

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

The seal of the University of San Carlos of Guatemala is a circular emblem. It features a central figure, likely a saint or historical figure, surrounded by various symbols including a crown, a cross, and architectural elements. The Latin motto "SIBI CONFERVA CAROLINA AC" is inscribed along the top inner edge, and "INTER CAETERA SACRIS SACRAMENTIS" is along the bottom inner edge. The text "UNIVERSITAS SAN CAROLINIENSIS" is also visible around the perimeter.

**PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA PARA NIÑOS
Y NIÑAS HIPOACÚSICOS DE 2 A 8 AÑOS EN EL
ÁREA RURAL DE CHIMALTENANGO**

SONIA EVANELIA ARROYO

GUATEMALA, AGOSTO DE 2010

MIEMBROS DEL CONSEJO DIRECTIVO.

Licenciada Mirna Marilena Sosa Marroquín.

DIRECTORA

Licenciada Blanca Leonor Peralta Yanes.

SECRETARIA

Licenciado Luis Mariano Codoñer Castillo.

REPRESENTANTE DE CLAUSTRO DE CATEDRÁTICOS.

Jairo Josué Vallecios Palma.

REPRESENTANTE ESTUDIANTIL

ANTE CONSEJO DIRECTIVO.



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"
TEL.: 2483-910 FAX: 2483-1913 y 14
e-mail: escpsic@usac.edu.gt

CC. Control Académico
CIEPs.
Archivo
Reg. 482-2010
CODIPs. 1251-2010

De Orden de Impresión Informe Final de Investigación

24 de agosto de 2010

Estudiante

Sonia Evanelia Arroyo de Cruz
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiante:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a ustedes el Punto DÉCIMO PRIMERO (11º) del Acta VEINTICINCO GUIÓN DOS MIL DIEZ (25-2010), de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 23 de agosto de 2010, que copiado literalmente dice:

"**DÉCIMO PRIMERO:** El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el Informe Final de Investigación, titulado: **"PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA PARA NIÑOS Y NIÑAS HIPOACÚSICOS DE 2 A 6 AÑOS EN EL ÁREA RURAL DE CHIMALTENANGO"**, de la carrera de Terapia del Lenguaje, realizado por:

SONIA EVANELIA ARROYO DE CRUZ

CARNÉ No.199822473

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por la Licenciada Karla Elizabeth Zúñiga Solares y revisado por el Licenciado Helvin Velásquez. Con base en lo anterior, el Consejo Directivo **AUTORIZA LA IMPRESIÓN** del Informe Final para los trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para Elaboración de Investigación de Tesis, con fines de graduación profesional."

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAR A TODOS"



Licenciada Blanca Leonor Peralta Yanes
SECRETARIA

Velveth S.



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO - CUM
5. Avenida 5-45, zona 1, Edificio "A"
Tel. 24 419335. Telefax 24187545
e-mail: ucsp@uscg.edu.gt

CIEP 482-10
REG 037-09
REG 037-09



INFORME FINAL

Guatemala, 20 de Julio 2010

SEÑORES
CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO

Me dirijo a ustedes para informarles que el Licenciado Helvin Velasquez ha procedido a la revisión y aprobación del **INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN** titulado:

"PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA PARA NIÑOS Y NIÑAS HIPOACUSICOS DE 2 A 6 AÑOS EN EL ÁREA RURAL DE CHIMALTENANGO."

ESTUDIANTE:
Sonia Evanelia Arroyo de Cruz

CARNÉ No:
1998-22473

CARRERA: Terapia del Lenguaje

El cual fue aprobado por la Coordinación de este Centro el día 24 de Junio 2010, y se recibieron documentos originales completos 19 de Julio 2010, por lo que se solicita continuar con los trámites correspondientes para obtener ORDEN DE IMPRESIÓN.

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Licenciada Mayra Frine Luns de Alvarez
COORDINADORA

Centro de Investigaciones en Psicología-CIEPs "Mayra Gutiérrez"

cc: archivo
arellis





ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO - U.M.
Avenida 9-45, zona 1 Edificio "A"
Tel. 24187510 Teléfono 24187543
e-mail: psicologia@usac.edu.gt

CIEPs 493-10
REG: 037-09
REG: 037-09

Guatemala, 20 de Julio 2010

Licenciada Mayra Frine Luna de Alvarez, Coordinadora.
Centro de Investigaciones en Psicología
-CIEPs.- "Mayra Gutiérrez"
Escuela de Ciencias Psicológicas

Licenciada Luna:

De manera atenta me dirijo a usted para informarle que he procedido a la revisión del
INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN, titulado:

**"PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA PARA NIÑOS Y NIÑAS
HIPOACÚSICOS DE 2 A 6 AÑOS EN EL ÁREA DE CHIMAL TENANGO."**

ESTUDIANTE:
Sonia Evanella Arroyo de Cruz

CARNE
1998-22473

CARRERA: Terapia del Lenguaje

Por considerar que el trabajo cumple con los requisitos establecidos por el Centro de
Investigaciones en Psicología, emito **DICTAMEN FAVORABLE** el 21 de Junio 2010
por lo que solicito continuar con los trámites respectivos.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑADA A TODOS"

Licenciado Helvin Velásquez
DOCENTE REVISOR

/Arelis.
c.c. Archivo



Guatemala, mayo 2010.

Licenciada
Mayra Luna de Álvarez
Coordinadora
Centro de Investigación en Psicología-CIEPs.
Escuela de Ciencias Psicológicas
Universidad de San Carlos de Guatemala
Presente

Licenciada Luna:

De manera respetuosa me dirijo a usted para informarle que he asesorado y aprobado el Informe Final de Investigación titulado:

"PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA PARA NIÑOS Y NIÑAS HIPOACÚSICOS DE 2 A 6 AÑOS EN EL ÁREA RURAL DE CHIMALTENANGO".

Presentado por la estudiante Sonia Evanelia Arroyo, quien se identifica con el carné número 9822473.

Por considerar que el trabajo cumple con los requisitos establecidos, solicito continuar con los trámites respectivos.

Se despide atentamente,



Licda. Karla Elizabeth Zúñiga Solares
Psicóloga
Colegiado No. 1029

Licda. Karla Zúñiga Solares
PSICOLOGA
COL. 1.029



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

Av. Avenida 9-43, Zona 11 Edificio "A"
TEL.: 2455-1010 FAX: 2485-1913 Y 14
e-mail: psic@usc.edu.gt

CIEPs 100-10

REG.: 037-09

APROBACIÓN DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Guatemala, 23 de Marzo 2010

ESTUDIANTE:
Somia Evanelia Arroyo de Cruz

CARNÉ No.
1998-22473

Informamos a usted que el **PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**, de la Carrera **Terapia del Lenguaje** titulado:

"PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA PARA NIÑOS Y NIÑAS HIPOACÚSICOS DE 2 A 6 AÑOS EN EL ÁREA RURAL DE CHIMALTENANGO."

ASESORADO POR: Licenciada Karla Elizabeth Zúñiga Solares

Por considerar que cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología -CIEPs-, ha sido **APROBADO** por la Coordinación de Investigación, el día 22 de Marzo 2010 y se solicita iniciar la fase de Informe Final de Investigación.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


Licenciado Helvin Velásquez
DOCENTE REVISOR



Vo.Bo. 
Licenciada Mayra Luna de Alvarez, Coordinadora.
Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs. "Mayra Gutiérrez"

SG/Arelis
cc. archivo





COMITÉ PROCIEGOS Y SORDOS DE GUATEMALA

Va. Calle 3-07, Zona 1. Tel. PDX: (502) 2351-9555, Fnx: (502) 2230-3606 - Guatemala, Centro América.
E-Mail: comite@comcxt.gub.gt

GUATEMALA
Lotería "Santa Lucía"
C.A. Avenida 3-85, Zona 1
Teléfono: 2212-9559, 2212-3219
PDS: 2212 9559

Centro de Capacitación
y Formación de Adultos
29. Avenida 8-95, Zona 1
Teléfono: 2472 4659

Escuela "Sonia Evania"
8. Calle 14, Zona 1
Calle 75, Zona 10
Teléfono: 233 4424
Teléfono: 2362 6160

Hospital de Ciegos y Sordos
Dr. Roberto Ballew, 17
Tigres 21, Zona 1
Tel: 2472 0954
AX: 9473 0900

Centro para Ciegos "Przy
Bialy" (Paradiso)
Avenida 17-08, Zona 11
Teléfono: 2371 1971

Programa de Estimulación
Temprana para Niños y
Niñas 15-06, Zona 11
Tel: 2474 4868
Fax: 9473 0900

Centro de Capacitación para
Discapacitados 21, Zona 11
Teléfono: 2472 0482

Centro de Rehabilitación
Discapacitados 21, Zona 11
Tel: 2472 0949
Fax: 2472 1507

Programa de Rehabilitación
Auditiva y Visual
Avenida 21, Zona 11
Teléfono: 2471 0529

Tableros "Santa Lucía"
16 Calle 10-15, Zona 11
Teléfono: 2472 9231

QUETZALTENANGO
Hospital de Ciegos y Sordos
En. S.A. Elisa Molina de Stahl
Teléfono 7761-211 y 771-0958

RETALHULEU
Hospital de Ciegos y Sordos
Manuel Ballew
Carretera U. de Retalhuleu
Asistido Tel: 7771-0456

ZACAPA
Hospital de Ciegos y Sordos
En. S.A. Elisa Molina de Stahl
Teléfono: 7811-2718

GARCHA A.V.
Hospital de Ciegos y Sordos
Ferretería Boltramano
Teléfono: 7855-5257

CHIMALTENANGO
Centro Regional de
Investigación de la Lengua
y de la Audición
Teléfono: 7856-1219

ANTHUA
Clínica Otorrinológica
Antigua Guatemala
Teléfono: 7832-0218

ESCUINTLA
Centro de Capacitación
Agricultura "Santa Lucía"
Km. 33.5 Carretera a
Pan. Teléfono: 6922-3489.

Guatemala 26 de abril 2010

Linda,
Mayra Luna
Coordinadora del Centro de
Investigaciones en Psicología (CIEPS)
USAC, Centro Universitario Metropolitano (CUM)
Presente.

Licenciada Luna:

Por medio de la presente hago de su conocimiento que la estudiante de la Escuela de Ciencias Psicológicas del USAC, Sonia Evania Arroyo, quien se identifica con el carné 9822473, realizó en esta institución las actividades correspondientes a trabajo de campo y recolección de datos destinados a la realización de proyecto de investigación con fines de graduación profesional Programa de Estimulación Temprana para niños y niñas Hipoacúsico de 02 a 06 años del Área rural de Chimaltenango en los meses de Abril y Mayo del 2010.

Sin nada más que agregar y deseándole éxitos en sus actividades, me suscribo de usted,

Atentamente,

Vo.Bo. Carolina Flores Castellanos
Jefe Sección Directora
Programa Integración Escolar

Vo.Bo. Linda Regina Giribáñez
Directora División de Educación
y Rehabilitación Especial



FUNDADO POR DOCTORA HONORIS CAUSA ELISA MOLINA DE STAHL
1945

PADRINOS

LICENCIADO FREDY ANTONIO TOBAR VALENZUELA

Psicólogo colegiado No. 3,261.

LICENCIADA CARLA ELIZABETH ZUÑIGA SOLARES

Psicólogo colegiado No. 1,029

DEDICATORIA

A MI DIOS

Darme la vida y vida en abundancia, llenarme de fortaleza y sabiduría.

A MIS HIJOS

Por ser mi razón de vivir, por su amor y paciencia.

A MI ESPOSO

Por su apoyo.

A MIS SUEGROS

Por su apoyo y cariño.

A MI FAMILIA Y AMIGOS EN GENERAL

Por su apoyo moral y espiritual y compartir conmigo esta meta.

Especialmente Carolina Flores, por su apoyo incondicional.

AGRADECIMIENTO

A mi patria Guatemala

Con amor profundo.

A la Universidad de San Carlos de Guatemala

Por formarme académicamente y por darme el privilegio de ser profesional egresada de esta casa de estudios.

A Mi Asesora.

Licda. Karla Zúñiga, por su tiempo y orientación para el desarrollo de esta investigación.

A MI REVISOR

Lic. Helvin Velázquez.

INDICE

PROLOGO	Pag.
CAPÍTULO I	
INTRODUCCION	14
CAPÍTULO II	
POBLACIÓN, MUESTRA E INSTRUMENTOS	47
CAPÍTULO III	
PRESENTACIÓN Y ANALISIS GENERAL	50
CAPÍTULO IV	
CONCLUSIONES	64
RECOMENDACIONES	65
BIBLIOGRAFÍA	68
ANEXOS	69
RESUMEN	61

PRÓLOGO

El fin primordial del programa de Estimulación Temprana para niños y niñas hipoacúsicos ha sido el de fortalecer y estimular las áreas del lenguaje, motricidad fina y gruesa, área cognitiva y esquema corporal, servir de apoyo a los padres para poder trabajar con sus hijos que acusan deficiencias o discapacidad auditiva. Los padres pudieron conocer y comprender mejor el papel que juegan en la educación de sus hijos y como ellos podrían ayudar a otros padres con hijos con discapacidades similares.

Fue muy importante haber recalcado a los padres que en Guatemala se incremento casos de niños con discapacidad auditiva y que los padres muchas veces ignoraban el rol que les correspondía, se sensibilizo a los papas para el apoyo y dedicación asía sus hijos. El hogar es donde comenzó el desarrollo físico, psicológico, y social por eso fue de vital importancia la relación de los padres con los hijos con discapacidad auditiva, toman do en cuenta la importancia que se tuvo que los hermanos y toda la familia apoyarán a estimular las áreas de lenguaje, motricidad fina, gruesa, área cognitiva, esquema corporal.

Con este programa de Estimulación Temprana se pretendió aportar a la Escuela De Ciencias Psicológicas (USAC) mayores conocimientos que permitan apoyar a los psicólogos en formación y a profesionales del campo educativo para que tengan una fuente inmediata donde puedan consultar sobre lo que es la Discapacidad Auditiva, como poder prevenir, como atender los niños con Discapacidad Auditiva y como poder estimular las áreas básicas de desarrollo de un niño y niña hipoacúsicos en nuestro país. Las causas principales de Discapacidad auditiva en Guatemala son provocadas por factores genéticos, infecciones virales como la rubéola, mal uso de medicinas tóxicas al oído; por ello es necesario el conocimiento de las causas de la sordera para prevenirla o tratarla apropiadamente.

CAPITULO I

INTRODUCCION

La presente investigación toma como referencia geográfica al departamento de Chimaltenango. Este departamento se encuentra situado en la región V o región central, su cabecera departamental lleva el mismo nombre, su población es aproximadamente de 416,189 habitantes, sus municipios son: San José Poaquil, San Martín Jilotepeque, Comalapa, Santa Apolonia, Tecpán Guatemala, Patzún, Pochuta, Patzicia, Santa Cruz Balanyá, Acatenango, Yepocapa, San Andrés Itzapa, Zaragoza, El Tejar. El idioma predominante es el Kaqchikel, complementado con el español.

Las actividades laborales se orientan principalmente a la agricultura; al cultivo de vegetales, legumbres y hortalizas, estas labores se complementan con la artesanía: alfarería, textiles y cerería.

El contexto social es todo aquello que rodea e involucra al sujeto en los diferentes ámbitos en los que coexiste, ya sea el político, económico, educativo, etc. Y es el factor determinante para establecer el rol que desempeña el individuo en la sociedad.

Psicología Social: Se puede decir que todos los sujetos están inmersos en un complejo entramado de relaciones sociales, de poder, económicas, producto de los históricos, de manera que el individuo y/o sujeto no puede ser concebido sin dichas tramas. Somos productos psicosociales en gran medida, en cuanto a un término más acotado pues sería simplemente las condiciones sociales con todas sus variables de cierto hecho o sujeto.

El hombre es un ser eminentemente social, los científicos como Abraham Maslow hablan que la pertenencia a un grupo es una necesidad del ser humano.

Al grupo se le define como “una unidad consistente en cierto numero de organismos separados, que tienen una percepción colectiva de su unidad y que poseen capacidad para actuar y actúan efectivamente de un modo unitario frente a su medio ambiente” .En nuestro país la atención educativa empieza a llevarse acabo de 5-6 años, por medio de las escuelas en el área rural. Esta población entra a la escuela con un bajo nivel de desarrollo derivado del problema de salud, desnutrición y otros que frenan el desarrollo. Lo cual es de suma importancia hacer una elaboración de programa destinado a la población con discapacidad auditiva.

Dentro de este contesto social la niñez es un término aplicado a los seres humanos que se encuentran en fases de desarrollo comprendidos entre el nacimiento y la adolescencia o pubertad.

La vida de los niños sigue ciertos patrones propios de la madurez psicobiológica, pero también se ve afectada por los modelos culturales predominantes. Este fenómeno ha dado pie a una considerable producción antropológica, historiográfica y sociológica que da cuenta de las variaciones que se observa en las diferentes culturas y en las diferentes épocas. 2

Uno de los temas mas polémicos que ha rodeado esta producción académica es la reconstrucción de la forma en que la sociedad se ha relacionado con los niños y los valores predominantes en cada época. “Otras interpretaciones sobre la historia de la infancia proviene de la psichistoria, la que ha intentado explicar fenómenos como el infanticidio a lo largo de la historia”.

Shanaw Marvin, " DINAMICA DE GRUPO" Editorial Herder, 3ra. Edición. Barcelona España, 1,986. pag. 21

1. Tran-Trong. LOS ESTADIOS DEL NIÑO EN PSICOLOGIA EVOLUTIVA . Editorial Pablo del Rio, Madrid, 1981 pag. 218.

Una demostración de la transformación que ha experimentado la experiencia de los niños a lo largo de la historia y de las culturas queda en evidencia si se comparara con los cambios en la estructura de la familia, las formas de crianza, la práctica en el uso de los juguetes, la literatura infantil, el desarrollo político público y de la doctrina de los derechos del niño. La niñez comienza a los 2 años y termina a los 10.

“El desarrollo de la niñez es el estudio de los procesos y los mecanismos que acompañan el desarrollo físico y mental de un infante mientras alcanza su madurez”.³

Los niños sordos tienen un desarrollo que se basa en que la paternidad es una de las tareas más bellas a las cuales un ser humano se ve enfrentado, pero no está exenta de angustias y dificultades. Un tema esencial a considerar es la importancia de regular las expectativas que nos hacemos de nuestros hijos, ajustándolas a cada etapa de su desarrollo, ya que este factor incide fuertemente en la relación que tenemos con ello y en la formación de su autoestima

Diversos estudios, como el realizado por Martínez, Pérez, y Álvarez en el 2007 y programas de fortalecimiento en habilidades parentales, muestran cómo puede influir positivamente en los niños el hecho de que sus padres tengan un buen conocimiento de las distintas etapas del desarrollo y sus características, ya que este ayuda a que los padres puedan fortalecer las áreas que más necesita el niño en cada momento, puedan saber qué esperar y qué no esperar, sin presionar, sobre exigir al niño o ellos frustrarse como padres.

3. Gesell, Arnold, DIAGNOSTICO DEL DESARROLLO NORMAL Y ANORMAL DEL NIÑO... Editorial Paidós, México 1985, pag. 32.

DESDE O A 1 AÑO.

- Comienza a sonreír, escuchan con atención y dan respuesta si se le habla (sonrisa, balbuceo).
- Logran calmarse, si al llorar, alguien lo abraza. Algunos pueden sentirse tímidos con extraños.
- Siguen personas, objetos con los ojos, volteándose en dirección a los sonidos. Prefieren Caras, colores brillantes.
- Descubren sus manos y pies, ponen objetos en la boca (hay que tener cuidados de no dar objetos pequeños, pues los pueden tragar.
- Se asustan por cambios bruscos (luz, ruidos) no regulan sueño, alimentación.
- Identifican voces familiares, imitan sonidos.
- Sufren cólicos, son vulnerables a las enfermedades.
- Exploran, sacuden objetos, gatean y se ponen de pie. Esconden, guardan objetos.
- Empiezan a tocar todo lo que este a su alcance para aprender a juzgar distancia con manos y ojos.

Dos años:

A los dos años un infante corre bien sin caerse pero no es capaz de detenerse rápidamente. Cuando ve un objeto, se agacha para agarrarlo y puede ponerse de cuclillas al jugar. Sube y baja escaleras no tiene obstáculo en sus desplazamientos; pero tiene que poner los dos pies en cada escalón. A menudo expresa sus emociones aplaudiendo y saltando. Cuando se trabaja con tijeras puede quedarse sentado

Tres años:

Controla su velocidad, y a la vez frenar brusca mente. Ahora ya sube y baja escaleras alternando los pies le gusta pedalear en triciclo. Tiene un control de su cuerpo que le permite levantar momentáneamente una pierna sin caerse o ponerse en puntillas, el predominio en el uso de sus manos se adquiere entre los dos y tres años.

Cuatro a Cinco años:

A partir de los tres años el niño ya es capaz de realizar una infinidad de movimientos que agotarían a una persona adulta con facilidad. Ya que sus características físicas se lo permiten. Entre los cuatro y cinco años el niño y niña toman progresivamente conciencia de su cuerpo; distinguen entre lo que es izquierda y derecha, lo que es arriba y abajo.

Seis años:

A esta edad el niño y niña empieza la edad escolar, perfecciona sus movimientos a través de los juegos. Las niñas juegan a saltar cuerda, arrastrar un objeto; los niños se interesan por un deporte, (fútbol).

Para establecer el desarrollo del niño, se utiliza el diagnóstico del desarrollo de Arnold Gesell, éste fue un gran estudioso del desarrollo del niño, hizo investigaciones durante veinte años, utilizando el método de observación directa y en el cinematográfico considerado al niño como un ser integral en el proceso de desarrollo. Estudio el comportamiento de niños normales y comparo estas observaciones con los obtenidos del estudio de una cantidad mayor de niños, los que presentaban problemas en su desarrollo, comenzó a tratar el comportamiento del feto y del lactante y del niño pequeño; estableció y estandarizó etapas que según Gesell son “cuadros de referencia donde uno puede servirse para localizar el estudio de madurez que un niño ha alcanzado para un aspecto de comportamiento dado. No se recurre a los gradientes para asegurarse de una edad mental o de medir al niño de manera arbitraria, la finalidad es más bien, el describir su posición aproximativa en las diversas sucesiones del desarrollo”.

“El diagnóstico del desarrollo consiste en una observación discriminada de las formas de conducta y la apreciación de estas por comparación con las manifestaciones normales”.⁴

“El nivel de desarrollo es un punto de referencia derivado del comportamiento típico en edad”.

Dentro del comportamiento total del niño se dividen cuatro áreas del desarrollo. Pero hay que tomar en cuenta de que el niño es una unidad, no un conjunto de piezas.

Área motriz

Se refiere a motricidad gruesa que son el movimiento de los músculos del cuerpo de modo que pueden poco a poco, mantener el equilibrio de la cabeza, del tronco y extremidades para sentarse, patear, ponerse de pie, desplazarse con facilidad caminando o corriendo. Motricidad fina: es la que abarca las destrezas que el niño va adquiriendo progresivamente en el uso de sus manos para tomar objetos, sostenerlos y manipularlos en forma cada vez mas precisa.

Área sensoria motriz

Es la solución de problemas prácticos y la capacidad de realizar nuevas adaptaciones ante la presencia de problemas simples, la coordinación de movimientos oculares y manuales para alcanzar y manipular objetos.

Área sensoria motriz

Es la solución de problemas prácticos y la capacidad de realizar nuevas adaptaciones ante la presencia de problemas simples, la coordinación de movimientos oculares y manuales para alcanzar y manipular objetos.

Área socioemocional

Es en la cual el niño aprende a comportarse dentro del grupo (familiar, amigos, etc.) y las etapas por las que va pasando desde que nace, cuando es totalmente dependiente de los otros, hasta que logra adquirir un alto grado de independencia que le permitirá tomar algunas decisiones, conocerse a si mismo y a los demás, saber lo que siente y es bueno para él y los demás.

Área del lenguaje

Son todos los comportamientos que le permiten al niño comunicarse con las personas que los rodean. Incluyen los sonidos que emiten y los que escuchan e interpreta; los gestos que acompañan a conversación y el manejo de símbolos verbales y prácticos.

Para abordar el desarrollo del lenguaje de los niños sordos, se hace necesario el estudio específico del lenguaje; éste es un mecanismo de comunicación superior específico del ser humano, básico para la organización de desarrollo del pensamiento, proceso espectacular del ser humano. Posee aspectos biológicos, cognoscitivos y sociales.

El lenguaje se adquiere con una habilidad sorprendente sin ningún tipo de instrucción, evoluciona de manera natural; en el lenguaje existe emisor y receptor. El emisor demuestra la intención de expresar sus sentimientos y pensamientos, el receptor para reaccionar y apropiarse de los mismos, descifrándolos y comparándolos con las experiencias previas que puedan concordar. El primero codifica el mensaje el cual se envía por medio de un canal y el segundo lo decodifica.

El estudio del lenguaje normal se establece en los bebés antes que digan sus primera palabras, emiten sonidos que van desde llantos, hasta el balbuceo, imitación accidental, imitación deliberada.

Llanto: medio de comunicación de un recién nacido, los padres de un bebe pueden distinguir entre llanto por alimento o por sueño.

Arrullo: entre la sexta semana y los tres meses, los bebes comienzan a reír y a emitir chillidos, gorjeos, sonidos vocálicos.

Balbuceo: repetición, series, consonantes como “ma-ma-ma-ma” se da repentinamente entre seis y los diez meses, el balbuceo no es un lenguaje real ya que no tiene un significado para el bebé.

El desarrollo del lenguaje entre los bebés con la audición y habla normal comienza con la imitación accidental de sonidos que ellos escuchan, luego se imitan a si mismos al emitir estos sonidos. Alrededor de los nueve a diez meses, imitan deliberadamente otros sonidos sin entenderlos. Una vez que tienen un repertorio de sonidos, los unen en patrones que parecen un lenguaje pero que no tienen significados. El prediscurso pre lingüístico puede ser rico en expresiones emocionales empieza entre el segundo mes.

Antes de los seis meses los bebes han aprendido los sonidos básicos de su lengua materna, el primer paso para entender el lenguaje. Los bebes comprenden palabras antes que puedan decirlas palabras que la mayoría entienden en el noveno o décimo mes, son las de su propio nombre y la palabra “no” son las que oye con

frecuencia; al año el bebé tiene algún sentido de comunicación intencional, la etapa lingüística esta lista para el lenguaje.

Un bebe promedio de quince meses utiliza diez palabras o nombres diferentes, el vocabulario crece durante la etapa de las palabras simples, la cual suele extenderse hasta la edad de dieciocho meses. En algunos surge la capacidad de extender le lenguaje entre los veinte y veintidós meses, este crecimiento súbito en el cualquier momento del segundo año, un crecimiento súbito en numero de las palabras se dan en un lapso de dos meses. El discurso de los niños se hace cada vez más complejo, primero tiempo gramatical, terminaciones, los artículos, las preposiciones son confusas con frecuencia, son sujetos o verbos. Después el niño puede unir dos relaciones básicas para establecer una relación más compleja, por lo común las primeras oraciones están formadas, por nombres, verbos y adjetivos.

Entre los veinte y treinta meses los niños adquieren fundamentos, sintaxis,

comienzan a articular (él, ella, un), preposiciones son (sobre, en), conjunciones (y, pero),

Plurales, terminaciones de verbos, tiempo pasado y formas del verbo (ser, soy, somos) a

la edad de tres años el lenguaje es mas amplio y complejo aunque los niños suelen omitir

partes del discurso, conserva su significado y habla con fluidez, el lenguaje sigue

desarrollándose hacia el final de la niñez, los niños son bastante competentes en el

aspecto de la gramática aunque siguen fomentando su vocabulario y mejorando su estilo.

Un niño de 4 años es independiente, “aparece la conciencia moral, por eso que dan importancia al castigo. Es una época de miedos, están pendientes de los ruidos y de las apariciones extrañas “.5 La psicomotricidad fina se perfecciona, el juego simbólico es el preferido. A los 5 años adquiere la independencia para jugar, arreglo personal y actividades que se le deleguen, desarrolla la memoria de una manera extraordinaria. “La noción de espacio, esquema corporal lateralidad están más organizadas, lenguaje claro y muy bien aplicado, puede establecer diálogos. Interés por aprender letras

⁵ María E. Navarte, ESTIMULACIÓN Y APRENDIZAJE, ESTIMULACIÓN TEMPRANA. Editorial Lupus. 2003. Pág. 161.

Palabras, números, su nombre”⁶. También a esta edad el niño debe adquirir todas la funciones cognitivas primordiales para la lector escritura.

Un niño de 6 años se vuelve tenso y ansioso porque inicia la escuela, necesita gastar energía, los juegos mas interesantes son donde use el cuerpo, juegos lotería domino donde el gane. Los juegos de lotería y domino les llama la atención ya que se usa conocimiento números atención concentración.

Los problemas del lenguaje en niños sordos se detectan cuando un infante a los dos años y medio de edad no habla, no se expresa con claridad o no entiende claramente lo que expresan, es probable que tenga dificultades en el proceso de organización funcional de su lenguaje. El concepto equivocado que surge es de el niño esta pequeño por eso no habla no se ponga ansiosa es muy chiquito todavía espere que ya va hablar bien, esta es la respuesta que las madres logran cuando consultan por la dificultad de expresión de sus infantes pequeños.

La dislalia es un trastorno en la articulación de fonemas, es una incapacidad para pronunciar ciertos fonemas o grupos de fonemas, el lenguaje de un niño dislático muy afectado puede resultar inteligible.

En la dislalia evolutiva el niño no es capaz de repetir por imitación las palabras que escucha y lo hace de forma incorrecta desde el punto de vista fonético, la dislalia se divide en dislalia funcional, audiógena y orgánica. La dislalia funcional “Según Pilar Pascual García es un defecto en el desarrollo de la articulación del lenguaje por una función anómala de los órganos periféricos”⁷ Según Jorge Perrelló se trata de la articulación producida por un mal funcionamiento de los órganos periféricos del habla, sin que haya lesión o mal formación de los mismos.”⁸ Tipos de errores en la dislalia funcional. La Sustitución consiste en que el sonido es sustituido por otro en medio, al principio, o al final de la palabra. Ejemplo cedo por cero. Omisión: Omite el fonema que no se sabe decir. Ejemplo Amora por Zamora. Inserción: No sabe pronunciar un grupo

⁶ Idem p 162

⁷ Gallardo Ruiz, J.R. y Gallego Ortega, J.L. (1993, 2000). MANUAL DE LOGOPEDIA ESCOLAR, UN ENFOQUE PRACTICO. Granada. Aljibe. Pág. 1

⁸ Idem pág . 2

consonántico introduce una vocal en medio. Ejemplo clavo por clavo. Distorsión fallo en la articulación de un sonido, el sonido se aproxima a la correcta pero sin llegar a serlo.

La dislalia audiógena es una alteración producida por una audición defectuosa. La Dislalia orgánica consiste en que las disartrias o diglosias afectan a los órganos del habla, zonas afectadas: labiales, linguales y dentales.

La disartria es un trastorno orgánico del habla de carácter neurológico, por lesiones en regiones centrales, en vías conductoras del analizador verbo motor. Segre señala que son complejos trastornos de la articulación de la palabra de su intensidad, ritmo, melodía, debidos a lesiones orgánicas de las vías motoras endocerebrales, así como de alguna agrupación nuclear subcortical. Pacheco y Shernacova opinan que la disartria es una alteración del aspecto fonético del lenguaje, en la cual se afecta la organización prosódica el flujo sonoro, el matiz fonético de los sonidos.

El retraso del lenguaje es un trastorno en todos los niveles del lenguaje (fonológico, morfosintáctico, Semántico y pragmático), afecta la expresión, menor medida a la comprensión, sin que este se deba a un trastorno generalizado del desarrollo, ni a déficit auditivo o trastornos neurológicos. La aparición del lenguaje es más tardía de lo habitual, se desarrolla lentamente y desfasada con respecto a lo que cabe esperar de un niño de esa edad cronológica. Hay que dejar claro la diferencia entre: Retraso del habla esta afectado el nivel fonológico, mientras que en el retraso esta afectados todos los códigos. Cuando decimos que hay un retraso del lenguaje cuando: hay dificultades en aprendizajes escolares, dificultad en el desarrollo del lenguaje. Los trastornos se clasifican en: Producción, nivel fonológico, semántico, morfosintáctico, pragmático, comprensión, imitación provocada.

La deficiencia o discapacidad auditiva es aquella que no permite escuchar el mensaje correctamente o bien oír lo en una intensidad disminuida, o no oírlo en absoluto. Se define como un impedimento del oído que es tan severo que el niño resulta impedido al procesar información lingüística a través del oído, con o sin amplificación

Por lo tanto, la sordera puede ser vista como una condición que evita que un individuo reciba sonido en todas o casi todas sus formas .En contraste, un niño con

perdida auditiva generalmente puede responder a los estímulos auditivos, incluyendo el lenguaje.

Los tipos de deficiencia o discapacidad auditiva se clasifican dependiendo en donde se localiza la lesión; pueden ser conductiva, neurosensoriales y mixtas. De acuerdo a la pérdida auditiva, se divide en leve, moderada, severa.

- a) Pérdida conductiva: se produce por una disfunción del oído externo u oído medio, se puede corregir a través de procedimientos médicos, farmacológicos o por medio de cirugías, alguna de estas pérdidas son transitorias, por ejemplo los cambios de presión que se produce al volar en avión o al subir una montaña.
- b) Pérdida neurosensorial: se caracteriza por una lesión en el oído interno a nivel de la cóclea o del nervio auditivo, este tipo de pérdida no se puede corregir, pero puede ayudar con el uso de audífonos.
- c) Pérdida mixta: se presenta en combinación de la pérdida conductiva y neurosensorial.
- d) Sordera: consiste en la pérdida total de la audición y representa una inhabilidad para escuchar y comprender el lenguaje hablado, también se define como incapacidad para oír.
- e) Hipoacusia: es la disminución de la audición, estas personas alcanzan a escuchar sonidos del medio ambiente y la voz.

Entre las causas de la pérdida auditiva están las enfermedades infecciosas padecidas por la madre durante el embarazo especificando la rubeola, en el periodo post natal el niño puede adquirir la discapacidad auditiva, por sarampión, viruela, meningitis, infección del oído, encefalitis, fiebres elevadas, ruido excesivo, infecciones repetitivas en el canal del oído. Dentro de las causas encontramos la rubeola, que es una causa principal de sordera en nuestra población, es necesario conocer un poco más de esta enfermedad.

Entre los síntomas que presenta la enfermedad, los mas comunes son: erupción o manchas color rojo pálido, que aparecen primero en la cara y se extienden después la tórax y extremidades. Dura aproximadamente cuatro días. Aparece como una gripe: malestar general, fiebre de poca intensidad y ganglios dolorosos a los lados del cuello.

Mucha gente ha padecido rubéola sin saberlo, porque la erupción no siempre está presente. Se estima que hasta un 50% de los casos no presentan síntomas.

El período de contagio de la enfermedad es de aproximadamente una semana antes y por lo menos cuatro días después de comenzar la erupción. La enfermedad se transmite por contacto con las secreciones de las vías respiratorias de las personas infectadas.

Esta enfermedad que para el niño o adulto no reviste gravedad, tiene consecuencias graves en la mujer gestante, especialmente durante el primer trimestre. El virus produce una enfermedad leve en la madre, pero es capaz de atravesar la placenta e infectar al feto causando un aborto espontáneo, mortinato o anomalías congénitas en el recién nacido como el síndrome de rubéola congénito. “El Síndrome de Rubéola Congénito (SRC) puede ser diagnosticado por la presencia de una tríada clásica de signos clínicos: catarata, problemas cardiológicos y sordera. Sin embargo muchos niños tienen solamente una de estas manifestaciones, que además puede aparecer tardíamente. La sordera es un defecto congénito de manifestación tardía. El tipo de sordera causada por el SRC es neurosensorial, bilateral (ambos oídos). La forma más importante de prevenir esta enfermedad, es la vacunación contra la rubéola. Deben ser vacunados todos los niños a partir de 1 año de edad y mujeres en edad fértil. Se recomienda que las mujeres que reciban la vacuna esperen por lo menos seis meses antes de quedar embarazadas. Así también no debe proporcionarse la vacuna a mujeres embarazadas.”⁹

Entre los signos de la discapacidad auditiva se encuentra lo que es falta de atención, sonidos distorsionados, falta de interés de estímulos auditivos, ejemplo oír música, televisión, voz humana. Dificultad de seguir órdenes, instrucciones verbales, el niño se aísla.

Referir al paciente con un médico otorrinolaringólogo quien tiene los conocimientos necesarios para tratar problemas de oídos. El nivel terciario: proporcionar educación especial y rehabilitación.

9. MORRIS, RICHARD. EDUCACION especial. Editorial Medica Panamericana. Buenos Aires, 1989. Pag.75

En la educación de niños sordos el método moralista es el utilizado con los niños diagnosticados con sordera, necesitan ser educados a través de métodos especializados que les permita desarrollar un sistema de comunicación con el cual puedan adquirir conocimientos académicos y desenvolverse dentro de la sociedad, tanto la de oyentes como la comunidad de sordos. Existen muchas metodologías en educación especial de niños sordos, sin embargo se abordarán únicamente aquellas que son más utilizadas no sólo en nuestro país sino en la mayoría de países de Latinoamérica.

El nivel secundario: proporcionar tratamiento medico adecuado.

-Buscar los cuidados de un médico con conocimientos sobre problemas de oídos.

“ El sentido de la audición y el sistema auditivos van de la mano en la generación de sensaciones auditivas en el ser humano es un proceso extraordinariamente complejo, el cual se desarrolla en tres etapas básicas:

- 1 Captación y procesamiento mecánico de las ondas sonoras.
- 2 Conversación de la señal acústica (mecánica) en impulsos nerviosos, y transmisión de dichos impulsos hasta los centros sensoriales del cerebro.
- 3 Procesamiento neural de la información codificada en forma de impulsos nerviosos.

La captación y procesamiento de los estímulos sonoros se llevan a cabo en el oído propiamente dicho, mientras que la etapa de procesamiento neural, en la cual se producen las diversas sensaciones auditivas, se encuentra ubicada en el cerebro. Así pues, se pueden distinguir dos regiones o partes del sistema auditivo: la región periférica, en la cual los estímulos sonoros conservan su carácter original de ondas mecánicas hasta el momento de su conversión en señales electroquímicas, y la región central, en la cual se transforman dichas señales en sensaciones.

En la región central también intervienen procesos cognitivos, mediante los cuales se asigna un contexto y un significado a los sonidos, es decir, permiten

reconocer una palabra o determinar que un sonido dado corresponde a un violín o a un piano.

Los aspectos preceptuales del sistema auditivo; esto es, aquellos que son independientes del contexto y del significado y que, en buena parte, se localizan en la región periférica.

El oído o región periférica se divide usualmente en tres zonas, llamadas oído externo, oído medio y oído interno, de acuerdo a su ubicación en el cráneo.

Los estímulos sonoros se propagan a través de estas zonas, sufriendo diversas transformaciones hasta su conversión final en impulsos nerviosos.

A continuación se presenta la anatomía y funcionamiento de estas tres zonas del oído, así como la propagación y procesamiento del sonido a través de las mismas.

El oído externo esta formado por el pabellón auricular u oreja, el cual dirige las ondas sonoras hacia el conducto auditivo externo a través del orificio auditivo. El otro extremo del conducto auditivo se encuentra cubierto por la membrana timpánica o tímpano, la cual constituye la entrada al oído medio. La función del oído externo es la recolectar las ondas sonoras y encauzarlas hacia el oído medio. Asimismo, el conducto auditivo tiene dos propósitos adicionales: proteger las delicadas estructuras del oído medio contra daños y minimizar la distancia del oído interno al cerebro, reduciendo el tiempo de propagación de los impulsos nerviosos.

La respuesta en frecuencia y localización de las fuentes de sonido se da por medio del conducto auditivo es un “tubo” de unos 2 cm de longitud, el cual influye en la respuesta en frecuencia del sistema auditivo. Dada la velocidad de propagación del sonido en el aire (aprox. 334 m/s), dicha longitud corresponde a $\frac{1}{4}$ de la longitud de onda de una señal sonora de unos 4 kHz. Este es uno de los motivos por los cuales el aparato auditivo presenta una mayor sensibilidad a las frecuencias cercanas a los 4 kHz.

Adicionalmente, el pabellón auricular, junto con la cabeza y los hombros, contribuye a modificar la señal sonora. Las señales sonoras que entran al conducto auditivo externo sufren efectos de difracción debidos a la forma del pabellón auricular y la

cabeza, y estos efectos varían según la dirección de incidencia y el contenido espectral de la señal; así, se altera el espectro sonoro debido a la difracción.

Lo que se refiere a anatomía y oído medio esta constituido por una cavidad llena de aire, dentro de la cual se encuentran tres huesecillos, denominados martillo, yunque y estribo, unidos entre si en forma articulada. Uno de los extremos del martillo se encuentra adherido al tímpano, mientras que la base del estribo está unida mediante un anillo flexible a las paredes de la ventana oval, orificio que constituye la vía de entrada del sonido al oído interno.

Finalmente, la cavidad del oído medio se comunico con el exterior del cuerpo a través de la trompa de Eustaquio, la cual es un conducto que llega hasta las vías respiratorias y que permite igualar la presión del aire a ambos lados del tímpano.

La propagación del sonido y acople de impedancias se da por los sonidos, formados por oscilaciones de las moléculas del aire, son conducidos a través del conducto auditivo hasta el tímpano. Los cambios de presión en la pared externa de la membrana timpánica, asociados a la señal sonora, hacen que dicha membrana vibre siguiendo las oscilaciones de dicha señal.

Las vibraciones del tímpano se transmiten a lo largo de la cadena de huesecillos, la cual opera como un sistema de palancas, de forma tal que la base del estribo vibra en la ventana oval. Este huesecillo se encuentra en contacto con uno de los fluidos contenidos en el oído interno; por lo tanto, el tímpano y la cadena de huesecillos actúan como un mecanismo para transformar las vibraciones del aire en vibraciones del fluido.

Ahora bien, para lograr que la transferencia de potencia del aire al fluido sea máxima, debe efectuarse un acoplamiento entre la impedancia mecánica característica del aire y la del fluido, puesto que esta última es mucho mayor que la primera.

El reflejo timpánico o acústico se da cuando se aplican sonidos de gran intensidad (> 90 dB SPL) al tímpano, los músculos tensores del tímpano y el estribo se contraen de forma automática, modificando la característica de transferencia del oído medio y disminuyendo la cantidad de energía entregada al oído interno.

Este “control de ganancia” se denomina reflejo timpánico o auditivo, y tiene como propósito proteger a las células receptoras del oído interno frente a sobrecargas que pueden llegar a destruirlas. Este reflejo no es instantáneo, sino que se tarda de 40 a 60 ms en producirse.

El oído interno representa el final de la cadena de procesamiento mecánico del sonido, y en él se llevan a cabo tres funciones primordiales: filtraje de la señal sonora, transducción y generación probabilística de impulsos nerviosos.

La anatomía del oído interno se encuentra la cóclea o caracol, la cual es un conducto rígido en forma de espiral de unos 35 mm de longitud, lleno con dos fluidos de distinta composición.

El interior de del conducto está dividido en sentido longitudinal por la membrana basilar y la membrana de Reissner, las cuales forman tres compartimiento o escalas. La escala vestibular y la escala timpánica contienen un mismo fluido (perilinf), puesto que se interconectan por una pequeña abertura situada en el vértice del caracol, llamada heliograma. Por el contrario, la escala media se encuentra aislada de las otras dos escalas, y contiene un líquido de distinta composición a la perilinf (endolinf).

La base del estribo, a través de la ventana oval, está en contacto con el fluido de la escala vestibular, mientras que la escala timpánica desemboca en la cavidad del oído medio a través de otra abertura (ventana redonda) sellada por una membrana flexible (membrana timpánica secundaria).

Sobre la membrana basilar y el interior de la escala media se encuentra el órgano de Corti, el cual se extiende desde el vértice hasta la base de la cóclea y contiene las células ciliares que actúan como transductores de señales sonoras a impulsos nerviosos. Sobre las células ciliares se ubica la membrana tectorial, dentro de la cual se alojan las prolongaciones o cilios de las células ciliares externas.

Dependiendo de su ubicación en el órgano de Corti, se pueden distinguir dos tipos de células ciliares: internas y externas. Existen alrededor de 3500 células ciliares internas y unas 20000 células externas. Ambos tipos de células presentan conexiones o sinapsis con las fibras nerviosas aferentes (que transportan impulsos hacia el cerebro) y

eferentes (que transportan impulsos provenientes del cerebro), las cuales conforman el nervio auditivo. Sin embargo, la distribución de las fibras es muy desigual: más del 90% de las fibras aferentes inervan a las células ciliares internas, mientras que la mayoría de las 500 fibras eferentes inervan a las células ciliares externas.

La propagación del sonido en la cóclea se da por medio de las oscilaciones del estribo provocan oscilaciones en el fluido de la escala vestibular (perilinfia). La membrana de Reissner, la cual separa los fluidos de las escala vestibular y la escala media, es sumamente delgada y, en consecuencia, los líquidos en ambas escalas pueden tratarse como uno solo desde el punto de vista de la dinámica de los fluidos. Así, las oscilaciones en la perilinfia de la escala vestibular se transmiten a la endolinfia y de ésta a la membrana basilar; la membrana basilar, a su vez, provoca oscilaciones en el fluido de la escala timpánica.

Puesto que tanto los fluidos como las paredes de la cóclea son incomprensibles, es preciso compensar el desplazamiento de los fluidos; esto se lleva a cabo en la membrana de la ventana redonda, la cual permite cerrar el circuito hidráulico.

La propagación de las oscilaciones del fluido en la escala vestibular a la timpánica no sólo se lleva a cabo a través de la membrana basilar, para sonidos de muy baja frecuencia, las vibraciones se transmiten a través del oído externo medio y llega hasta la cóclea, donde las oscilaciones en los fluidos hacen vibrar a la membrana basilar y a todas las estructuras que ésta soporta.

La cóclea como analizadores en frecuencia se da por medio de la membrana basilar es una estructura cuyo espesor y rigidez no es constante: cerca de la ventana oval, la membrana es gruesa y rígida, pero a mediada que se acerca hacia le vértice de la cóclea se vuelve más delgada y flexible.

La rigidez decae casi exponencialmente con la distancia a la ventana oval, esta variación de la rigidez en función de la posición afecta la velocidad de propagación de las ondas sonoras a lo largo de ella, y es responsable en gran medida de un fenómeno muy importante: la selectividad en frecuencia del oído interno.

La membrana basilar es acústicamente “transparente” (es decir, se comporta como si tuviera un orificio), de modo que la amplitud de la vibración y, por ende, la transmisión de la energía de la onda al fluido de la escala timpánica es máxima en dicho punto.”¹⁰

“A partir de esa región, la onda no puede propagarse eficientemente, de modo que la amplitud de la vibración se atenúa muy rápidamente a medida que se acerca al helicotrema.

En este modo de propagación, las ondas de presión son ondas viajeras, que se transportan por medio de las células nerviosas hacia el cerebro, en donde se realiza la codificación e interpretación del sonido para dar lugar al lenguaje y que este se produzca por medio de los estímulos externos”¹¹

Para prevenir la sordera los programas de prevención se clasifican en primarios, secundarios, terciarios. El nivel primario: Promocionar. Vacunación contra enfermedades infectocontagiosas, especialmente contra la rubeola.

- Cuidados médicos pre, peri y post natales.
- Consejo genético en familias con historia positiva de sordera.
- Atención adecuada de las infecciones de los oídos.

- Protección de los oídos contra el ruido y uso de objetos punzantes.
- Prudencia al utilizar medicamentos tóxicos para el oído.
- Buena nutrición e higiene.

El nivel secundario: proporcionar tratamiento medico adecuado.

- Buscar los cuidados de un médico con conocimientos sobre problemas de oídos.

Referir al paciente con un médico otorrinolaringólogo quien tiene los conocimientos necesarios para tratar problemas de oídos. El nivel terciario: proporcionar educación especial y rehabilitación.

¹⁰DANILOFF, Graymond. Audition: THE SENSE OF HEARIG. Prentice-Hall, New Jersey, 1980. Pag. 127,245

¹¹CROMER,Alan. FISICA PARA LA CIENCIA DE LA VIDA. Editorial Reverté,Barcelona,1978. pag.243.

En la educación de niños sordos el método moralista es el utilizado con los niños diagnosticados con sordera, necesitan ser educados a través de métodos especializados que les permita desarrollar un sistema de comunicación con el cual puedan adquirir conocimientos académicos y desenvolverse dentro de la sociedad, tanto la de oyentes como la comunidad de sordos. Existen muchas metodologías en educación especial de niños sordos, sin embargo se abordarán únicamente aquellas que son más utilizadas no sólo en nuestro país sino en la mayoría de países de Latinoamérica.

El método Oralista es el método con el cual, escuchar es lo principal para entender un lenguaje y hablar lo principal para comunicarlo. El nombre adecuado podría ser método auditivo-oral. La palabra auditivo se refiere al oído y la audición y oral a la boca y el hablar. El objetivo primordial del método oral es enseñar al niño sordo a hablar, a hacer el mejor uso de sus restos auditivos, a hacer lectura labio facial y a usar otras claves para entender lo que dicen las demás personas.

Los niños sordos capaces de escuchar y hablar, tienen más facilidad de ser integrados en programas educativos regulares. Los niños educados con esta metodología, desarrollan habilidades para escuchar con el uso de los aparatos sofisticados tales como los audífonos o implante coclear, además de ser entrenados con técnicas específicas de comunicación tal como el entrenamiento auditivo. Adicionalmente, los niños utilizan técnicas de lectura labio facial las cuales les ayudan a entender de mejor manera el lenguaje.

Entrenamiento auditivo: el objetivo fundamental del entrenamiento auditivo es hacer conciencia en el niño de la existencia del sonido y ayuda a la persona con problemas auditivos a escuchar mejor, haciendo uso de la poca audición que posea.

La lectura labio facial o rabadomancia es el acto por medio del cual se puede entender el lenguaje hablado observando los movimientos de boca y cara de la persona que habla.

Según la historia del método oralista y su aplicación se inicio a mediados del siglo XVI, el monje benedictino Pedro Ponce de León (1520-1584), en el monasterio de San

Salvador de Oña (Burgos), llevaba a cabo la primera experiencia didáctica cierta y documentable, en orden a la instrucción humana y cristiana de los sordos. Ponce de León enseñó a sus alumnos el lenguaje hablado, por imitación de los elementos visibles de la palabra, estableciendo así las bases del Método Oral.

Años más tarde, Juan Pablo Bonet (1579-1633) y Manuel Ramírez de Carrión (1579-1652), con sus respectivos tratados de fonética aplicada, iniciaban un lento y diversificado proceso de perfecciones metodológico, que centraría los esfuerzos pedagógicos sucesivos de John Wallis (1616-1703), Conrad Armman (1669-1724) y Jacobo Ramírez Pereira (1715-1780) entre otros, en la didáctica de la palabra. Este método, una vez desarrollado, capacitará al deficiente auditivo para el uso de la palabra y la comprensión del lenguaje ajeno, por medio de la articulación de los sonidos y la lectura labial. Samuel Heinichke (1729-1790) conserva la tradición oralista en la escuela de Leipzig, con presunción y misterio tales que impedían su difusión y desarrollo. Muy pronto, surge una controversia metodológica que sólo quedará zanjada por el voto favorable a Método Oral “puro” del Congreso Internacional de Milán en 1880, éste no contó con representación española.

“Al parecer, todos querían dotar a los deficientes auditivos de un medio de comunicación que permitiera su instrucción e integración social. De esta forma, se irían superado antiguos prejuicios de carácter psicológico y religioso que, con frecuencia, habían provocado el escepticismo de muchas personas. Además, con el reconocimiento oficial de las primeras escuelas públicas para sordos, el beneficio de la instrucción dejaba de ser un esporádico privilegio. Ahora bien, el desarrollo de tales instituciones no estuvo exento de dificultades, como lo demuestra el hecho de que a finales del siglo XIX, todavía un considerable número de deficientes auditivos permanecía en la ignorancia y consiguiente marginación social”.⁹ Por otro lado, debido a las motivaciones religiosas en muchos educadores, parece evidente que velaron por la formación cristiana de sus alumnos. Sin embargo, ante la escasez de estudios al respecto, desconocemos hasta qué punto su respectiva opción metodológica pudo influir en la delimitación, estructuración y transmisión de los contenidos de la fe, y cómo se adecuaban a la particular capacidad cognoscitiva y psicológica de los deficientes auditivos. Cornett (1913-2002) fue un brillante investigador y profesor de matemáticas y ciencias físicas en

la universidad de Harvard, antes de ser llamado a Washington para desempeñar el cargo de Director del departamento de Estudios Superiores en el Ministerio de Educación del gobierno Federal de EE. UU. Su interés por los problemas de las personas sordas le surgió evaluando un proyecto de investigación, que demandaba fondos para seguir investigando sobre el déficit lector de los sordos. Un año y medio después de su ingreso en la Universidad Gallaudet de Washington, Cornett tenía en lo esencial desarrollado el método oralista, que básicamente se centraba en la posibilidad de que un niño sordo, menor de 3 años de edad, pudiera ver el habla completa a través de la vista y con el mismo nivel de precisión que un niño oyente la percibe a través del oído.

Posteriormente, se comprobó científicamente que la frontera de los 3 años era crítica para la eficacia del método oralista. (en cuanto al problema lector, Cornett lo veía como un falso problema o mejor dicho, como un problema mal planteado. El problema lector del sordo es una consecuencia de otro problema más básico, cual es el deficiente desarrollo lingüístico oral que suelen alcanzar los sordos con las metodologías orales al uso. Incluso aquellos sordos que en la adolescencia, y tras muchos años de intenso y tedioso entrenamiento, llegan a hablar de forma inteligible, aún en estos casos de lenguaje oral es aprendido, no adquirido; dominan bien los aspectos explícitos, pero los componentes implícitos del lenguaje, los que se desarrollan entre los últimos meses de embarazo y el primer año de vida del sujeto humano, esos no los tienen automatizados.

Sin los fundamentos implícitos del lenguaje oral, fonología en especial, es difícil llegar a ser un buen lector. Así que el problema lector es la consecuencia de un déficit oral previo, que podría paliarse con un sistema que exponga al bebé y niño sordo al habla con claridad para que a partir de ahí adquiriera el lenguaje oral. Esta es precisamente la esencia de la hipótesis chomskiana de la pobreza del estímulo: el entorno pone ante el niño el habla y el niño le devuelve el lenguaje. Si el niño no adquiere un buen lenguaje oral, será difícil que use el habla para comunicarse, sin dominio del lenguaje oral tampoco será hábil labio lector y como consecuencia, no se convertirá en un aprendiz autónomo a través de la lectura eficaz, pues entre lengua hablada y escrita sólo hay un cambio de modalidad.

Según este planteamiento previo, Cornett llegó a la conclusión de que era necesario un sistema de representación clara y distinta del habla en tiempo real, que

usara la vista en lugar del oído, haciendo gala de sus conocimientos matemáticos, en 1965 se puso manos a la obra con el objetivo de desarrollar un sistema capaz de hacer visible el habla al sordo.

Este sistema debería reunir cuatro aspectos claves: (1) representación clara de los sonidos del habla (condición lingüística), (2) aplicabilidad con bebés y niños pequeños (condición tempero-evolutiva), (3) facilidad de ejecución por parte del entorno familiar (condición pragmática) y (4) que sirva para comunicar y desarrollar lenguaje al mismo tiempo (condición interactiva). El problema lector caería por su propio peso, como fruto maduro, una vez que el lenguaje oral estuviera sólidamente adquirido en los primeros años de vida.

La Psicología evolutiva ha demostrado que los niños adquieren la lengua oral a edad muy temprana, siempre que se les presente de forma clara a sus sentidos y en situaciones reales de comunicación interactiva. En este sentido, el niño sordo no debe ser una excepción. Con estos presupuestos básicos, Cornett afrontó con éxito el reto expresado por A. G. Bell un siglo antes, cuando dijo: el niño sordo puede aprender a hablar si percibe el habla sin confusión, de forma clara y distinta a través de la vista. La lectura labial (LL), recurso en el que se han apoyado distintas aproximaciones metodológicas.

Pocos años después, se demuestran científicamente algunas ventajas cognitivo-lingüísticas del oralismo, que mejoran a las aportadas por otras metodologías de orientación y las historias personales de quienes fueron expuestos a este sistema a edad temprana demuestran que el Oralismo ha cambiado sus vidas y les ha igualdad de oportunidades con sus padres oyentes.

La comunicación total no es un lenguaje o sistema específico de comunicación, sino más bien una filosofía educativa que permite adaptaciones diferentes según las características y necesidades de cada niño, posibilitando que cada uno tenga la oportunidad de desarrollar el sistema que le resulta más idóneo.

La comunicación total se centra en las aptitudes del niño antes que sus deficiencias y utiliza con él todas las formas de comunicación que éste pueda comprender.

Denton (1970) define la Comunicación Total como “El derecho del niño sordo a utilizar todas las formas de comunicación disponibles para desarrollar la competencia lingüística. Esto incluye un amplio espectro: gestos realizados por el niño, habla, signos formales, alfabeto manual, lectura labio facial, lectura, escritura, entre otros. Debe darse la oportunidad a todos los niños sordos a utilizar cualquier resto auditivo que puedan tener, empleando el mejor equipo electrónico posible para la amplificación de sonido”.¹⁰

La comunicación manual, es una técnica que se utiliza para la educación de niños sordos. Esta comprende dos diferentes técnicas: la de deletrear con los dedos (sistema en donde la posición de los dedos representa cada una de las letras del alfabeto) conocida como deletreo manual y la del lenguaje de señas (movimiento de las manos para expresar ideas y palabras).

En Guatemala se utiliza el Lenguaje a Señas Guatemalteco (LENSEGUA) el cual contiene señas que son propias del país y fue creado por la Asociación de Sordos de Guatemala

En el caso de sordera, la rehabilitación se refiere al uso de aparatos de audición o audífonos que permitan al sordo desenvolverse en la sociedad de la manera más normal posible.

El uso de los audífonos puede ayudar a las personas con problemas auditivos compensen su problema siempre y cuando hayan recibido educación especial, en el caso de niños sordos pre lingüísticos. Para las personas que pierden la audición después de haber adquirido un lenguaje, la utilización de los audífonos debe ir acompañada de orientación y apoyo para el uso de técnicas complementarias para la mejor comprensión del lenguaje.

La adaptación de audífonos consiste en buscar el aparato más apropiado a la persona, tomando como base los resultados de la evaluación audio métrica que se le realice previamente, así como la toma de un molde de la oreja del paciente en donde va ensamblado el auxiliar auditivo.

Un audífono es un dispositivo electrónico, que a base de una batería, amplifica y cambia el sonido para permitir una mejor comunicación. Consta de tres partes:

micrófono, amplificador y parlante. Existen varios modelos, cada uno debe ser adaptado a la pérdida auditiva y necesidades de la persona. Entre ellos:

Retro auricular: se coloca atrás de la oreja y va adaptado al oído por medio de un molde. Se utiliza para pérdidas entre moderadas y severas o profundas.

Intraauricular: se coloca dentro de la oreja. Hay tres modelos básicos: los que se colocan profundamente dentro del canal, en el canal y en la concha. Este modelo sirve para amplificar pérdidas de leves a moderadas.

Caja: es el modelo más grande. Se coloca en alguna parte del cuerpo sobre la ropa y a través de un cordón con un molde, se dirige el sonido hacia el oído. Se utiliza para amplificar pérdidas severas y profundas.

¿Cómo se evita la sordera?

- No limpiar los oídos con objetos punzantes.
- Proteger los oídos contra el ruido o volúmenes muy altos.
- Atender adecuadamente las infecciones de los oídos.
- Tener prudencia al utilizar medicamentos tóxicos para el oído.
- Buscar consejo genético si hay historia positiva de la sordera en la familia.
- Tener cuidados médicos pre, peri y post natales.
- Mantener siempre buena nutrición e higiene.

Signos y síntomas para referir a un especialista son

- Dolor de oído.
- Supuración de oídos.
- Picazón
- Presión en el oído
- Acufeno o zumbido en el oído.
- Vértigo.
- Dificultad para comprender el lenguaje.
- Sordera.

El implante coclear consiste en un aparato electrónico que recoge los sonidos del ambiente (ruidos, sonidos y palabras) y los transforma en energía eléctrica capaz de estimular directamente (a través de los electrodos insertados en la cóclea) las terminaciones nerviosas auditivas produciendo sensación auditiva a nuestro cerebro. Este proceso de transformación de la señal acústica en impulsos eléctricos es realizado a través de las distintas partes de que consta el sistema de Implante Coclear, las cuales se dividen en Internas: vaina de electrodos (se introduce en la cóclea), dispositivo interno implantable (se coloca debajo de la piel y es el receptor y estimulador) y Externas: procesador de palabra, bobina transmisora, micrófono retro auricular.

El proceso de audición con implante coclear se lleva a cabo de la siguiente forma: los sonidos ambientales son recogidos en el micrófono ubicado en el pabellón auditivo. El sonido es enviado al procesador de palabra a través de un fino cable que conecta el micrófono con el procesador, éste procesador convierte el sonido en una señal eléctrica codificada siendo enviada por el mismo cable a la bobina transmisora que transmite esta señal por radio frecuencia a la antena y a al receptor/estimulador, previamente colocados bajo la piel, la señal viaja hasta el filamento de electrodos donde estimula directamente las células neuronales que aún funcionan en el nervio auditivo y cuando éste es estimulado transmite la señal a nuestro cerebro generando así la sensación sonora auditiva.

Sensación sonora que nuestro cuerpo será capaz de interpretar-reconocer tras cierto tiempo de madurez cerebral de tipo auditivo, que vendrá dada fruto del trabajo coordinado que ha de realizarse por parte del audiológico-programador, terapeuta del lenguaje, la familia, etc.

Los candidatos a implante coclear pueden ser adultos y niños (la edad no suele ser un factor límite) los criterios que se aplican en los procesos de selección son:

- Sordera profunda o severa de carácter neurosensorial en ambos oídos.
- Nulos o escasos beneficios en la comprensión del habla mediante el uso de prótesis convencionales (audífonos).
- No existir razones para eludir la cirugía.

Se deben tomar en cuenta que para obtener éxito en el Implante Coclear hay que considerar algunos factores importantes como:

-Momento de aparición y duración de la sordera. En general, a menor tiempo de privación de la audición mejores resultados se obtienen con el implante.

-En niños provocativos (la sordera aparece antes de que el niño haya adquirido el lenguaje hablado) se obtienen mejores resultados cuando la implantación se realiza a edad temprana siempre previa comprobación de que el beneficio con los audífonos es escaso o nulo.

-En postlocutivos se puede lograr buen nivel de lenguaje y habilidades comunicativas.

-Alto nivel de motivación.

-Apoyo de familiares y amigos.

Antes de la intervención quirúrgica se deben realizar diversas pruebas de evaluación para determinar si el paciente es un candidato apropiado, éstas incluyen:

Exploración del oído para determinar el daño y la ausencia de infección.

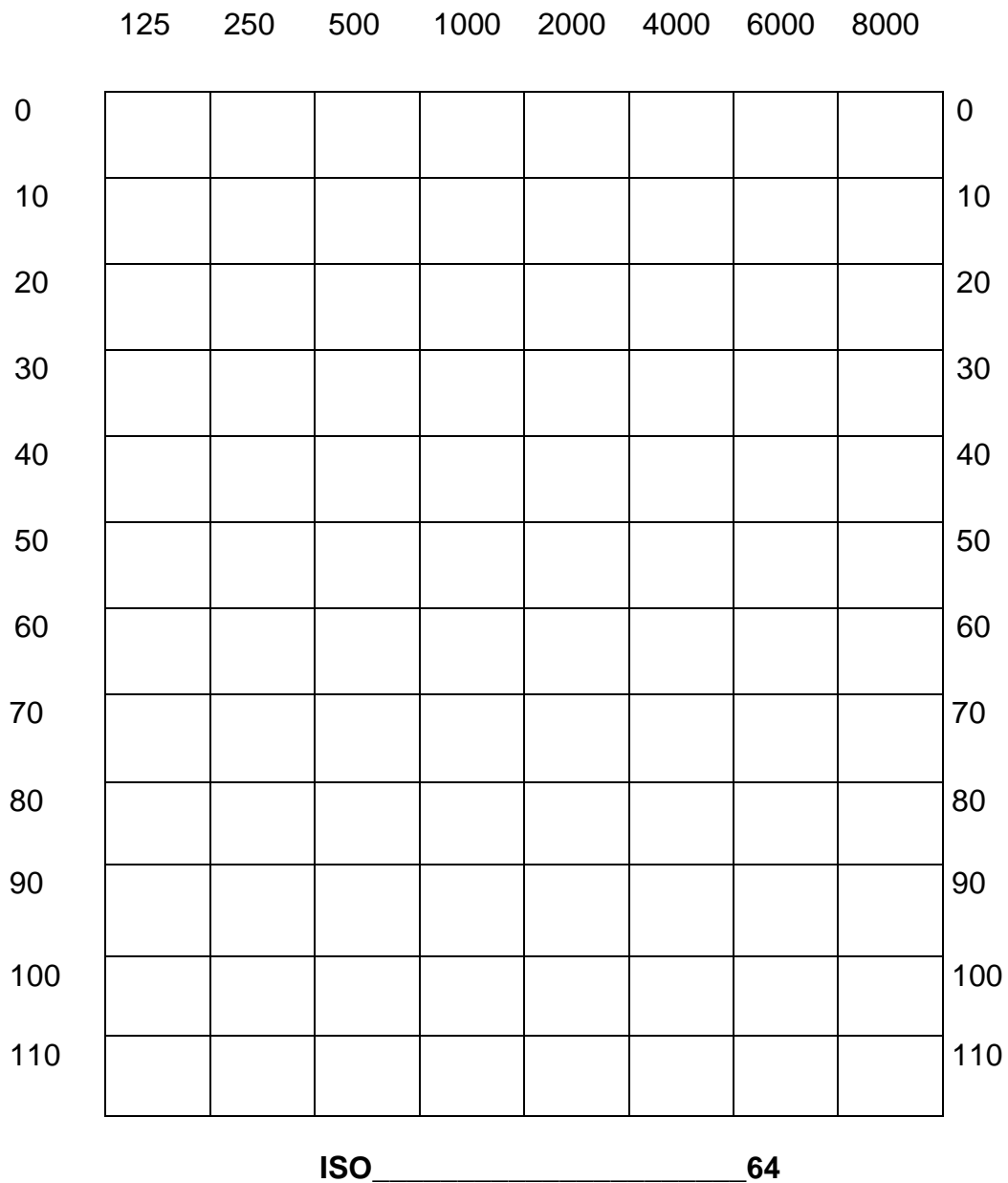
-AC coclear (escáner) para comprobar la permeabilidad de la cóclea y determinar la ausencia de malformaciones.

-Examen audiológico para determinar los umbrales de audición y comprobar el aprovechamiento en el uso de aparatos convencionales (audífonos).

-Evaluación de las habilidades comunicativas (pruebas de comprensión y labio lectura).

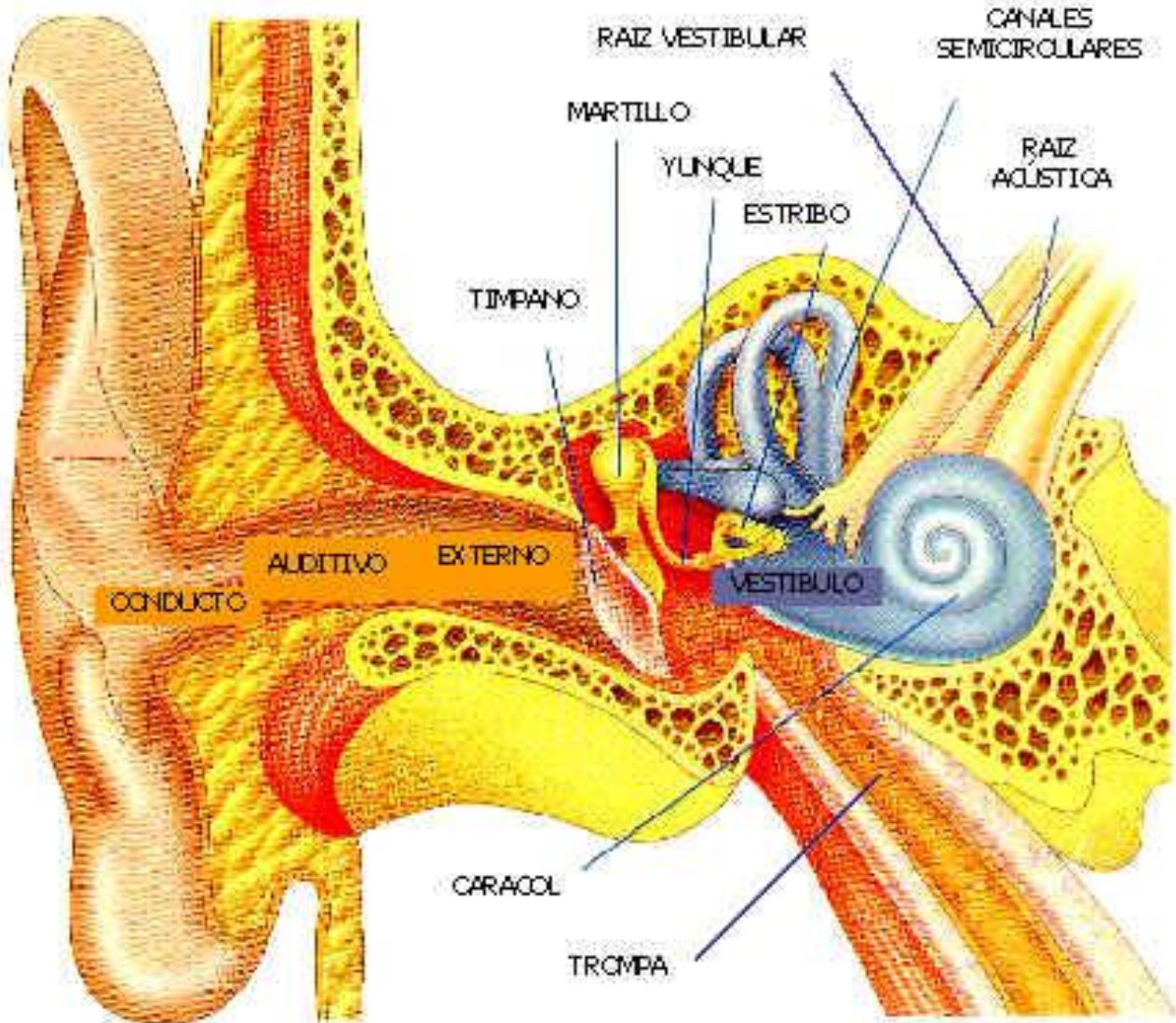
El cirujano, mediante una escisión por detrás de la oreja, coloca las partes internas del implante, el receptor-estimulador se coloca bajo la piel y el filamento de electrodos se inserta en el interior de la cóclea. La cirugía tiene una duración aproximada de 2 horas y debe realizarse bajo anestesia general.

En la actualidad existen asociaciones que ayudan mediante trámites correspondientes a poder implantar a personas y niños aptos para el implante dado que el costo de éste es muy elevado



Las frecuencias que se evalúan generalmente son de 250 a 8000 Hz puesto que desde este rango se encuentra localizados los sonidos que componen el lenguaje. La unidad de medida de la frecuencia es el Hertz (Hz) y representa los ciclos por segundos. La intensidad que se mide en una audiometría, generalmente es de -10 ó 0 hasta 100 ó 110 dB, que determina el nivel más bajo en el cual la persona es capaz de escuchar los sonidos. La unidad de medida de la intensidad del sonido se llama Bel y el termino dB significa un décimo de Bell.

Anatomía del Oído humano



La estimulación temprana es todo lo que enriquece al niño en su desarrollo físico y psíquico. En la actividad puede involucrar objetos y siempre exige la relación entre el niño y el adulto en una forma de comunicación que puede ser de murmullo, actitudes, palabras y todo tipo de expresiones.

La estimulación se lleva a cabo por medio de técnicas que repetimos son sencillas y posibles de aplicar por parte de todos, son técnicas educativas y formativas, que profundizan y sistematizan las que tradicionalmente habían venido aplicando nuestros padres. Buscan una comunicación atenta, afectuosa, constante con el niño, desde que nace y a lo largo de su desarrollo.

Procura habilitar cada vez más las aptitudes preceptuales, mediante el contacto con los colores, sonidos, olores, texturas, sabores. Se trata que con paciencia y continuidad se desarrolle las condiciones motoras finas y gruesas para que el niño se prepare para un avance gradual, por medio de masajes, balanceos, movimientos, juegos, van introduciendo el conocimiento del mundo, que inicia el niño desde que nace a través de una comunicación constante que incluya imágenes, relaciones, canciones, números, cuentos y una sensación de seguridad y de afecto.

El Dr. Herman Montenegro, Director del Departamento de Salud Mental del servicio Nacional de Salud de Chile, con acierto y claridad a definido la Estimulación Temprana como: "El conjunto de acciones tendientes a proporcionar al niño las experiencias que este necesita desde su nacimiento, para desarrollar al máximo su potencial psicológico, esto se logra a través de la presencia de personas y objetos en cantidad u oportunidad adecuadas y en el contexto de situación de variada complejidad, que genere en el niño un cierto grado de interés y actividad, condición necesaria para lograr una relación dinámica con su medio ambiente y un aprendizaje afectivo"¹²

Entre los aspectos esenciales de la estimulación temprana tenemos en primer lugar debe aplicarse oportunamente. Es decir, el estímulo debe estar de acorde con edad y con el desarrollo previsto para esa edad si el niño no ha sido estimulado antes, deben localizarse con cuidado los estímulos a que responde, para partir de ahí hacia un desarrollo creciente de sus capacidades. También si el niño ya ha superado lo previsto para su edad, se le puede estimular en la etapa siguiente, con lo que se facilita el

desarrollo. Debe tenerse en cuenta que la cantidad de estímulos debe estar estrechamente relacionada con la capacidad, el interés y la actividad del niño. No se debe forzar, ni se debe cansar. La relación con el niño y la comprensión de sus necesidades, de la medida exacta para la cantidad de estímulos que requiere.

Se dice que el niño requiere alcanzar el máximo desarrollo integral y conviene aclarar también que encierra ese término de “desarrollo integral”. En términos más simples se puede decir que se trata de que el niño logre lo mejor de sus capacidades mentales, emocionales, sociales, físicas. Para la estimulación apropiada es esencial la intervención de los padres. La madre es indispensable en los primeros meses el padre se debe de ir incorporando lo mismo que el resto de la familia. En la estimulación temprana se toma en cuenta: prevención, rehabilitación quienes están involucrados son el niño, familia, terapeutas. La estimulación temprana inicia en el seno familiar. En que nos ayuda la Estimulación temprana nos ayuda a: relegar miedos, nutrir el desarrollo, estimular la independencia y contemplar las individualidades. Los trastornos que abarca la Estimulación Temprana son: trastornos motores, psicométricos, del lenguaje, madurativos

Para el uso de el programa debemos entender lo que nos dicen no basta con oír, ya que entender es un proceso mental que requiere atención, entrenamiento, esfuerzo. Para poder entender a un niño sordo debemos estar dispuestos a darles tiempo de calidad, comprenderlos, ponerle atención, entender es asociar con cada palabra el significado correcto. Un niño sordo necesita sentirse motivado a comunicarse, un esfuerzo enorme para superar su dificultad necesita el apoyo de los padres al momento de educarle y de estimularle El lenguaje.

Al momento de querer emplear las técnicas del manual hay que estar dispuesto a armarse de paciencia y volver las actividades amenas y no en golpes y agresiones verbales hacia el infante que en futuro traiga consecuencias en él autoestima.

Debemos tomar en cuenta que el niño sordo no es retrasado mental es capaz de realizar cualquier actividad que un oyente. Es necesario saber que la estimulación es diaria.

Objetivo del programa: Un apoyo a los padres de niños con discapacidad auditiva para estimular el lenguaje.

Objetivo específico: Tomar en cuenta una buena articulación y lectura labio facial que permita la comunicación del niño sordo con las demás personas.

Necesidad de recibir terapia del lenguaje.

Orientar al uso diario del aparato auditivo.

Recomendaciones:

Desde que el niño es muy pequeño es necesario uso de aparatos auditivos, los auxiliares auditivos son esenciales para el niño sordo, hay que enseñar a los niños a cuidar y ser responsables con los aparatos, lo que sirven para el desarrollo del lenguaje.

El auxiliar auditivo requiere de ciertos cuidados, entre éstos se mencionan los más importantes: mantenerlo en un lugar seco, no exponerlo al calor, ni a la humedad y evitar los golpes. Aparte de los cuidados señalados, los aparatos auditivos requieren de limpieza la cual se refiere a: no tocar con dedos mojados, limpiar los moldes con algodón paños secos, no usar alcohol o líquidos de limpieza ya que esto daña el circuito electrónico, es importante limpiar los oídos de los niños pero no con objetos como (ganchos ropa o de pelo) trate de no usar espray de pelo puede dañar aparato o entrada de sonido. Consulte al audio logo.

Hay que consultar al Audiólogo cuando molde causa molestia o dolor, no puede quitar cerumen del molde, el tubo se vuelve quebradizo o amarillo.

Volumen bajo puede ser Pila con carga baja, la salida del sonido esta obstruida con cerumen- límpiela con un cepillo pequeño.

Audífono pita al oído puede ser el molde no esta introducido en el oído, el molde esta en el oído equivocado, el ajuste del molde esta demasiado flojo.

El aparato no funciona cuando:

No hay pila- inserte una pila nueva.

El porta pilas no esta cerrado-ciérrelo.

La pila esta sucia – limpie la superficie de la pila.

La pila esta agotada –cámbiela.

Con base a este referente teórico se definió el siguiente problema de investigación “programa de estimulación temprana para niños y niñas hipoacúsicos de dos a seis años en el área rural de Chimaltenango (Tecpán, Patzicia, San Martín Jilotepeque)” Con base a este programa se definieron los siguientes objetivos: Aportar conocimientos sobre la deficiencia auditiva (hipoacusia) del área rural en el departamento de Chimaltenango. Establecer el nivel de desarrollo psicomotriz (fino, grueso), lenguaje, área cognoscitiva, afectiva y social de niños y niñas de dos a seis años en los municipios de Patzicia, Tecpán, San Martín Jilotepeque, Chimaltenango 2010. Identificar la eficiencia del programa de Estimulación temprana en niños y niñas en el departamento de Chimaltenango. Aportar mayores conocimientos sobre hipoacusia en niños y niñas de dos a seis años del área rural.

CAPÍTULO II

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

POBLACIÓN:

Los niños y niñas con deficiencia auditiva (hipoacúsicos) de dos a seis años de Patzicia, Tecpán, San Martín Jilotepeque Chimaltenango, participantes en los programas de Estimulación Temprana y con residencia en el departamento de Chimaltenango

MUESTRA:

Cinco niños y niñas de 2 a 6 años con deficiencia auditiva, hipoacusia, residentes en los municipios de Tecpán, Patzicia y San Martín Jilotepeque en el departamento de Chimaltenango.

En el proceso de selección de la muestra se aplicó el método no Aleatorio con los alumnos participantes en los programas de Estimulación Temprana que se ejecutan en el departamento de Chimaltenango.

INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

Entrevista: Es un instrumento aplicado en el Programa de Estimulación Temprana por el o la profesional encargada de terapia de lenguaje. Consta de ocho series. Sirve para recabar datos acerca de el niño en cuanto a datos generales, factores físicos (condiciones de la madre durante el embarazo y después parto, enfermedades durante los primeros años de vida), factores emocionales, factor intelectual, factor social, factores situacionales, hábitos sexuales, desajustes emocionales de la personalidad.

Guía de observación psicomotriz basada en Gessel.

Esta guía mide el desarrollo psicomotriz del niño. Basada en la guía de observación psicomotriz en áreas básicas de estimulación temprana, se tomó como referencia el esquema de cotejo elaborado con base a los indicadores de la prueba de Arnold Gesell. Ésta se compone de los siguientes aspectos: Esquema corporal, lateralidad, direccionalidad,

coordinación general, motricidad, equilibrio, ritmo, disociación, relajación, auto ayuda, área del lenguaje y área cognitiva; se aplicó en forma individual.

Test de articulación: Evalúa cada uno de los fonemas medio y final e inversa. Es una serie de palabras usando todo el alfabeto y vocales donde al niño se le presenta la figura de cada palabra escrita en la serie palabras y que el niño articule nombre de la figura para luego ver cual es la dificultad medio, final, inversa de la palabra.

Mecanismo del habla: Evalúa el estudio y funciones del órgano fono articulador. Este test consta de cinco series donde se evalúa: Labios, dientes, lengua, mecanismo de respiración.

PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA

EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA

Se reevaluará con una segunda guía de observación.

PROCEDIMIENTOS

Aplicación o desarrollo de programa de estimulación temprana.

Entrevista: Se realizó con los padres del niño(a) en la primera quincena de febrero 2010. El lugar en donde se llevó a cabo las entrevistas fue la residencia de cada uno de los niños(as) incluidos en la muestra. El orden en que se aplicaron las mismas fue el siguiente: Tecpán, lunes; Patzicía, martes; San Martín Jilotepeque, miércoles. El horario de duración de cada entrevista fue de 9 A.M. a 12 A.M.

Evaluación:

Esta se realizó con los padres del niño(a) en la primera quincena de febrero 2010. El lugar en donde se llevó a cabo las entrevistas fue la residencia de cada uno de los niños(as) incluidos en la muestra. El orden en que se aplicaron las mismas fue el

siguiente: Tecpán, lunes; Patzicía, martes; San Martín Jilotepeque, miércoles. El horario de duración de cada entrevista fue de 9 A.M. a 12 A.M.

Se inició y aplicó en forma individual: Test articulación, Mecanismo del habla, Guía de observación basada en Arnold Gesell, la evaluación se hizo antes de aplicar el programa de estimulación temprana para ver como estarían en su desarrollo.

APLICACIÓN DEL PROGRAMA.

Aplicación del programa fue de una duración de tres meses los días lunes, martes, miércoles. Patzicía día lunes uno de marzo al veinticinco de mayo, Tecpán los martes del dos de marzo a veinticinco mayo, San Martín miércoles tres marzo al veinte seis de mayo .El horario en que se desarrolló el programa de estimulación, según día asignado, fue de 9 a 12 A.M. en las casas de habitación de los niños.

REEVALUACIÓN.

LA reevaluación y recolección de datos en Patzicia fue los día lunes de la primera semana junio, Tecpán martes primera semana de junio, San Martin miércoles primera semana junio en horarios de nueve a doce de la mañana en cada casa de los niños.

CAPÍTULO III

PRESENTACION Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

CASO 1

ANAMNESIS

Embarazo planificado, durante el embarazo la madre tuvo control prenatal en el centro de salud de San Martín Jilotepeque y de una comadrona,

Embarazo planificado, durante el embarazo tuvo control prenatal, padeció de alteraciones de los nervios por susto. El embarazo fue a término; parto atendido por comadrona, peso al nacer 7 lbs., balbuceo a los 8 meses, caminó al año, con sus primos y padres tiene una buena relación, es una familia unida, viven en casa propia. Informa la madre que al año cinco meses se dieron cuenta para una Navidad que con el ruido de los cohetes no se despertó y se empezaron a preocupar pero un doctor particular les dijo que ya hablaría, a los dos años la llevaron al hospital Rodolfo Robles capital donde le evaluaron como correspondía. Hace berrinches.

TEST MECANISMO HABLA.

Su estructura y función labial es normal, su estructura dental es buena, función paladar y velo faringe normal, frenillo corto, no puede articular la palabra pataka, movimiento mecial de las paredes ninguno, un patrón respiratorio clavicular, puede jadear rápidamente.

GUIA E.T. BASADA EN GESSEL.

Adecuado: Conocimiento y concepto de esquema corporal, psicomotricidad, auto ayuda, relajación en área cognitiva.

Deficiente: Ritmo, direccionalidad, lenguaje.

TEST DE ARTICULACIÓN:

No articula fonemas en posición inicial, media y final: j, c, ll y, r.

No articula sin fones en posición inicial, media, final ch, bl, gl, br, kr, gr, pr, tr.

RESULTADO DE ARE: Pérdida neurosensorial bilateral profunda.

RESULTADO DE EVOLUCIÓN:

Mejó en Lenguaje (articulación y comprensión), área Cognitiva (colores, vocales, números, atención y onomatopeyas); motricidad gruesa (lateralidad.), motricidad fina en trazos de aprestamiento, inicio de escritura, manualidades, uso adecuado de lápiz y tijera; Auto Ayuda (higiene y alimentación).

RESULTADOS DE REEVALUACIÓN:

TEST DE MECANISMO DEL HABLA:

El niño corrigió su patrón respiratorio, el cual actualmente es abdominal. Adquirió movimiento del paladar blando.

GUIA E.T. BASADA EN GESSEL:

En área ritmo logró seguir patrones rítmicos simples (marchar, saltar) sigue instrucción como trae agua, identificar derecha izquierda, ya sigue en lenguaje dos instrucciones con bisílabas (casa, mono)

TEST DE ARTICULACIÓN

Logró articular los fonemas j, c en posición adecuada.

Caso 2

ANAMNESIS:

Embarazo fue planificado, tuvo control prenatal, no padeció de ninguna enfermedad durante su embarazo, fue a término, lloro al nacer, su peso fue de siete libras y media, parto lo atendió la comadrona, se dieron cuenta de la dificultad auditiva a los siete meses cuando no balbuceaba al comparar con los otros hijos, fue entonces cuando se buscó ayuda les dijeron era que normal, fue donde buscaron ayuda en la capital en el hospital Rodolfo Robles donde les brindaron la ayuda necesaria. Es sociable, tiene amistades, se lleva bien con toda la familia.

TEST MECANISMO DEL HABLA.

No puede retraer labios, tiene buena oclusión dental, no puede tocar el cordón alveolar, su frenillo es corto, su capacidad respiratoria es abdominal, no puede jadear.

GUIA DE E.T. BASADA EN GESSEL.

Adecuado: esquema corporal, coordinación general, psicomotricidad, equilibrio, ritmo, disociación, lenguaje, área cognitiva.

Deficiente: lateralidad derecha izquierda, direccionalidad.

TEST DE ARTICULACIÓN:

No articula fonemas en posición inicial, media, final: r, ñ, k, y.

No articula sin fones en posición media inicial, media, final: br, cl, fr, gr, pr, gl, kr.

RESULTADOS DEL ARE: Sordera bilateral, neurosensorial profunda de predominio derecho.

RESULTADO DE EVOLUCIÓN:

Tiene buenos restos auditivos, buena articulación y comprensión del lenguaje, mejoró en motricidad fina (trabajos con material de desechos, plastilina, trazos de aprestamiento, uso de tijera, uso adecuado de lápiz.

Motricidad gruesa mejoro en los ejercicios realizados de lateralidad, movimiento y conocimiento de su cuerpo, área cognitiva en lo que fue conocimiento de onomatopeyas, conocimiento de el cuerpo humano, vocales, números uno al cinco.

RESULTADO DE REEVALUACIÓN:

TEST MECANISMO DEL HABLA:

Logra retraer labios unilateralmente, puede jadear.

GUIA E.T. BASADA EN GESSEL:

Adquirió concepto lateralidad derecha, izquierda.

TEST DE ARTICULACIÓN:

Logró articular los fonemas c, k, q, ñ.

CASO 3

ANAMNESIS:

Embarazo fue planificado, tuvo control prenatal, no padeció de ninguna enfermedad durante el periodo de embarazo, peso al nacer siete libras, nació en el IGSS de Chimaltenango, parto fue por cesárea, recibió lactancia materna cuando bebé lo internaron por infección intestinal en el IGSS fue como a los 8 meses, después de la hospitalización se dieron cuenta a los 8 meses que ya no volteaba a ver cuando se le hablaba fue entonces cuando buscaron ayuda. Sostuvo la cabeza a los meses, camino al año. Es rebelde y muy mimado, pero hay una dificultad no controla esfínteres.

TEST MECANISMO DEL HABLA:

No puede retraer bilateralmente los labios, no puede tocar cordón alveolar, su frenillo es corto, su capacidad respiratoria es toraxica, no puede decir la palabra pataka, no puede jadear.

GUIA BASADA EN GESSEL:

Adecuado: esquema corporal, conocimiento, coordinación general, psicomotricidad, coordinación ocular, equilibrio, ritmo, disociación, área cognitiva.

Deficiente: área de lenguaje, articulación y vocabulario, control de esfínteres.

TEST DE ARTICULACIÓN:

No articula fonemas, n, p, j, k, y, r, inicial medio y final.

No articula sin fones, ch, fl, gl, pl, br, kr, inicial medio y final.

RESULTADOS DEL ARE:

Oído izquierdo, hipoacusia profunda neurosensorial.

Oído derecho, sordera profunda.

RESULTADOS DE EVOLUCIÓN:

Mejoro en articulación, comprensión de lenguaje, área cognitiva (conocimiento de vocales, números, onomatopeyas, cuerpo humano), motricidad fina (uso de tijeras, uso adecuado del lápiz, forma correcta de pintar, manualidades con material de desecho, plastilina), motricidad gruesa (juegos adecuados al esquema corporal). Mejoro en control de esfínteres (se logro que se siente en el inodoro).

RESULTADO DE REEVALUACIÓN:

MECANISMO DEL HABLA:

Retrae labios bilateralmente, logra tocar con la lengua el cordón alveolar, corrigió el patrón respiratorio es actualmente abdominal, logró articular la palabra pataka.

GUIA DE E.T. BASADA EN GESSEL:

Logró articular palabras monosílabas (mas, sal, sol), incremento vocabulario de palabras, controla enuresis.

TESTS DE ARTICULACIÓN:

Logró articular fonemas n, p, c, k, q.

CASO 4

ANAMNESIS:

Embarazo planificado, la madre tuvo sus cuidados prenatales en el centro de salud de San Martín Jilotepeque, el embarazo fue a término, parto normal, peso 6 libras y 12 onzas, tubo lactancia materna, sostuvo la cabeza a los 5 meses y medio, camino al año, se dieron cuenta de la discapacidad auditiva al año cuando no hablaba ni una palabra y buscaron ayuda en el hospital Rodolfo Robles de la capital. El ambiente de la casa es regular en cuanto a la higiene, es un hogar integrado.

TEST DEL MECANISMO DEL HABLA:

Su estructura y función labial es normal, estructura dental normal, frenillo corto, no puede retraer unilateralmente labios, no puede jadear, respiración clavicular. No puede articular la palabra pataka.

GUIA BASADA EN GESSEL:

Adecuado: esquema corporal, coordinación general, psicomotricidad, equilibrio.

Deficiente: disociación, direccionalidad, coordinación ocular, ritmo, lenguaje, conocimiento de esquema corporal.

TEST DE ARTICULACIÓN:

No articuló fonemas y sífonos inicial, medio y final por lo que no se pudo dar a conocer ningún resultado.

RESULTADOS DE ARE:

Sordera bilateral, neurosensorial profunda.

RESULTADO DE EVOLUCIÓN:

Mejoro articulación y comprensión, vocabulario (fue difícil ya que los padres no colaboran), área cognitiva (vocales, onomatopeyas), motricidad fina (manualidades, armar y desarmar con juegos adecuados, uso de tijera, rasgado, apelotonado), motricidad gruesa (juegos adecuados con el cuerpo humano, para tener conocimiento y función del mismo).

REEVALUACIÓN:

MECANISMO DEL HABLA:

Retrae labios unilateralmente, logra jadear, su patrón respiratorio es abdominal .

GUIA E.T. BASADA EN GESSEL:

Logró coordinar ojo, mano, patrones rítmicos simples, conocimiento de las partes principales del esquema corporal.

TEST DE ARTICULACIÓN:

Logró articular vocales, fonemas l, m.

CASO 5

ANAMNESIS:

La madre refiere que el embarazo fue planificado, tuvo control prenatal en el centro de salud de Chuatalún, aldea de San Martín, el embarazo fue a término, el parto fue normal, según indicó la madre el parto fue atendido por una comadrona, el peso del bebé fue de 8 libras, lloro al nacer. Recibió lactancia materna durante un año, camino a los 11 meses. Fue hospitalizado al año por demasiada fiebre, refirió la madre le dio meningitis, le operaron la cabeza, eso cree la madre que fue la causa por la cual el niño tiene discapacidad auditiva, al año y medio empezaron a buscar ayuda profesional.

TEST DEL MECANISMO DEL HABLA:

La estructura y función labial normal, su patrón respiratorio es clavicular, no pueden sobresalir labios derecho, izquierdo, tiene frenillo corto.

GUIA BASADA EN GESSEL:

Adecuado: esquema corporal, conocimiento, coordinación general, psicomotricidad, coordinación ocular, equilibrio, disociación, área cognitiva.

Deficiente: lenguaje y ritmo.

TEST DE ARTICULACIÓN:

No articula fonemas como r, rr, ñ, y, tanto en lo inicial, el medio y final.

No articula sin fonemas, pr, kr, dr, inicial, medio y final.

RESULTADO DE ARE:

Sordera neurosensorial, bilateral profunda.

RESULTADO DE EVOLUCIÓN:

Mejóro en pronunciación adecuada de fonemas y sin fonos, en área cognitiva (colores, vocales, números y unión de letras), en lenguaje (articulación y comprensión), tiene buenos restos auditivos, mejoró en todas las áreas de desarrollo.

RESULTADO DE REEVALUACIÓN:

MACANISMO DEL HABLA:

Su patrón respiratorio es abdominal

PRESENTACIÓN Y ANALISIS DE RESULTADOS

INTERPRETACIÓN CUANTITATIVA

Con base a las mediciones y evaluaciones realizadas a través del Test de Mecanismo del Habla se revela lo siguiente: Respecto a la estructura y función labial se encuentra un 40% normal mientras que el 60% restante se encuentra con una estructura y función labial anormal. La muestra revela que el 80% posee paladar y velo faríngeo normal y que cierta anormalidad se presenta únicamente en el 20%. Igual porcentaje se encuentra en lo referente a las dificultades de articulación de palabras y movimiento mecial de las paredes. En lo que respecta al patrón respiratorio encontramos un 60% clavicular, 20% torácica y 20% abdominal. La evaluación de jadear indica que el 20% es normal y el 80% anormal. En lo que respecta en la retracción de los labios encontramos que el 60% es normal el 20% unilateral y 20% restante bilateral. Se revela un 100% normalidad en la estructura dental y un 100% con frenillo corto.

En lo que se refiere a la aplicación de la Guía Basada en Gessel se revelan los siguientes datos: 100% de normalidad en cuanto a psicomotricidad fina y gruesa, auto ayuda, equilibrio y área cognitiva, en esquema corporal se encuentra un 80% de normalidad y sólo un 20% de dificultad; de igual manera se revelan los datos respecto a coordinación general y disociación; en lo que respecta a ritmo y lenguaje encontramos un 40% de normalidad y un 60% de anormalidad; mientras que en lateralidad(derecha-izquierda) y direccionalidad se revela un 100% de anormalidad .

Con base en el Test de Articulación encontramos los siguientes resultados relacionados con Fonemas (inicial, medio y final), 20% de dificultad en articulación de letras como C,LL,Y,N y P; 40% en articulación de la J, Ñ y 60% en R,K,Y. En lo que respecta a Sin fones (inicial, medio y final) encontramos los siguientes resultados 20% en BL,GR,TR,FL,PL,KL; 40% en CH,GL,CL,FR; 60% en KR,PR y 80% en BR.

Las áreas de mejoramiento al 100% reveladas por el grupo muestra se concentran en Esquema corporal, Lenguaje, Cogniciones, Motricidad (fina y gruesa) y autoayuda.

RESULTADOS DE LA REEVALUACIÓN

El 80% de la población reevaluada corrigió el patrón respiratorio, sólo el 20% no lo logró; otros logros revelados por el 80% fueron el movimiento del Paladar Blando, retracción Unilateral y Bilateral de labio, el Jadeo, el toque del Cordón alveolar y la pronunciación correcta de palabras.

Con base a la Guía de Gessel la reevaluación demuestra logros en un 80% en áreas de Ritmo y Lenguaje; un 40% en Autoayuda, Lateralidad , Psicomotricidad fina y Esquema corporal.

En lo que respecta al Test de Articulación los logros se evidencian en los fonemas J, C, K, Q, Ñ, N, P, L, M, R ,Y , y las vocales. En lo que se refiere a sinfonos los mayores logros se encuentran en BL, GL, PR, CL, BR, FR, FL, PL, y DR.

INTERPRETACIÓN CUALITATIVA DE LOS RESULTADOS CUANTITATIVOS

La evaluación preliminar relacionada con Mecanismos del Habla, revela una Estructura y Función Labial anormal; un alto porcentaje de la muestra evaluada posee Paladar y velo faríngeo normal. El Patrón Respiratorio es Clavicular en un alto porcentaje, mientras que el patrón respiratorio Torácico y abdominal se encuentra en un mínimo porcentaje. El Jadeo es anormal en un alto porcentaje, la Retracción labial es normal en un porcentaje moderado y en un bajo porcentaje es Bilateral y Unilateral, la estructura Dental es normal en todos los casos y el Frenillo Corto esta presente en los casos revisados. Con base a los resultados revelados por la Guía de Desarrollo de Gessel encontramos que la motricidad Fina y Gruesa es anormal en un alto porcentaje; Autoayuda, Equilibrio, área Cognitiva y Esquema Corporal también se encuentran presentes en un alto porcentaje pero en forma normal. Encontramos bajos porcentajes en Coordinación y Disociación, en

cuanto a Ritmo y Lenguaje se encuentran porcentajes moderados. Existe total anormalidad en lo que respecta a Lateralidad (izquierda-derecha) y Direccionalidad. Las áreas en que se revelan mejoras sustanciales son Esquema Corporal, Lenguaje, Cogniciones y Autoayuda. Se evidencia que el área más comprometida en su desarrollo es la de Motricidad Fina-Gruesa y Direccionalidad.

Los resultados de la Reevaluación con base a Mecanismo del Habla indican que el Patrón Respiratorio fue corregido en un alto porcentaje, igualmente el movimiento del Paladar Blando, la retracción bilateral y Unilateral del labio, el Jadeo, el toque del Cordón Alveolar y la pronunciación correcta de las palabras. Con base a la Guía de Desarrollo de Gesell se revelan los siguientes logros en Ritmo, Lenguaje, Autoayuda, Esquema Corporal y, principalmente, en Psicomotricidad (fina y gruesa), Lateralidad (izquierda-derecha) y Direccionalidad. Los resultados de la aplicación del Test de Articulación arrojan lo siguiente; logros en los fonemas C, K, J, Q, Ñ, N, P, L, M, R y las vocales. Los mayores logros en sílfones se refieren a BL, GL, PR, CL, BR, FR, FL, PL y DR.

El análisis de las entrevistas realizadas a los padres y familiares de los niños incluidos en la muestra revelan lo siguiente

Los ejercicios de psicomotricidad Fina que permitieron los logros significativos evidenciados en cada uno de los casos muestra, fueron: manipulación de objetos, uso de plastilina para elaboración manual de figuras, pintura con los dedos y manos y trazos de aprestamiento.

En lo que respecta a logros significativos en el área de lenguaje, los ejercicios aplicados que permitieron los avances evidenciados en la reevaluación de la muestra fueron: movimientos variados de lengua, labios y paladar, inflado de vejigas, soplo de velas encendidas y chasquido con la lengua.

Para determinar los avances en cuanto a Esquema Corporal, se aplicaron técnicas de Espejo y técnicas rítmicas; ejercicios ejecutados en pareja para la identificación de los grandes segmentos de las partes del cuerpo: cabeza, tronco y extremidades. Los ejercicios se complementaron en forma específica en cada segmento al compás de determinado ritmo.

Los avances obtenidos en el área Cognitiva fueron promovidos a través de ejercicios como: identificación y reconocimiento de las vocales a través de carteles ilustrados, visualización y repetición. Presentación de fichas y láminas ilustradas con especies de animales (domésticos y salvajes), clases de frutos y vegetales; ejercicios reforzados con lectura labio-facial y lengua de señas para la estructuración de frases y oraciones con propósitos socializadores, comparación y diferenciación de términos y categorías.

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES

- El programa de estimulación temprana aplicado a niños y niñas hipoacúsicos de dos a seis años en el departamento de Chimaltenango revela alto nivel de eficiencia en áreas como psicomotricidad, lenguaje, esquema corporal y área cognoscitiva.
- El área en la que menos efectividad evidencia el programa de estimulación temprana con niños y niñas hipoacúsicos, es la que se refiere a Lateralidad y direccionalidad.
- El principal aporte que el presente estudio deja para la comprensión del fenómeno hipoacúsico y sordera en niños del área semi urbana y rural en el departamento de Chimaltenango es poner en evidencia la importancia de la correcta y oportuna aplicación de un programa de estimulación temprana especialmente diseñada para las necesidades y características de esta población.
- Los resultados de la reevaluación con base a Mecanismo del Habla indican que el patrón respiratorio, movimiento de paladar blando, retracción labial, jadeo y toque del cordón alveolar fueron corregidos en un alto porcentaje.
- Las áreas en las que se revelan mejoras sustanciales, después de la reevaluación, son Esquema Corporal, Lenguaje, Cognición y autoayuda.
- La psicomotricidad fina y gruesa es normal en lateralidad de la muestra estudiada. Únicamente en lo que respecta a Lateralidad (izquierda-derecha) y direccionalidad se mejoró según la reevaluación.

RECOMENDACIONES

Que los padres de niños y niñas hipoacúsicos lleven acabo las técnicas ó ejercicios que encontraron en el programa de Estimulación Temprana: el cual esta diseñado para una fácil y pronta aplicación para lograr en su hijo una mejor estimulación.

Que las instituciones que trabajan con niños y niñas con discapacidad auditiva aumenten los programas de capacitación a los padres de familia para una mejor orientación acerca de la educación y técnicas para trabajar la Estimulación Temprana y la prevención de la Deficiencia auditiva.

Que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala promueva programas a Nivel nacional para prevenir la deficiencia auditiva, utilizado medios de comunicación para brindar información valiosa a la población rural.

Que las instituciones que atienden a niños y niñas sordos integren a la familia en el trabajo que se realiza con el niño y niña para que ellos colaboren en la educación de sus hijos.

Que los padres tengan conocimientos de los adelantos en cuanto a Discapacidad auditiva.

Que los padres busquen ayuda de los especialistas para apoyar a sus hijos principalmente en área del lenguaje.

Que los padres demuestren constancia en lo que se trabaje con el niño, estar llenos de afecto hacia sus hijos para tener resultados positivos.

BIBLIOGRAFIAS

Flores Beltran, Lilian, "EL NIÑO SORDO DE EDAD PRE-ESCOLAR, IDENTIFICACION, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO: GUIA PARA PADRES, MEDICOS Y MAESTROS", 2da. Edición, Editorial Trillas, UNICEF, México, 1995, pp. 192.

Gallardo Ruiz, J.R. Y Gallego Ortega, J. L. "MANUAL DE LOGOPEDIA ESCOLAR, UN ENFOQUE PRÁCTICO". Granada: Aljibe. 1993-2000, Pág. 1,2.

Gesell, Arnold, DIAGNOSTICO DEL DESARROLLO Y ANORMAL DEL NIÑO, Editorial Paidos, México, 1985, pag. 32.

Ling, Daniel, Moheño de Manrique, Cristina, "EL MARAVILLOSO SONIDO DE LA PALABRA, PROGRAMA AUDITIVO, VERBAL PARA NIÑOS CON PERDIDA AUDITIVA", segunda edición, editorial Trillas, México, 2005, pp. 241.

Martínez González, R.A. Perez Herrero, M.H. y Álvarez Blanco, L. "ESTRATEGIAS PARA PREVENIR Y AFRONTAR CONFLICTOS EN LAS RELACIONES FAMILIARES". Colección Observatorio de Infancia, Madrid, 2007.

Ministerio de Educación de Guatemala, "UNIDADES INTEGRADAS PARA PRE-PRIMARIA", editorial Piedra Santa, Guatemala, 2007, pp. 208.

Narvarte, Mariana E., "ESTIMULACION Y APRENDIZAJE, ESTIMULACION TEMPRANA: PREVENCION Y REHABILITACION", 1ra. Edición, Lexus, toma 1, 2003, pp. 229.

Nieto, Margarita, "ANOMALIAS DEL LENGUAJE Y SU CORRECCION", editorial Trillas, cuarta edición, México, 1983.

Segura Galindo, María Beatriz, Licda., Lima Gonzales, Elizabeth, "PATOJITOS: COMO ORGANIZAR LOS APRENDIZAJES DEL PRE-ESCOLAR", manual del educador, UNICEF, pp. 102.

Tran-Trong. "LOS ESTADIOS DEL NIÑO EN PSICOLOGIA EVOLUTIVA", Editorial Pablo del Rio, Madrid, 1981, pag. 218.

UNICEF, "MI NIÑO DE 0 6 AÑOS, "ESTIMULACION TEMPRANA", Editorial Piedra Santa, Guatemala, 2007, pp. 120.

RESUMEN

El estudio realizado se ha denominado “PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN NIÑOS Y NIÑAS DE DOS A SEIS AÑOS EN EL ÁREA RURAL, DEPARTAMENTO DE CHIMALTENANGO”. Los objetivos que guiaron esta investigación fueron la aportación de mayores conocimientos sobre la deficiencia auditiva (hipoacusia) en el área rural, identificar y medir los niveles de desarrollo psicomotriz (fino y grueso), lenguaje, área cognitiva, afectiva y social en niños y niñas de dos a seis años en el departamento de Chimaltenango y determinar la eficiencia del programa de estimulación temprana en cuanto a los indicadores ya mencionados. Los resultados concluyentes de la misma se concentran en el alto nivel de efectividad del Programa de Estimulación Temprana (P.E.T.) en áreas de psicomotricidad, lenguaje, esquema corporal y área cognoscitiva. El área que menos progreso evidencia en el desarrollo del P.E.T. en este estudio, es la de lateralidad y direccionalidad. Dentro de los principales aportes que este estudio deja se destaca el poner en evidencia la importancia que reviste hacer un diseño del programa que sea acorde a las necesidades de la población a la cual se aplicará, su correcta y oportuna aplicación. Por lo expuesto en el proceso de la investigación se recomienda a las instituciones y entidades que pretendan satisfacer las necesidades de la comunidad de personas sordas que se desarrollen planes y programas que incluyan capacitación para padres, familiares y maestros a manera de involucrar a la comunidad rural en el proceso de estimulación temprana de los niños y niñas hipoacúsicos.

Esta investigación se enfocó desde el punto de vista de la teoría del aprendizaje del niño sordo según Margarita Nieto.

El estudio realizado con niños y niñas hipoacúsicos del área rural en el departamento de Chimaltenango tomó como fundamento el Programa de Estimulación Temprana que desarrolla el Benemérito comité pro ciegos y Sordos de Guatemala a través del Programa de Integración Escolar cuyo propósito es el de incentivar e integrar las áreas psicomotriz, cognoscitiva, afectiva y social en poblaciones que acusan marcados niveles de deficiencia en su desarrollo integral; lo cual obstaculiza la integración y adaptación de los niños y niñas con deficiencia auditiva al proceso de educación regular, laboral productivo y socio cultural.

UNIVERSIDAD SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
CARRERA: TERAPIA DE LENGUAJE
GRADO: SEGUNDO
RESPONSABLE: LICDA. MIREYA GUILARTE

ENTREVISTA

1. DATOS DEL INFORME GENERAL

Nombre del niño _____
Edad _____ Fecha de Nacimiento _____
Sección _____ Motivo de la Referencia _____
Centro de Estudio _____
Nombre de la madre _____
Edad _____ Ocupación _____
Nombre del padre _____
Edad _____ Ocupación _____
Dirección _____

2. FACTORES FISICOS

Condiciones físicas de la madre _____
a. Durante el embarazo _____
b. Prenatales _____
c. Postnatales _____

OBSERVACIONES _____

2.1 PARTO

Peso del niño _____
Parto prematuro _____
Parto prolongado _____
Uso de instrumentos _____

Anestesia _____
Asfixia _____
Operaciones _____
Histeria _____
OTROS: _____

2.2 ENFERMEDADES DURANTE EL DESARROLLO DE LOS PRIMEROS AÑOS DE VIDA

Encefalitis _____
Meningitis _____
Sarampión _____
Convulsiones _____
Accidentes _____
Traumatismos Craneales _____
Hospitalizaciones _____
OTROS: _____

2.3 ESTADO FÍSICO ACTUAL (VITALIDAD GENERAL)

Enfermo _____ Sano _____
Peso _____ Talla _____
Defectos Sensoriales _____
Defectos Físicos visibles _____
Deformaciones _____
OBSERVACIONES _____

2.4 FACTORES HEREDITARIOS

Historia de las enfermedades nerviosas de padres, tios, abuelos, hermanos, etc. _____

2.5 RITMO DE DESARROLLO

Alimentación _____

Destete _____

Dentición _____

Control esfínteres _____

Conducta motriz _____

a. Sostuvo la cabeza _____ b. Bipedestación _____

c. Sedestación _____ d. Marcha _____

Conducta del lenguaje actual _____

Edad en que habla y problemas del lenguaje _____

Problemas del lenguaje _____

OBSERVACIONES _____

2.6 HISTORIA ESCOLAR

Historia de la entrada del niño a la guardería _____

Adaptación _____

inadaptación _____

Rendimiento _____

OBSERVACIONES _____

3. FACTORES EMOCIONALES

Anorexia _____

Glotonería _____

Dificultades para dormir _____

3.1 Pesadillas _____

3.2 Movimiento al dormir _____

3.3 Terrores nocturnos _____

3.4 Gritos _____

3.5 Sonambulismo _____

3.6 Miedo a la Oscuridad _____

3.7 Miedo a dormir solo _____

OTROS _____

4. FACTOR INTELECTUAL

Memoria _____

Atención _____

Percepción _____

Rendimiento _____

Inteligencia _____

5. FACTOR SOCIAL

5.1 ¿Con quién vive el niño? _____

5.2 ¿El Hogar es integrado? _____

5.3 Principales amistades del niño _____

5.4 ¿Con quién juega el niño? _____

5.5: Se aísla o es sociable _____

5.6 Acepta o rechaza a la niñera _____

5.7 Prefiere amigos del mismo o diferente sexo _____

5.8 Lugar que ocupa en la familia _____

5.9 Actitud de los padres ante la problemática del niño _____

5.10 Rasgos antisociales _____

a. No respeta normas _____

b. No respeta la autoridad _____

c. Desobediente _____

d. Destructor _____

e. Cruel con personas o animales _____

f. Sustrae objetos o dinero _____

g. Lenguaje obsceno _____

G. FACTORES SITUACIONALES

- 6.1 Organización de la familia, divorcio, separación, muerte, otros _____
- 6.2 Hijo adoptivo o en vías de adopción _____
- 6.3 Ausencia de los progenitores _____
- 6.4 Ajuste entre los padres _____
- 6.5 Atmósfera del hogar _____
- 6.6 Relaciones con los hermanos _____
- 6.7 Otros familiares que viven en el hogar _____
- 6.8 La abuela como educadora _____
- 6.9 Extraños que viven en el hogar _____
- 6.10 Recreación del niño y la familia _____
- 6.11 Aspecto económico _____

OBSERVACIONES: _____

7. HÁBITOS SEXUALES

- a. Masturbación _____
- b. Succión del dedo _____
- c. Curiosidad sexual _____
- d. Juegos sexuales _____
- e. Precocidad sexual _____
- f. Traumas sexuales _____
- g. Actitudes de los padres ante el problema del niño _____

OBSERVACIONES _____

8. DESAJUSTES EMOCIONALES DE LA PERSONALIDAD

- a. Enojos _____
- b. Miedo _____
- c. Envidia _____

- d. Inseguridad _____
- e. Sentimientos de culpabilidad _____
- f. Tensión emocional _____
- g. Ansiedad _____
- h. Egocentrismo _____
- i. Negativismo _____
- j. Celos _____
- k. Apatía, indiferencia _____

OBSERVACIONES _____

SINTESIS _____

IMPRESIÓN CLÍNICA _____

CUESTIONARIO

Número de caso.....Edad.....

Sexo.....escolaridad.....

Tiempo que se le ha dado estímulo(s) temprana.....Lugar.....

Entiende el niño cuando le habla.

Como se comunica con el niño con gestos, le señala lo que quiere, trata de hablar.

Dice las vocales.

Mejora en hacer líneas, pinta mejor, trata de escribir las letras.

Salta, corre, sube escaleras o pndas.

Conoce más las cosas de la casa, aldens, caserín, pueblo

Juega con sus amigos, hermanos, vecinos o pelen.

Se viste solo, come solo, baña solo.

Universidad de San Carlos de Guatemala

Escuela de Ciencias Psicológicas

Terapia de Lenguaje

EXAMEN DE MECANISMO DEL HABLA

NOMBRE: _____ EDAD: _____

SEXO: _____ ESCOLARIDAD: _____

EXAMINADOR: _____ FECHA: _____

LABIOS

A. Estructura

Tocan cuando los dientes de arriba hacen contacto:

SI _____ NO _____

B. Función

Pueden sobresalir:

Pueden retraerse unilateralmente:

Izquierdo SI _____ NO _____

Derecho SI _____ NO _____

Pueden retraerse bilateralmente: SI _____ NO _____

Pueden vibrar los labios: SI _____ NO _____

OBSERVACIONES: _____

DIENTES

A. Estructura

Oclusión normal: _____ Mala oclusión: _____

Explique:

Dientes en posición abierta: _____

Dientes en posición cerrada: _____

Falta de dientes: _____ Cuales: _____

Dientes superpuestos: _____

Dientes supernumerarios: _____

LENGUA:

A. Estructura

Tamaño en relación a los arcos dentarios: muy grande: _____

Muy pequeña: _____ Simétrica: _____ Asimétrica: _____

B. Función

La lengua puede rizarse para arriba y hacia atrás: SI _____ NO _____

Puede tocar el cóndil alveolar anterior con la

Punta de la lengua: SI _____ NO _____

Limitaciones del frenillo lingual: corto: _____ largo: _____

Movimiento de la respiración: rítmica: _____, hace tirones: _____

Puede jadear rápidamente SI: _____ NO: _____

Puede gritar SI: _____ NO: _____

Cuántos segundos puede prolongar el fonema /a/ después de una respiración profunda:

OBSERVACIONES:

RECOMENDACIONES:

Mecanismo del punto velofaríngeo

A. Estructura y Función

Paladar blando

Normal: _____ hendido y reparado: _____

Simétrico: _____ Asimétrico: _____

Longitud: satisfactorio: _____ CORTO: _____ muy corto: _____

Movimiento durante la fonación del /a/: SI: _____ NO: _____

Movimiento: normal: _____ anormal: _____ explique: _____

B. Estructura y Función

Orofaringe:

Profundidad: Normal SI: _____ NO: _____

Explique: _____

Movimiento mesial de las paredes faríngeas durante la fonación de: /a/

Nada: _____ algo: _____ mucho: _____

Ovula: Normal SI: _____ NO: _____

Explique: _____

Cierre velo faríngeo

Puede apagar un fósforo: SI: _____ NO: _____

Puede tomar con pajilla: SI: _____ NO: _____

Puede decir /ka/: SI: _____ NO: _____

Puede decir /pataka/: SI: _____ NO: _____

Con las ventanas nasales cerradas _____

Con las ventanas nasales abiertas _____

Puede decir con rapidez / p a t a k a / SI: _____ NO: _____

FAUSES

A. Estructura

Amígdalas: normales: _____ ATROFIADAS: _____ AUSENTES: _____

Pilares: normales: _____ anormales: _____

Explique: _____

MECANISMO DE LA RESPIRACIÓN

A. Función

Capacidad respiratoria: _____

Patrón respiratorio: _____

Clavicular _____

Torácico _____

Abdominal _____

KR	Cruz	escritorio			
DR	Dragón	cuadro			
FR	Fresa	cobre			
GR	Grillo	tigre			
PR	Preso	sorpresa			
TR	Tren	metro			
SC	Escoba				
GI	Globo	regla			
UI	Gülsquil				
UE	Huevo				
a	Avión				
e	Helado				
i	Hilo				
o	Dso				
u	Uva				

CONCLUSIONES:

DIAGNOSTICOS:

RECOMENDACIONES:

GUIA DE OBSERVACION PSICOMOTRIZ EN AREAS BÁSICAS DEL DESARROLLO DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA BASADAS EN GESSEL

Instrucciones: Marque con una X en la casilla que califique el desempeño del niño en cada aspecto.

Nombre del alumno: _____

Edad cronológica: _____

Años meses

Fecha de nacimiento: _____

Fecha de evaluación: ____/____/____ Dx _____

Aspectos a evaluar	Escala				Observaciones
	4	3	2	1	
I. ESQUEMA CORPORAL					
Tócate:					
Orejas					
Frente					
barbilla					
Codos					
Rodillas					
Hombros					
Tobillos					
Ojos					
Cejas					
II CONOCIMIENTO I-D					
Tócate:					
Oreja Izquierda					
ojo derecho					
pierna derecha					
ojo izquierdo					

III. DIRECCIONALIDAD		Observaciones	
Coloca el lápiz :			
Arriba			
Adelante			
Abajo			
Atrás			
IV. COORDINACIÓN GENERAL			
Marcha hacia delante			
Salta en un pie			
Salta con los pies juntos			
Salta alternando los pies			
V. PSICOMOTRICIDAD			
COORDINACIÓN OJO MANO			
Rebota la pelota con ambas			
Rebota la pelota con una mano			
Lanza la pelota arriba y atrápala			
COORDINACIÓN OJO PIE			
Patea la pelota estacionada			
Patea la pelota en movimiento			
COORDINACIÓN OCULAR			
Sigue con ambos ojos un objeto móvil			
Sigue con el ojo derecho un objeto móvil			
Sigue con el ojo izquierdo un blanco móvil			
Reconoce las partes del cuerpo			
Manipula masa o plastilina			
Pasa pelotas de un recipiente a otro			
Rasga diferentes tipos de papel			
Reconocimiento de temperaturas frío caliente			
Hace torres con * 3 cubos			
* 6 cubos			
Se sube y baja de una silla sin ayuda			
Pica sin límites			

Pinta sin límites				
Lanza una pelota				
Agarra pelota que se le tira				
Enhebra cuentas en una pita				
Ensayado de objetos				
Encaja objetos				
Pirza				
Pellicado				
VI. EQUILIBRIO				
Parate en un pie				
Mantente sobre puntas de pie				
Camina sobre listón				
Camina sobre la viga				
VII. RITMO				
Reproduce estructuras rítmicas:				
III				
II II				
I II				
II I I				
II III				
II I II				
VIII. DISOCIACIÓN				
Abre y cierra las manos alternadamente				
Zapatea y aplaude alternadamente				
Infla una mejilla				

IX. RELAJACIÓN				
Balancea un miembro superior				
Balancea antebrazo				
Deja caer el brazo derecho				
Deja caer el brazo izquierdo				
X. AUTOAYUDA				
Se lava los dientes con ayuda				
Se lava las mano y la cara con ayuda				
Se seca las manos y la cara con ayuda				
Controla Esfínters				
Intenta ponerse los zapatos solo (a)				
Intenta ponerse prendas de vestir solo (a)				
XI. ÁREA DE LENGUAJE				
Reconoce objetos de la caja de vocabulario				
Repite frases u oraciones en el mismo orden en que se le dijeron				
Dice su nombre, apellido y su edad				
Dice el nombre de sus papás				
Utiliza correctamente el no y el sí (preguntas directas)				
Sigue instrucciones de órdenes sencillas				
Reconoce figuras de fichas ilustradas (caja de luz)				
XII. ÁREA COGNITIVA				
Logra el inicio de clasificación de 2 clases de objetos				
Discrimina tamaños *grande *mediano *pequeño				
Conceptos *arriba - abajo *adelante - atrás				
Discrimina 3 o 4 tipos de texturas				
Abrir un bote con rosca, destapar dulces , paletas, bolsas de golosinas, etc.				

OBSERVACIONES:

PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA

NIÑOS DE 2 AÑOS

Lenguaje:

- Practicar ejercicios del órgano fonarticulador.
- Sople burbujas de jabón.
- Pedirle que ponga ojos, boca, nariz a un rostro.
- Articular su nombre y identificar.
- Articule las vocales, coloque plastilina alrededor de las mismas.
- Soplar retazos de papel.
- Articule hoy, mañana, ayer.
- Sentir aroma de unas rosas y preguntar que es.

MOTRICIDAD FINA

- Coloree con pinturas de dedos los animales domesticos.
- Pegar rasgado de papel alrededor de las vocales.
- Rasgar prensa y hacer una lluvia de retazos.
- Amar torres con cubos de colores y articulo los colores.
- Trazar rayas y círculos con patrón de escritura.
- Pegar arena a un círculo y que palpe la textura.

MOTRICIDAD GRUESA

- Lanzar y rebota la pelota distintas direcciones.
- En triciclo, trazar un circuito y que el infante siga el camino con sus propios medios.
- Rudar una llanta de carro de la manera que se le ordene.
- Saltar obstáculos.
- Lanzar platillos voladores.

MEMORIA:

- Llenar juguetes de el recipiente indicado.
- Recordar que hicimos hoy.
- Recordar en que recipiente estaba lo salado y lo dulce.
- Enseñar dos fotos y que recuerde quien era.

ATENCIÓN

- Llevar de un recipiente a otro agua.
- Pintar un círculo con pincel.
- Dibujar caminos en el suelo y que el niño los limite.
- Llenar arena en botellas.

NIÑOS DE 3 AÑOS.

Lenguaje:

- Soplar y apagar velas.
- Limpiar una cuchara con miel.
- Articular vocales en forma prolongada aaa,eee,iii,ooo,uuu.
- Articulemos colores primarios rojo, amarillo, azul.
- enseñar frio y caliente, articulo.

MOTRICIDAD FINA

- Hacer pasteles de masa de maiz en moldes.
- Poner pelota arriba de la mesa { abajo ,adelante}
- Pegar lana alrededor de la hoja.
- Armar una pulcra con pajillas de colores.

MOTRICIDAD GRUESA.

- Pedirle a los niños que marchen al compas del tambor.
- Jugar a simon dice (corran, salten, llenen, griten)
- Preguntar cual es la mano derecha.

-Cual es la mano izquierda.

ATENCIÓN.

-Se le pide al niño que imite los sonidos de el tambor como lo hizo quien lo dirije.

-poner bofias de papel alrededor de las frutas.

-Llenar palios en un recipiente estrecho.

-Cortar las lineas rectas.

-Emparejar los colores.

MEMORIA.

-Decirle 3 vocales y que las repita orden que se le dijo.

-Reconocer fotos de sus padres.

-Recordar forma de destapar un frasco.

-Recordar la manera de ir a la nica.

-Recordar que hizo fin semana.

NIÑOS DE 4 AÑOS

LENGUAJE.

-Nombrar partes del cuerpo.

-Acostarse boca arriba y respirar y sacar el aire.

-Dibujar un rostro y colocar sus ojos, boca, nariz.

-Trate de entablar un saludo con los vecinos.

-Soplar un gorgorito.

MOTRICIDAD FINA.

-Pegar medios de transporte de el periódico.

-Armar rompecabezas de 5 piezas de animales salvajes.

-peinarse frente aun espejo.

-Armar figuras con palios.

-Hacer sollos con esponjas.

MOTRICIDAD GRUESA.

- Saltar como un canguro.
- Saltar con una cuerda.
- Nadar en el río.
- Subir y bajar una escalera con supervisión adulto.
- Entumpear y articular números.

ATENCIÓN

- Emparejar prendas de vestir y pintar de colores que se le indica.
- Cantar canción (cabeza, manos hombros ,pies.)
- Pegar granos de frijol alrededor de un cuadrado.
- Vestir un muñeco como enseñe el adulto.
- Armar un rompecabeza de madera.

MEMORIA

- Elaborar plastilina y que el niño lo elabore con sus hermanos
- Enseñar secuencia de tamaños , pedir que los reproduzca según quien dirija.
- Enseñar al niño 3 figuras por un tiempo de segundo y luego preguntar que captó.
- Que recuerde como pelar un banana.
- Recordar nombre de los amigos.

NIÑOS DE 5 AÑOS.

FRINGIAJE:

- Enfocar con la lengua la mejilla para el lado derecho e izquierdo.
- Inflar globos.
- Fruncir labios para decir la vocal u.
- Silvar.
- Describa un cuento pequeño.
- Preguntar que edad tienes.

-Contar cuantos dedos hay en una mano.

MOTRICIDAD FINA.

-Cortar lineas rectas y curvas.

-Toque la flauta cuando escuche la vocal a.

-Decorar un cascarón.

-Decorar su caja para su reciclaje.

-Abotonar la camisa de papá.

MOTRICIDAD GRUESA

-Satar cuerda con 2 niños de su edad.

-Golpelo s pie simultaneamente.

-Saltar con pie izquierdo.

Amarar y desatar cintas del zapato.

Subir y bajar ciper.

ATENCIÓN

Doblar ropa.

-Tratar de subir y bajar un siper.

-Cortarse solo las uñas.

Identifica lectura a labio facial.

MEMORIA

Contar donde fue papá.

Cuantos dedos tienes en el pie.

Ejercitar calendario de casa hoy, mañana, ayer.

-Que articule su nombre y lo identifique en las 5 fichas.

-Cuantos hermanos hay.

NIÑOS DE 6 AÑOS.

LENGUAJE:

-Tocar violineta.

-Soplar harina en un pape.

-Soplar barcos de papel sobre una tina.

-Articular figuras del domino.

Hacer un pastel de barro.

MOTRICIDAD FINA:

-Escribir los números del 1 al 5.

-Armar rompecabeza de 6 piezas.

-Tienda ropa.

-Baña una mascota.

-Decorar su nombre.

MOTRICIDAD GRUESA.

Juegue en el parque triciclo.

-Que haga funcionar un trompo.

Sostenerse en un pie.

-Caminar en la orilla de una haca.

-Jugar con sus amigo un tiempo de futbol.

ATENCIÓN.

Tratar de pegar un botón en una tela.

-Agrupar colores y decir que colores agrupo.

Armar una muñeca.

-Coleccionar semillas.

-Jugar memoria.

MEMORIA.

Escriba y articule nombres de familia .

-Areglar la ropa de la manera que lo hace mamá.

Recordar secuencia de cuento.

Visita al super y que recuerde lo que vio

10

10

100

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
SECRETARIO
INTERINO
★
USAC

