesión cerebral, para estudiar retardo mental, para el diagnóstico diferencial con pacientes psiquiátricos infantiles y con grupos de delincuentes juveniles, como test de inteligencia para niños en edad escolar y como test colectivo para niños que empiezan la escuela. Una de las ventajas de la prueba es el hecho de que puede ser interpretada desde un enfoque evolutivo, clínico y/o proyectivo.
- **Timbre (de la palabra):** Cualidad del sonido.
- **Tolerancia a la frustración:** Se refiere al modo en que un sujeto asume y enfrenta situaciones conflictivas y límites.
- **Vigilancia:** Estado de despierto, alerta.
- **Vínculo simbiótico:** Relación activa afectiva recíproca específica entre dos personas (normalmente el infante y el progenitor) en la cual la interacción refuerza y fortalece el nexo. El vínculo madre-infante, se define por el sentimiento de la madre de relación cercana y protectora con el recién nacido.
- **Yo Corporal, Imagen corporal, esquema corporal:** Es el término utilizado por Freud para esa parte del Yo que deriva de las percepciones del *si mismo* (esto es, opuestas a las percepciones de objetos externos). El yo es, ante todo y sobre todo, un yo corporal, esto es, el yo deriva en última instancia de las sensaciones corporales, en especial de aquellas que surgen desde la superficie del cuerpo. La "imagen corporal" es el término psicológico para la concepción del sí mismo de su propio cuerpo. El "esquema corporal" es un término neurológico para la representación orgánica del cuerpo en el cerebro. En la Teoría de Allport, una función del propio ser que supone llegar a conocer los límites del cuerpo de uno mismo. (Allport: Teoría Disposicional. Su teoría enfatizó el carácter único del individuo, la contemporaneidad de los

motivos y una visión holística de la persona. Estableció las bases para el enfoque humanista. Enfatiza la complejidad de la personalidad y lo necesario de un enfoque Interdisciplinario para su estudio.