

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

**“LA SOBREPOTECCIÓN EN NIÑOS DE 5 A 10 AÑOS QUE FUERON  
DIAGNOSTICADOS CON PÉRDIDA AUDITIVA EN LA UNIDAD DE  
EMISIONES OTOACÚSTICAS DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN  
DE LA SORDERA DEL COMITÉ PRO CIEGOS Y SORDOS DE  
GUATEMALA, DEL AÑO 2007 AL 2009”**

**INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN PRESENTADO AL HONORABLE CONSEJO  
DIRECTIVO DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

**POR**

**WENDY MICHELLE ORELLANA SANTOS  
JUAN GABRIEL LANDEROS MÉNDEZ**

**PREVIO A OPTAR AL TÍTULO DE  
PSICÓLOGAS**

**EN EL GRADO ACADÉMICO DE**

**LICENCIATURA**

**GUATEMALA, NOVIEMBRE DE 2010**

# **MIEMBROS CONSEJO DIRECTIVO**

**Doctor César Augusto Lambour Lizama**  
**DIRECTOR INTERINO**

**Licenciado Héctor Hugo Lima Conde**  
**SECRETARIO INTERINO**

**Jairo Josué Vallecios Palma**  
**REPRESENTANTE ESTUDIANTIL**  
**ANTE CONSEJO DIRECTIVO**



**ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS**  
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-  
9ª Avenida 9-45, zona 11 Edificio "A"  
Tel. 24187530 Telefax 24187543  
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

CIEPs.  
Archivo  
Reg. 775-2010  
DIR. 551-2010

De Orden de Impresión Informe Final de Investigación

08 de noviembre de 2010

**Estudiantes**

Wendy Michelle Orellana Santos  
Juan Gabriel Landeros Méndez  
Escuela de Ciencias Psicológicas  
Edificio

**Estudiantes:**

Transcribo a ustedes el ACUERDO DE DIRECCIÓN DOSCIENTOS DIECISIETE GUIÓN DOS MIL DIEZ (217-2010), que literalmente dice:

**“DOSCIENTOS DIECISIETE:** Se conoció el expediente que contiene el Informe Final de Investigación, titulado: **“LA SOBREPOTECCIÓN EN NIÑOS DE 5 A 10 AÑOS QUE FUERON DIAGNOSTICADOS CON PÉRDIDA AUDITIVA EN LA UNIDAD DE EMISIONES OTOACÚSTICAS DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE LA SORDERA DEL COMITÉ PRO CIEGOS Y SORDOS DE GUATEMALA, DEL AÑO 2007 AL 2009”**, de la carrera de Licenciatura en Psicología, realizado por:

**WENDY MICHELLE ORELLANA SANTOS**  
**JUAN GABRIEL LANDEROS MÉNDEZ**

**CARNÉ No. 200219243**  
**CARNÉ No. 200219136**

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por el Licenciado Rigoberto Rivera Vásquez y revisado por el Licenciado Helvin Velásquez. Con base en lo anterior, se **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”

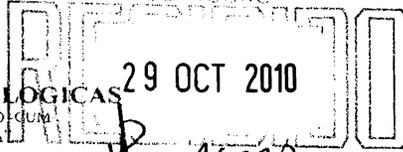
Doctor César Augusto Lambour Lizama  
DIRECTOR INTERINO



Nelveth S.



Escuela de Ciencias Psicológicas  
PreVENCIÓN e Información  
CUM/USAC



CIEP. 775-2010  
REG: 043-2008  
REG: 076-2009

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS  
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO  
9ª Avenida 9-45, zona 11 Edificio "A"  
Tel. 24187530 Telefax 24187543  
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

FIRMA: [Signature] HORA: 16:30 Registro:

**INFORME FINAL**

Guatemala, 27 de Octubre 2010

SEÑORES  
CONSEJO DIRECTIVO  
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS  
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO

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

**“ LA SOBREPOTECCIÓN EN NIÑOS DE 5 A 10 AÑOS QUE FUERON DIAGNOSTICADOS CON PÉRDIDA AUDITIVA EN LA UNIDAD DE EMISIONES OTOACÚSTICAS DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE LA SORDERA DEL COMITÉ PRO CIEGOS Y SORDOS DE GUATEMALA, DEL AÑO 2007 AL 2009.”**

ESTUDIANTE:  
Wendy Michelle Orellana Santos  
Juan Gabriel Landeros Méndez

CARNÉ No:  
2002-19243  
2002-19136

CARRERA: **Licenciatura en Psicología**

El cual fue aprobado por la Coordinación de este Centro el día 19 de Octubre 2010 y se recibieron documentos originales completos el 25 de Octubre 2010, por lo que se solicita continuar con los trámites correspondientes para obtener **ORDEN DE IMPRESION**

**“ID Y ENSEÑAD A TODOS”**

[Signature]  
**Licenciada Mayra Friné Luna de Álvarez**  
**COORDINADORA**



**Centro de Investigaciones en Psicología-CIEPs. “Mayra Gutiérrez”**

c.c archivo  
Arelis



**ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO - CUM

9ª Avenida 9-45, zona 11 Edificio "A"

Tel 24187530 Telefax 24187543

e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

**CIEPs 776-2010**  
**REG: 043-2008**  
**REG. 076-2009**

Guatemala, 27 de Octubre 2010

Licenciada Mayra Frine Luna de Álvarez, 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:

**"LA SOBREPOTECCIÓN EN NIÑOS DE 5 A 10 AÑOS QUE FUERON  
DIAGNOSTICADOS CON PÉRDIDA AUDITIVA EN LA UNIDAD DE EMISIONES  
OTOACÚSTICAS DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE LA SORDERA DEL  
COMITÉ PRO CIEGOS Y SORDOS DE GUATEMALA, DEL AÑO 2007 AL 2009."**

**ESTUDIANTE:**

Wendy Michelle Orellana Santos

Juan Gabriel Landeros Méndez

**CARNE**

2002-19243

2002-19136

**CARRERA: Licenciatura en Psicología**

Por considerar que el trabajo cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología, emito **DICTAMEN FAVORABLE** el día 14 de Octubre 2010 por lo que solicito continuar con los trámites respectivos.

Atentamente,

**"ID Y ENSEÑAD A TODOS"**

  
**Licenciado Helvin Velásquez**  
**DOCENTE REVISOR**



/Arelis.

c.c. Archivo

Guatemala 19 de Agosto de 2010

Licda. Mayra Luna  
Coordinadora "CIEPs"  
Escuela de Ciencias psicológicas  
Universidad de San Carlos de Guatemala

Estimada Licda. Luna:

Atentamente me dirijo a usted, para hacer de su conocimiento que he asesorado el informe final de la tesis titulada, **"La sobreprotección en niños de 5 a 10 años que fueron diagnosticados con pérdida auditiva en la Unidad de Emisiones Otoacústicas del Programa de Prevención de la Sordera del comité Pro Ciegos y Sordos de Guatemala del año 2007 al 2009"** elaborada por los estudiantes:

WENDY MICHELLE ORELLANA SANTOS	CARNE	200219243
JUAN GABRIEL LANDEROS MENDEZ	CARNE	200219136

A mi criterio dicho informe final llena con los requerimientos profesionales, por lo que le solicito se sirva continuar con los trámites correspondientes.



Licenciado Rigoberto Rivera Vásquez

Lic. Rigoberto Rivera  
Vasquez  
Psicologo  
Colegiado No. 6445



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS  
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO - CUM -  
9ª. Avenida 9-45, zona 11 Edificio "A"  
Tel. 24187530 Telefax 24187543  
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

CIEPs 421-10  
REG 076-09

APROBACIÓN DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Guatemala, 14 de Julio 2010

ESTUDIANTE:  
Wendy Michelle orellana Santos  
Juan Gabriel Landeros Méndez

CARNÉ No.  
2002-19243  
2002-19136

Informamos a usted que el **PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**, de la Carrera **Licenciatura en Psicología** titulado:

**"LA SOBREPOTECCIÓN EN NIÑOS DE 5 A 10 AÑOS QUE FUERON DIAGNOSTICADOS CON PÉRDIDA AUDITIVA EN LA UNIDAD DE EMISIONES OTOACÚSTICAS DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE LA SORDERA DEL COMITÉ PRO CIEGOS Y SORDOS DE GUATEMALA, DEL AÑO 2007AL 2009.**

ASESORADO POR: Licenciado Rigoberto Rivera Vásquez

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 12 de julio 2010 y se solicita iniciar la fase de Informe Final de Investigación.

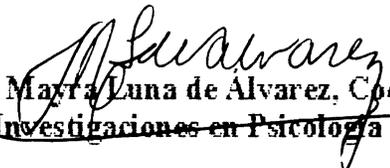
Atentamente,

**"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"

/Arelis  
c/c archivo





# COMITÉ PROCIEGOS Y SORDOS DE GUATEMALA

9a. Calle 3-07, Zona 1. Tel. PBX: (502) 2251-9555, Fax: (502) 2230-3606 - Guatemala, Centro América.  
E-Mail: comite@concyt.gob.gt

Ref.30/2010  
AMdeR/ar

## GUATEMALA

Lotería "Santa Lucía"  
3a. Avenida 8-65, Zona 1  
Teléfax: 2232 8950, 2232 0239.  
PBX: 2251 9555.

Centro Educación  
Continuada Sordos Adultos  
2a. Avenida 8-53, Zona 1  
Teléfax: 2253 4953

Escuela para Ciegos  
"Santa Lucía"  
2a. Calle "A" 9-00, Zona 10  
Teléfono: 2331 4424  
Teléfax: 2362 6168

Hospital de Ojos y Oídos  
"Dr. Rodolfo Robles V."  
Diagonal 21, 19-19, Zona 11  
PBX: 2473 0954  
FAX: 2473 3906

Escuela para Sordos "Fray  
Pedro Ponce de León"  
14  
Avenida 15-38, Zona 11  
Teléfono: 2474 4871

Programa Pre-escolar  
Niños Sordos  
14 Avenida 15-38, Zona 11  
Tel.: 2474 4868  
Fax: 2474 4869

Centro de Comunicación Total  
Diagonal 21, 19-19, Zona 11  
Teléfax: 2473 0162

Centro de Rehabilitación  
Integración  
Diagonal 21, 19-19, Zona 11  
Tel.: 2473 0829  
Fax: 2473 1397

Programa Rehabilitación  
Anciano Ciego (PRAC)  
Diagonal 21, 19-19, Zona 11  
Teléfono: 2473 0829.

Talleres "Santa Lucía"  
16 Calle 10-43, Zona 11  
Teléfono: 2473 0531.

## QUETZALTENANGO

Hospital de Ojos y Oídos  
Dra. H.C. Elisa Molina de Stahl  
Teléfax: 7761 2414 y 7761 9983

## RETALHULEU

Hospital de Ojos y Oídos  
Manuel Ralda /  
Concepción O. de Ralda. El  
Asintal Tel.: 7771 0459

## ZACAPA

Hospital de Ojos y Oídos  
Dra. H.C. Elisa Molina de Stahl  
Teléfax: 7941 2713

## CARCHA A.V.

Hospital de Ojos y Oídos  
Fernando Beltranena  
Teléfax: 7951 6387

## CHIMALTENANGO

Centro Regional de  
Prevención de la Ceguera  
Zaragoza  
Teléfax: 7839 1219

## ANTIGUA

Clinica Oftalmológica  
Antigua Guatemala  
Teléfax: 7832 0218

## ESCUINTLA

Centro de Capacitación  
Agropecuaria "Santa Lucía"  
Km. 33.5. Carretera a  
Palín Teléfono: 6633 0489

Guatemala, 14 de octubre de 2010.

Señores.

Universidad de San Carlos de Guatemala  
Escuela de Ciencias Psicológicas

Por la presente se informa que: **Wendy Michelle Orellana Santos Carné 200219243 y Juan Gabriel Landeros Méndez Carné 200219136**, realizaron estudio sobre el tema La Sobreprotección en niños de 5 a 10 años que fueron diagnosticados con pérdida auditiva en la unidad de E.O.A. del Programa Prevención de la Sordera del Comité Pro Ciegos y Sordos de Guatemala del año 2007 al 2009; en junio 2010, en la Unidad de Emisiones Otoacústicas del Benemérito Comité Pro Ciegos y Sordos de Guatemala, ubicada en el Hospital General San Juan de Dios.

Sin otro particular, atentamente.

  
Dra. Aida Monzon de Reyes  
Jefe Sección  
Programa Prevención de la Ceguera y Sordera  
Hospital "Dr. Rodolfo Robles V".



## DEDICATORIA

**A Dios:** Por darme fuerza, sabiduría y paciencia para alcanzar mis metas.

**A mis padres:** Por todo su esfuerzo, amor, comprensión y apoyo en todo momento, porque gracias a ellos soy lo que soy, por sus sabios consejos; Porque son dos seres maravillosos.

**A mi esposo:** Por ser el complemento perfecto en mi vida, por todo su apoyo, paciencia y amor incondicional, por ser la fuente y mis ganas de superación.

**A mi hermano:** Porque siempre he contado con él, por su amor, y comprensión. Espero ser un ejemplo a seguir.

**A mis tíos y primos:** Porque directa o indirectamente han colaborado con la persona que soy ahora, por su amor, apoyo y estímulo constante. Especialmente a mi tía Dilia y Ana porque a pesar de la distancia, siempre han estado pendiente de mi y además han sido un ejemplo de superación.

**A mis amigos:** Gabriel, Brendis, Ingrid, Nelton, Tatiana, Lynda, Lucky, Yenis, Zully, Halya, Any Alba, Victor, Patty, Luz y Ronny por los buenos y malos momentos que compartimos juntos, por su cariño y apoyo, porque de cada uno aprendí cosas muy valiosas.

## DEDICATORIA

**A Dios:** Por estar siempre conmigo en todo momento como fuente de inspiración, fe y sabiduría.

**A Mis Padres: Damacio y Emelina Landeros,** Por su apoyo y consejos que me llevaron a alcanzar mis metas académicas.

**A Mis Hermanos: Rolando, Consuelo Y Mauricio (+),** que han sido mi ejemplo e inspiración de vida, que mi triunfo los llene de satisfacción y orgullo. A Mauricio que desde pequeño me ha cuidado como fiel ángel guardián, desde el cielo.

**A mis sobrinos:** Eder, Janeth, Kenny, Vanessa, Jennifer, William, Mario, Ricardo, Mariela, Cielo, Cristian, que mi triunfo sea un ejemplo para su vida futura.

**A mis primos:** Juan Carlos, Victor, Marbella, Lucrecia, Jorge, Wilber (+), Shany, Celeste, Chano, Roberto, Danny, Florecita, porque siempre hemos sido como hermanos y me han apoyado incondicionalmente.

**A mi Familia:** Por su cariño y apoyo para lograr mis metas.

**A mis docentes:** María Isabel, Flor De María Palencia, Sandra Yupe, por los conocimientos y lecciones de vida adquiridos, esperando transmitirlo a otras personas.

**A mi amiga y compañera de tesis Michelle y su esposo Francisco:** Por su amistad y apoyo incondicional, que sin ustedes todo esto no sería posible.

**A mis amigos y compañeros de universidad:** Michelle, Maria Andrea, Brenda, Luis Miguel, Lucia, Eva Renne, Analys, Patricia, Jennifer, Zuly, Ronny, Luz, Patricia, Halya, Victor, Alba, Alejandra, Alma, Gabriela, Nubia, Yessenia, Maria De Lourdes, Yessenia, Por su apoyo, amistad y tantos momentos especiales, que ahora son recuerdos inolvidables.

**A mis amigos:** Mario José, Estuardo, Vivian, Pablo, Analia y Eduardo Ponce, Augusto, Jose Fernando, Jose Lee, Cintya, Christian, Isidro, Emilia, Florecita y Pili Cobian, Priscila, Franklin, Mario Renne, Glenda, Kenny, Luis Fernando, Luis Portillo, Marjury, y Doña Flor, Michelle Riveiro, Raul Dominguez, Ruben Castillo, Sigfrido Lee, Victo, Angelica Rosa, Por el apoyo y amor, sin ustedes ningún triunfo valdría la pena.

**A Usted:** Por el tiempo y ser parte fundamental en la tesis.

## **AGRADECIMIENTOS**

**A la Escuela de Psicología de la Universidad de San Carlos de Guatemala:** por su formación académica.

**A nuestro revisor Lic. Helvin Velásquez y asesor Lic. Rigoberto Rivera:** Por el tiempo, paciencia y apoyo incondicional, que sin su ayuda esto no habría sido posible.

**Al Benemérito Comité Prociegos y sordos de Guatemala:** Por darnos la oportunidad de realizar nuestro trabajo de investigación en la Unidad de Emisiones Otoacústicas ubicada en el hospital General San Juan de Dios, especialmente al Dr. Carlos Castellanos por la confianza y el apoyo brindado.

**A todos los padres y niños:** que colaboraron con la investigación y que nos abrieron las puertas de su casa y de su corazón

**A la Dra. Aida Monzón:** por su asesoramiento y apoyo durante la investigación.

**A la familia Rivera Barrera:** por todo su amor, apoyo y colaboración.

**A Zully Araujo:** Técnica en Emisiones Otoacústicas por toda su colaboración y apoyo constante.

## **PADRINOS**

**POR WENDY MICHELLE ORELLANA SANTOS**

**José María Santos Albizures**

Psicólogo

Colegiado No. 544

**Marco Tulio Santos Albizures**

Ingeniero Agrónomo

Colegiado No. 1638

**POR JUAN GABRIEL LANDEROS MÉNDEZ**

**Helvin Velásquez**

Psicólogo

Colegiado No. 3285

## ÍNDICE

Prólogo.....	1
Capítulo I	
Introducción.....	2
Capítulo II	
Técnicas e instrumentos.....	20
Población .....	20
Muestra.....	20
Instrumentos de Recolección de datos.....	21
Técnicas y procedimientos de trabajo.....	25
Capítulo III	
Presentación y análisis de resultados.....	26
Capítulo IV	
Conclusiones.....	48
Recomendaciones.....	49
Bibliografía.....	50
Anexos.....	52
Resumen.....	58

## PRÓLOGO

Si bien en la antigua Grecia, a los niños con discapacidad se les tiraba de las alturas del monte Taigeto (medida acorde para la cultura de esa época) nuestra civilización a veces, arroja al niño con una marca imborrable al vacío de la indiferencia. La discapacidad es considerada en muchos casos como una intervención divina, en donde el ser discapacitado es entendido como castigo o privilegio.

En la presente investigación el lector podrá identificar como afecta la sobreprotección en la personalidad de los niños con discapacidad, especialmente con pérdida auditiva.

La finalidad es contribuir con elementos científicos para al desarrollo de la niñez guatemalteca con discapacidad auditiva, proponiendo elementos psicoterapéuticos que le permitan a los padres potenciar al máximo las capacidades de sus hijos, porque los niños con discapacidad siempre tienen potencial y pueden ser capaces de aprender y hacer muchas cosas por sí mismos.

Obtuvimos la colaboración de los padres de familia y de los niños diagnosticados con pérdida auditiva en la realización de las entrevistas y aplicación de pruebas específicas, contando únicamente con la dificultad al momento de localizarlos, ya que algunos padres de familia mostraron desconfianza y temor al tener que atendernos, esto a consecuencia de la inseguridad que se vive en el país. En otros casos los números de teléfonos eran falsos o por ser números de teléfonos celulares los habían perdido en diversas situaciones. Aun así los logros obtenidos fueron exitosos.

Agradecemos especialmente al Comité pro ciegos y sordos de Guatemala por la oportunidad de realizar nuestro trabajo de campo con los niños que asistieron al programa de prevención de la sordera ubicado en el Hospital General, a la señorita Zully Araujo Rivas Técnica en Emisiones Otoacústicas por toda la ayuda prestada y a todas las familias que nos abrieron las puertas de sus casas y de sus corazones para la realización de dicha investigación.

## CAPÍTULO I

### INTRODUCCIÓN

El Benemérito Comité Pro Ciegos y Sordos de Guatemala “Es una asociación no lucrativa de servicios preventivos, médicos, sociales, educativos, de rehabilitación y de mejoramiento socio económico destinados hacia la población guatemalteca con deficiencias visuales y auditivas. Inició sus actividades bajo el nombre de Comité Nacional Pro Ciegos y Sordos de Guatemala el 3 de diciembre de 1945, con una escuela residencial para un grupo de personas ciegas y sordas de ambos sexos, niños y adultos de escasos recursos económicos”.<sup>1</sup>

Cuenta con varias escuelas y programas, entre ellos se encuentra el Programa de prevención de la sordera que fue creado en el año 2002 y fue instaurado en el hospital Roosevelt específicamente en la clínica del niño sano y luego fue trasladado al Hospital General San Juan de Dios en el año 2008. Allí se atienden personas de todas las edades. El programa fue creado con el objetivo de prevenir, detectar y dar tratamiento a todas las personas que presentan problemas auditivos de una forma temprana.

El Comité Pro Ciegos y Sordos de Guatemala atiende familias que en su mayoría son de escasos recursos económicos, provenientes de zonas marginales de la ciudad capital y con niveles bajos o sin ninguna escolaridad.

En diversas ocasiones se ha mencionado que la familia es el núcleo de la sociedad, definición que para muchos es la más exacta e idónea para clarificar, no sólo lo que es la familia, sino su importancia dentro de la comunidad.

Esto se debe a que es en la familia donde se forma a quienes actuarán en el futuro, cada padre y madre forman a los hombres y mujeres del mañana, aquellos que tomarán en algún momento la conducción del país.

Por lo mismo, es importante el hecho de que las familias estén bien constituidas para que sus hijos se puedan formar en un ambiente acogedor y amoroso. Es por eso que se dice que el hombre y la mujer no sólo se unen para preservar la raza humana; su función es mucho más compleja, ya que su mayor esfuerzo debe estar concentrado en crear un ambiente propicio para que los hijos, crezcan y sean hombres y mujeres de bien.

---

<sup>1</sup> [www.prociegosysordos.org.gt](http://www.prociegosysordos.org.gt), Guatemala, año 2009, Benemérito Comité Pro ciegos y Sordos de Guatemala.

Los individuos más importantes en la vida del niño son sus padres verdaderos o cualquier otra persona que asuma el papel de progenitor. El niño nace en su familia dotado de ciertos potenciales constitucionales, y en lo sucesivo el ambiente creado por sus padres en el hogar determinara en gran medida lo bien o mal que se desarrollara su personalidad.<sup>2</sup>

Cuando llega al hogar un hijo con pérdida auditiva genera más tensiones que las que se producen cuando llega al hogar un hijo sin ninguna limitación; además ocasiona cambios en la organización familiar ya que necesita que se le dedique más tiempo y atención. La confirmación del diagnóstico es un acontecimiento que enfrentan todos los miembros de una familia como una crisis es decir, incertidumbre o inseguridad ante el cambio de su realidad.

Muchos padres refieren este momento como de gran desconcierto y angustia: “qué vamos a hacer”, “tiene solución”, “cómo nos vamos a comunicar con él”, “será un niño normal” cualquiera de estas expresiones es manifestación de vivencias traumáticas ante lo nuevo y lo desconocido que reactivan heridas narcisistas, que Según Freud - son golpes de gracia en el orgullo colectivo como especie - es decir aspectos racionales que afectan nuestra auto percepción como individuos ante los demás resultándoles difícil entender que significa la pérdida auditiva para su hijo.

Los padres muchas veces entran en un estado depresivo lo cual hace que no puedan ver las soluciones al problema ya que se sienten culpables, confundidos, enojados y con frecuencia niegan o minimizan el problema, estos sentimientos hacen que los padres protejan de manera excesiva a sus hijos, provocando graves daños a su personalidad y su desarrollo.

Las siguientes conceptualizaciones teóricas, permitirán conocer lo esperable en el desarrollo normal de un niño.

Jean Piaget se interesó por los procesos propios del desarrollo cognitivo. Dio gran importancia a la adaptación, siendo esta la capacidad que tiene todo ser vivo para adaptarse a lo nuevo según su grado de desarrollo; la asimilación es la “incorporación de nueva información en una estructura cognoscitiva existente; y la acomodación son cambios en una estructura cognoscitiva existente para incluir nueva información”<sup>3</sup>

---

<sup>2</sup> Finch, Stuart M. “Fundamentos de Psiquiatría Infantil” Argentina 1986 Pág. 41

<sup>3</sup> Papalia, Diane E. “Psicología del desarrollo” Mc Graw Hill, Bogotá Colombia, 2001, pág. 23, 31, 227.

Habla de cuatro estadios:

1. Sensorio-motriz: (del nacimiento a los dos años) anterior al lenguaje y al pensamiento. Aprenden a través de sus sentidos en proceso de desarrollo y de su actividad motriz.
2. Preoperatorio: (de los 2 a los 7 años) inclusión del lenguaje y acceso a los actos simbólicos.
3. Operaciones concretas: (de los 7 a los 12 años) en donde hay socialización. Puede solucionar problemas lógicamente si están dirigidos al aquí y al ahora, no puede pensar en forma abstracta
4. Operaciones formales: (12 años hasta la edad adulta) "la persona puede pensar en forma abstracta, manejar situaciones hipotéticas y pensar acerca de posibilidades" <sup>4</sup>

Henry Wallon en cambio, considero el desarrollo del niño como algo total, donde no se puede aislar el aspecto cognitivo del afectivo. Para él, la emoción adquiere un valor privilegiado. Dice que "el niño que siente, es un niño que piensa"<sup>5</sup>.

Con su teoría, el desarrollo pasa por siete estadios:

1. Estadio impulsivo puro
2. Estadio emocional (a partir de los seis meses)
3. Estadio sensitivo-motor que aparece al final del primer año en donde desarrolla la "sociabilidad incontinente"
4. Estadio proyectivo en donde sobresale el paso del acto al pensamiento
5. Estadio del personalismo llega a la conciencia del yo, es capaz de tener una imagen de si mismo
6. Estadio de la personalidad polivalente etapa en la que el niño puede participar simultáneamente en la vida de diversos grupos sin hacer siempre las mismas funciones (edad escolar)
7. Estadio de la adolescencia donde la afectividad pasa a primer plano y acapara toda la disponibilidad del sujeto.

Sigmund Freud "creyó que la personalidad se forma en los primeros años de vida, cuando los niños manejan conflictos entre sus necesidades biológicas, relacionadas con la sexualidad y los requerimientos de la sociedad".<sup>6</sup>

Consideró muy importante los factores filogenético y la evolución psíquica temprana, fundamentalmente las etapas de la libido. Habló en su obra de los

---

<sup>4</sup> Ibid. Pág. 23.

<sup>5</sup> Schorn, Marta E. "El niño y el adolescente sordo reflexiones psicoanalíticas" Lugar Editorial S.A. Buenos Aires 1997 pág. 24

<sup>6</sup> Papalia. op.cit. Pág. 21.

estadios de la evolución de la libido (energía sexual) y de distintas fases del desarrollo:

1. Fase oral: (0-2 años) el niño siente intenso placer en relación a la cavidad bucal, los labios y el placer producido al ingerir los alimentos.
2. Fase anal: (2-3 años) se caracteriza por una organización de la libido que va unida a la evacuación y a la excitación de la mucosa anal y al valor simbólico de las heces.
3. Fase fálica: (3-6 años) los órganos genitales se convierten en la zona erógena principal. La tensión se descarga mediante la masturbación genital y vive de manera especial sus deseos amorosos hostiles hacia sus padres en relación al complejo de Edipo.
4. Fase de latencia: (6 a la pubertad) Tiempo de relativa calma entre las etapas más turbulentas
5. Fase genital: (pubertad hasta la edad adulta) Tiempo de maduración de la sexualidad en el adulto. Resurgimiento de los impulsos sexuales de la etapa fálica.

Melanie Klein también tenía una concepción psicoanalítica del desarrollo infantil. Habló de un yo provisto de algún elemento de integración y coherencia desde los comienzos de la vida y de mecanismos tales como la proyección de carácter muy precoz. El aparato psíquico se desarrolla gradualmente por repetición de experiencias como son la incorporación y la expulsión. Su idea del desarrollo esta relacionada a conceptos como objeto parcial, dualidad impulsiva y fantasmática. No habla de estadios sino de posición conformada por relaciones objetales, ansiedades y defensas que se configuran de una manera específica en el primer año y medio del niño aunque persistan a lo largo de la vida.

Posición esquizo- paranoide: Correspondiente a los primeros meses de vida, donde el niño no considera a los demás en su totalidad, sino como objetos parciales, predominan las ansiedades paranoides. Se establece una constante fluctuación en su relación con los objetos buenos y malos internalizados o externalizados.

Posición depresiva: aquí, el niño ya puede reconocer al objeto como una totalidad y no parcialmente y la ansiedad paranoide es sustituida por la depresiva, centrada en el temor de que los impulsos destructivos pudieran llegar a destruir o haber destruido al objeto amado.

El niño no es un ser libre de la influencia social. Todo el desarrollo de la personalidad esta influenciado por la forma en que la sociedad ejerce su presencia.

Erikson uno de los autores que ha tomado más en cuenta el desarrollo psicológico y social del ser humano, distinguió ocho etapas:

1. Fase oral sensorial: que se caracteriza por las primeras muestras de confianza en la sociedad por parte del niño (facilidad de alimentación, sueño profundo, buen funcionamiento de los intestinos).
2. Fase muscular: se prepara el terreno para dos modalidades sociales diferentes, la vergüenza y la duda en si mismo.
3. Locomotriz, infantil, genital: etapa del jardín de infantes. Hay actitudes de iniciativa que se alternan con sentimientos de culpabilidad.
4. Período de latencia- edad escolar: se advierten actitudes de trabajo y de sublimación.
5. Fase juvenil-puberal y adolescencia: Se caracteriza por la integración, se forma la identidad del propio yo.
6. Período pre-adulto (sexualidad): se advierten actitudes de socialización y de aislamiento.
7. Edad adulta: caracterizada por la productividad y el egoísmo.
8. Edad madura: Sobresale la integración de esperanza y gusto.

“El crecimiento del lenguaje ilustra la interacción de todos los aspectos del desarrollo: físico, cognoscitivo, emocional y social. Cuando las estructuras físicas pueden emitir sonidos maduros, y las conexiones neuronales necesarias para asociar sonido y significado se activan, la interacción social con los adultos introduce a los bebés en la naturaleza comunicativa del habla”.<sup>7</sup>

---

<sup>7</sup>. Papalia. op.cit. Pág. 247.

## A continuación encontrara una tabla de la secuencia del desarrollo del lenguaje

EDAD EN MESES	DESARROLLO
Nacimiento	Puede percibir el habla, llora y emite alguna respuesta ante un sonido.
11/2 a 3	Gorjeos y risas.
3	Juega con sonidos del lenguaje
5 a 6	Emite sonidos consonánticos, trata de emitir los que escucha.
6 a 10	Balbucea en series de consonantes y vocales.
9	Utiliza gestos para comunicarse y hace juegos gestuales.
9 a 10	Comienza a entender palabras (por lo general "no" y su primer nombre);
10 a 12	Ya no puede discriminar sonidos que no sean de su propio lenguaje.
9 a 12	Utiliza algunos gestos sociales
10 a 14	Dice su primera palabra (usualmente el nombre de algo)
10 a 18	Dice palabras sencillas
13	Entiende la función simbólica de los nombres.
14	Utiliza gestos más elaborados
16 a 24	Utiliza gesticulación simbólica
18 a 24	Aprende muchas palabras nuevas, ampliando su vocabulario con rapidez, pasando de casi 50 palabras a más de 400; utiliza verbos y adjetivos.
20	Dice su primera frase (dos palabras)
20 a 22	Utiliza menos gestos; nombra más cosas
24	Tiene un aumento amplio y rápido de su nivel de comprensión
30	Utiliza muchas frases de dos palabras; ya no balbucea, quiere hablar.
36	Aprende nuevas palabras, casi a diario; habla en combinaciones de tres o más palabras; entiende muy bien, comete errores gramaticales. Dice más de 1000 palabras; el 80% ininteligible, comete algunos errores de sintaxis.

Fuentes: Bates, O'connell & Shore, 1987; Capute Shapiro & Palmer 1987; Lalonde & Werker, 1995; Lenneberg, 1969.

Entre los factores que afectan el desarrollo normal de un niño, esta la sobreprotección que es "sinónimo de cuidado excesivo, infantilización, inhibición de cualquier conducta independiente y una falta o exceso de control"<sup>8</sup>. Al respecto Levy (1943) plantea que la sobreprotección materna se podría considerar compensatoria de una hostilidad inconsciente, y su variación cuantitativa no sería mas que un índice de la fuerza del mecanismo de compensación", siguiendo los lineamientos de este planteamiento, las madres con sentimientos hostiles y/o de rechazo hacia su hijo, por medio de un mecanismo de defensa compensan su culpa por el rechazo, sobreprotegiendo al niño.

El rechazo es una conducta que se ha presentado en el transcurso de la historia "en muchas civilizaciones hubo niños infortunados que no fueron bien recibidos al nacer, la historia y la etnología hablan de innumerables casos en que los niños eran violentamente rechazados hasta llegar a su exterminio, hubo

<sup>8</sup> Lartigue Becerra, Teresa. Maldonado, Martin. Ávila, Héctor. "La alimentación en la primera infancia y sus efectos en el desarrollo" Asociación Psicoanalítica Mexicana, A.C. Plaza y Valdés. México, 1998. Pág. 275

pueblos primitivos que expusieron o mataron abiertamente a todos los niños que presentaban cualquier clase de anomalía física”.<sup>9</sup>

Los deseos y esperanzas de los padres con relación a sus hijos, a menudo corresponden a un modelo social concreto, a un modelo personal dichoso o a un ideal de sí mismo que quisiera vivir en el hijo por no haber podido realizarlo el mismo; esto se ve frustrado por la aparición de una discapacidad como la pérdida auditiva, la frustración generada por la idea de no poder cumplir con estos deseos y esperanzas genera en los padres un sentimiento de rechazo hacia el hijo.

Desde el punto de vista clínico se pueden distinguir tres formas principales de conductas de rechazo: hostilidad y negligencia franca, espíritu de perfección y la superprotección compensadora aquí, la madre sobreprotectora centra la preocupación sobre sí misma y sus propias actividades, además siente culpabilidad por el rechazo y esto la mantiene fuera del campo de su conciencia adoptando una actitud de constante agitación supuestamente en pro del niño. Está inclinada a prevenir el futuro mal que ella ve escondiéndose en cada rincón y que ella siendo una (buena madre), expulsa con sus solícitas actividades. Su rechazo toma la forma consciente de temor de que el niño pueda apartarse de ella, enfermarse o morir.

Los padres sobreprotectores son aquellos que se pasan horas pensando y preocupándose de sus hijos. Es una implicación emocional intensa y excesiva, que además, conlleva la necesidad de controlar al hijo. Todo esto lleva a una dependencia tanto de los padres hacia los hijos como de los hijos hacia los padres, aunque aparentemente pueda parecer una relación estupenda, esto puede traer grandes problemas en el futuro de los hijos.

Un niño que ha crecido en un ambiente de excesiva atención, preocupación asfixiante o con los deseos de los padres convertidos en obligaciones o expectativas demasiado altas para la capacidad del hijo, puede encontrarse en su edad adulta con graves afecciones a su personalidad.

La sobreprotección en realidad oculta un rechazo inconsciente, se sobreprotege porque en el fondo hay sentimiento de culpa por el rechazo que se siente. Los hijos no siempre son deseados y la realidad es que esos pequeños extraños que invaden la vida aparecen sin permiso y desbaratan todos los planes.

---

<sup>9</sup> Leo Kanner, M.D. “Tratado de psiquiatría infantil” Editorial zig-zag, SA, Santiago de Chile, 1951 pág. 124

Estos son algunos indicadores de que existe sobreprotección:

1. Justificar constantemente los errores de los hijos proyectando la culpa de los mismos hacia los demás. (Ejemplo: “mi hijo es muy tranquilo pero los compañeros son los que provocan que se comporte mal, él sólo les sigue...”)
2. Evitarles de manera habitual situaciones difíciles de resolver para ellos. (Ejemplo: “Prefiero vestirle yo porque así vamos más rápido... Yo te doy de comer que esto es difícil y te puedes manchar..”, etc)
3. Anticiparse a sus demandas. Darles las cosas sin necesidad de que las tengan que pedir sin que sientan que deban “ganárselas”.
4. Fomentar conductas más infantiles que las que le corresponden por edad. (Ejemplo: usar chupete más allá de los tres años, llevarle en sillita cuando ya tiene edad de andar, utilizar términos infantiles como guagua por perro, pipi por pájaro, cuando ya sabe hablar...etc).

Como se menciono anteriormente, la sobreprotección es mas frecuente en las madres; a continuación se describirán las diferentes causas en que se manifiesta la sobreprotección:

- Mujeres que no aceptan su femineidad: Son aquellas que no alcanzan a comprender que pueden realizarse de acuerdo a su sexo. En su adolescencia ellas no lograron convertirse en mujeres y como mujeres no pueden realizarse como madres y culpan a su esposo de sus fracasos. Por lo que experimentan hacia el hombre “un repudio común” y un sentimiento competitivo. Así se originan las actitudes agresivas.

Los hijos son los que sufren por esa forma en que ellas muestran su amor, tomándolos como seres para utilizarlos, mandarlos, dominarlos y dirigirlos. Esas madres desean hijos para ellas solas y se molestan por cualquier muestra de afecto que les brinden otras personas.

Este tipo de madres que no se han realizado como mujeres, rechazan lo que quieren tener y condenan lo que no pueden tener; compensando ese sentimiento con manifestaciones de autoridad y fuerza con sus propios hijos.

- Mujeres con culpabilidad inconsciente: Es la madre escrupulosa en exceso con manifestaciones de ansiedad, deseosas de actuar bien pero no saben como hacerlo. Difícilmente encuentran satisfacción, están agobiadas por obligaciones que ellas mismas se imponen, agotan a los suyos en busca de una perfección distante y que nunca alcanzarán.

Generalmente intelectuales, pero con falta de espontaneidad para actuar como madre corriente.

Se apoyan en principios de higiene mal interpretados. Alimenta a su hijo con medios altamente esterilizados privándolo a la vez de expresiones físicas de cariño, por considerarlo peligroso para su salud, quiere mantener una concordancia absoluta entre el crecimiento real del niño y el estipulado en las tablas del niño ideal.

Durante la edad escolar agobia al niño presionándolo de tal manera que lo priva de vacaciones y tiempo libre, además le exige un orden riguroso que se le dificultará al niño respetarlo.

- Mujeres que hacen el papel de madre: En esta categoría se incluye a las mujeres que han adoptado a un niño o se han casado con hombres viudos o divorciados que tienen hijos a su cargo y que por el temor de querer insuficiente al niño que se convierte en su hijo, cae en el exceso contrario aunque con buenas intenciones desempeña el papel de una madre perfeccionista.
- Mujeres que manifiestan un aparente exceso de amor hacia los hijos: Son mujeres posesivas que se alejan de sus conyugues para brindarles todo el cariño y atención a sus hijo, al extremo de abrumarlos. Este comportamiento se debe a un aparente exceso de amor hacia ellos. Por lo que el niño es obligado a madurar tempranamente lo cual lo hará frágil, poco resistente y sin defensas ante la vida. Este caso se puede dar también en mujeres que han colmado su maternidad tardíamente.
- Mujeres que manifiestan falta de cariño hacia los hijos: Son mujeres que compensan la falta de afecto hacia sus hijos con manifestaciones exageradas de amor maternal.

Un niño sobreprotegido, por lo general “tiene un marcado sentimiento de inferioridad; manifiesta no poder hacer las actividades que un niño de su edad haría sin ninguna dificultad, pero como él se siente más pequeño, siempre se encuentra al margen de actividades competitivas, agravándose así su sentimiento de inferioridad.”<sup>10</sup>

---

<sup>10</sup> Espinoza Vega, Iván. “Problemas de aprendizaje” Imprenta Multigráficas H.C.G. Quito – Ecuador, 2003. Pág. 10

Otra característica es la gran dependencia hacia sus progenitores, a través de la inseguridad, llegando al extremo de dudar de todo lo que hacen, tareas escolares, juegos, amistades. Si sus padres no lo aprueban o están tranquilos, esto se proyecta hasta la adolescencia, es decir que mientras no tenga el visto bueno de sus padres no puede hacer amistad con ningún chico. Los sentimientos egoístas son típicos de estos niños, todo el mundo tiene que estar a sus pies para que su "yo" tenga estabilidad, y cuando no sucede la hipersensibilidad es fácil presa de ellos.

Entonces, se puede resumir que el niño sobreprotegido es:

- Tímido
- Le cuesta alejarse de sus padres.
- Inseguro de lo que hace y de su relación con los demás. Busca la protección de quienes lo rodean.
- Lloro intensamente. Especialmente durante los primeros días de preescolar y, en algunos casos, la mamá debe ingresar al jardín para acompañar al niño mientras se acostumbra a ese nuevo espacio y a las personas están cerca de él.
- Nervioso y algo solitario. Para él es complicado relacionarse con otros niños de su misma edad y tiende a aislarse un poco.
- Dificultad en el desarrollo del lenguaje y, por lo mismo, para escribir y comprender. Esto se supera en el colegio, pero el choque para el niño en ocasiones es fuerte porque puede sentirse presionado para rendir igual que los otros.
- Pocas veces asume la responsabilidad de sus actos porque está acostumbrados a que sus padres lo hagan por él.
- Poca tolerancia a la frustración.

Existen diversos factores que influyen en los padres para que estos sobreprotejan a sus hijos, uno de ellos es la discapacidad.

“La discapacidad no es una enfermedad, aunque puede ser la secuela de la misma. Tampoco es un síntoma que al cabo de cierto tiempo va a desaparecer. Es una marca real, que va a acompañar a niños y adultos a lo largo de la vida”.<sup>11</sup>

Fue abordada desde distintos puntos de vista con el correr de los años, primero fue objeto de estudio de la medicina. El tema en cuestión era el cuerpo humano, luego, la educación se fue interesando por estas personas, para que ellas no quedaran marginadas ni separadas del resto de la humanidad.

---

<sup>11</sup> Schorn, Marta “Discapacidad, una mirada distinta una escucha diferente reflexiones psicológicas y psicoanalíticas”, Lugar Editorial S.A Buenos Aires Argentina, 1999, pág. 10.

Pero en los últimos años, se empezó a conceptualizar y a pensar a este niño, adolescente o adulto como un sujeto. Sujeto pensante, deseante o sufriente formando parte de una familia, de una escuela o de la sociedad. Es decir, se fue dando un profundo viraje en la mirada y en la escucha acerca de este tema.

La sordera es una situación que a escala mundial, es posible que para el 10% de los recién nacidos exista el riesgo de presentar algún grado de discapacidad. De éstos, el 30 a 50% presenta una deficiencia auditiva. Aproximadamente 3 de cada 1.000 niños nacen con una pérdida lo suficientemente grave para afectar su habilidad de aprender y desarrollar la lengua hablada, y 1 de cada 1.000 niños será afectado por una pérdida auditiva antes de entrar a la escuela.

En Guatemala no existen estadísticas específicas de pérdida auditiva, pero según el Instituto Nacional de Estadística (INE), hay aproximadamente 18 mil personas sordas (adultos y niños) en el área urbana y 23 mil en el área rural.

“Las deficiencias auditivas, también denominadas pérdidas auditivas o hipoacusias, ocurren cuando hay un problema en los oídos o en una o más partes que facilitan la audición. Una persona con una deficiencia auditiva puede ser capaz de oír algunos sonidos o puede no oír nada en absoluto. La palabra deficiencia significa que algo no está funcionando correctamente o tan bien como debería”.<sup>12</sup>

El oído se divide en tres partes diferentes: el oído externo, el oído medio y el oído interno. Estas tres partes trabajan conjuntamente para que se pueda oír y procesar sonidos. El oído externo, o pabellón auditivo (la parte visible del oído), capta las ondas sonoras, que posteriormente viajan a través del conducto auditivo externo.

Cuando las ondas sonoras golpean el tímpano, ubicado en el oído medio, éste empieza a vibrar. Al vibrar, el tímpano hace que se muevan los huesos que integran la cadena de huesecillos del oído, denominados martillo, yunque y estribo. Estos huesos, al vibrar, ayudan a propagar el sonido hasta el oído interno.

Seguidamente las vibraciones llegan a la cóclea, que está llena de líquido y recubierta en su interior de miles de pequeñas células pilosas o cilios.

---

<sup>12</sup> [www.kidshealth.org/kid/en\\_espanol/cuerpo/hearing\\_impairment\\_esp.html](http://www.kidshealth.org/kid/en_espanol/cuerpo/hearing_impairment_esp.html), Artículo, año 2010, Kids Health, The Nemours Foundation.

Las vibraciones sonoras hacen que estos pelitos se muevan y transformen las vibraciones en señales nerviosas, a fin de que el cerebro pueda interpretar los sonidos.

Hay distintos tipos de hipoacusias:

- Hipoacusia de conducción: ocurre cuando hay un problema en una parte del oído externo o medio. La mayoría de los niños con hipoacusia de conducción tienen una deficiencia leve que suele ser temporal porque en la mayoría de los casos se puede tratar médicamente.
- Hipoacusia sensorial: ocurre cuando la cóclea no está funcionando correctamente porque las pequeñas células pilosas que recubren su interior están dañadas o destruidas. Dependiendo del grado de deficiencia, un niño puede ser capaz de oír la mayoría de los sonidos (aunque más apagados), solamente algunos sonidos o ningún sonido en absoluto. Las deficiencias auditivas sensoriales casi siempre son permanentes y pueden influir negativamente sobre el habla del niño.
- Hipoacusia neural: ocurre cuando existe un problema en la conexión que une la cóclea con el cerebro. Neural significa relativo a los nervios, de modo que en este tipo de hipoacusias el nervio que transporta la información sonora desde la cóclea hasta el cerebro está dañado.

“Existen varios grados de pérdida auditiva que influyen en la capacidad de escuchar el lenguaje hablado: leve, moderada, grave y profunda.

- Pérdida leve de la audición: representa dificultad para escuchar susurros y conversaciones normales en ambientes ruidosos. Estas personas no requieren de gran ayuda especializada, aunque podrían necesitar amplificación.
- Pérdida parcial o moderada de la audición: Necesita que su interlocutor hable más recio de lo normal.
- Pérdida grave o severa de la audición: representa dificultad para escuchar el hablado recio o muy recio. Dificultad para escuchar la voz humana sin poder por lo tanto seguir conversaciones.

- Sordera profunda: es la pérdida total de la audición y representa una inhabilidad para escuchar y comprender el lenguaje hablado, aún con la ayuda de amplificación”.<sup>13</sup>

<b>GRADOS DE PÉRDIDA AUDITIVA</b>			
<b>Grado de Pérdida</b>	<b>Valor en Decibeles</b>	<b>Desempeño</b>	<b>Recomendaciones</b>
<b>LEVE</b>	26 a 40 Db	Tiene capacidad para repetir palabras que se le dicen a un metro de distancia	Podría necesitar amplificación
<b>MODERADA</b>	41 a 60 Db	Tiene capacidad para escuchar y repetir palabras que se le dicen recio y a un metro de distancia.	Es recomendable que utilice amplificación.
<b>SEVERA</b>	61 a 80 Db	Tiene capacidad de escuchar algunas palabras que se le gritan en el oído.	Necesita utilizar amplificación. Requiere de aprendizaje de lectura labio-facial y lenguaje de señas.
<b>PROFUNDA</b>	81 dB o más	Es incapaz de oír y entender aún cuando se le grite en el oído	La amplificación puede ayudarle a entender algunas palabras. Necesita rehabilitación y educación especial.

Tomado de "Reporte del Grupo de Trabajo Informal en Prevención de Sordera" Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1991.

Las causas de la sordera pueden clasificarse en dos grupos: congénitas y adquiridas. Congénita significa que el individuo nació con la pérdida y adquirida que durante su desarrollo alguna situación provocó la sordera.

1. Dentro de las causas congénitas, las más comunes son:

- Factores genéticos: cuando hay antecedentes de sordera en la familia.
- Infecciones: enfermedades infectocontagiosas padecidas por la madre durante el embarazo. Dentro de este grupo de enfermedades, conocido como complejo TORCH, se encuentran la toxoplasmosis, sífilis, citomegalovirus, herpes y especialmente la rubéola, la cual es la causa de un alto grado de personas sordas en la población.
- Ototoxicidad: cuando la madre embarazada consume medicamentos tóxicos para el oído interno del feto en formación.
- Sufrimiento fetal: falta de oxígeno al feto, sea éste durante el período de embarazo o en el momento del nacimiento, como por ejemplo embarazos y partos complicados.

<sup>13</sup> Comité Pro ciegos y Sordos de Guatemala. "Evitar la sordera esta en tus manos" Folleto Informativo. Guatemala: Departamento de Otolología del Benemérito Comité Pro-Ciegos y Sordos de Guatemala, 2003 pág. 9

## 2. Las causas adquiridas son:

- Infecciones del oído u otitis media: cuando la persona sufre de infecciones recurrentes de oído, es decir, si durante un año padece de más de 3 o 4 infecciones.
- Enfermedades infecciosas: existen algunas enfermedades que si no se tratan adecuadamente pueden causar sordera. Entre ellas están: meningitis, paperas, sarampión, malaria, fiebre tifoidea, otitis, entre otros.
- Uso de medicamentos tóxicos para el oído: algunos medicamentos si no se utilizan con la dosis adecuada pueden dañar el nervio auditivo. Esta es una causa común en las personas que se automedican.
- Tumores: pueden presentarse en cualquier parte del sistema auditivo e impedir la conducción correcta del sonido.
- Accidentes: golpes en la cabeza y traumatismos craneales especialmente en el hueso temporal.
- Exposición al ruido: la exposición a ruidos fuertes o volúmenes muy altos –ya sea por trabajo, diversión u otro– tales como explosiones, ruido de maquinaria, entre otros, dañan el sistema auditivo y no tiene recuperación. Este fenómeno también se denomina “trauma acústico”. La mayoría de los daños que se producen en la audición aparecen por primera vez después de pasado algún tiempo del acontecimiento. De modo que aunque no se sienta ningún cambio en la audición tras un ruido muy fuerte, el daño puede haberse producido ya.
- Presbiacusia: disminución de la agudeza auditiva por la edad. Generalmente es una condición que sucede en las personas de la tercera edad.

Existen varias formas para evaluar el nivel auditivo y tipo de pérdida auditiva en una persona. Probablemente una de las formas más rudimentarias que se han utilizado desde hace mucho tiempo, son todas aquellas pruebas en las cuales se utilizan ciertos sonidos como: aplausos, sonidos vocales y uso de objetos como chinchines, pitos, campanas, entre otros.

En la actualidad, los médicos especialistas utilizan desde los métodos descritos anteriormente hasta el uso de equipo audiométrico diseñado especialmente para la medición de la audición como los diapasones, audiómetros, etc. El método de evaluación del nivel auditivo de una persona más confiable y más utilizada es la audiometría.

Esta prueba demuestra los niveles más bajos de intensidad de sonido que una persona puede escuchar. Los resultados de evaluación se representan en un

audiograma, el cual muestra los umbrales auditivos para cada oído por vía aérea: O para el oído derecho y X para el oído izquierdo; y por vía ósea: < oído derecho y > oído izquierdo.

Existen otras pruebas para evaluar el nivel y funcionamiento auditivo, las cuales utilizan instrumentos sofisticados para el efecto, por ejemplo:

- Evaluación de Emisiones Otoacústicas: es una prueba de tamizaje que mide la respuesta de la cóclea ante un estímulo sonoro.
- Logaudiometría: prueba que mide la capacidad de la persona para entender el lenguaje hablado.
- Audiometría por Respuesta Eléctrica (ARE): es una medición de la respuesta del sistema auditivo ante la estimulación sonora.
- Timpanometría: mide la movilidad de la membrana del tímpano. Esta es parte de una prueba que mide la funcionalidad del oído medio.

La pérdida auditiva afecta a individuos de todas las edades, y puede ocurrir en cualquier momento. Antes de la adquisición del lenguaje se denomina Prelingual y después de la adquisición del lenguaje se denomina postlingual, las cuales se describen a continuación.

Pérdida auditiva prelingual: es el problema de audición producido antes de la adquisición del lenguaje, durante el primer año de vida. "Puede deberse a meningitis, encefalitis, anoxia de parto, bilirrubina, sordera genética, etc.

En estos casos la situación traumática es vivida por los padres, siendo el aparato psíquico de ellos el que podría estar en mejores condiciones para metabolizar tal situación y el que podría facilitar la construcción de representaciones mentales pertinentes, fomentando sensaciones de fortaleza o de vulnerabilidad y fragilidad, las que serán luego reactualizadas durante la adolescencia por el hijo. Es la madre con su mirada y sus contactos la que ira formando las bases de la existencia psicológica, esto permitirá inscribir en ese niño las huellas necesarias para el logro de una imagen de si acabada, inscripción que contribuirá luego al logro de su propia identidad".<sup>14</sup>

WINNICOTT (1971) dice que el niño no se percibe por si mismo como defectuoso, es a través de la mirada de su madre y de los otros que el se descubre como diferente. Si el bebé ve que algo anda mal y el rostro de la madre no responde (o responde inadecuadamente), ese rostro será entonces un vidrio oscuro u opaco, algo donde mira y no algo dentro del cual se mira.

---

<sup>14</sup> Shorn, Marta E. El niño y el adolescente... op.cit., pág. 37, 38.

Fallas tempranas en la interacción por desilusión pueden agregar daños psíquicos más severos que la marca misma. Marcando de esta forma de manera irremediable. En este sentido los niños con problemas de audición, de padres sordos tienen más posibilidad de ahorrarse esas dificultades.

Estos padres saben muy bien por sus propias experiencias, la necesidad de contacto adecuado, saben que debe haber un juego permanente y que esa charla con su hijo debe adoptar la forma óptica gestual durante los primeros meses.

Pérdida auditiva postlingual: es la que se produce después de tener establecidas las habilidades lingüísticas. “Un niño que habla a los dos o tres años, también ha hecho otras adquisiciones, que conjuntamente han producido cambios en su aparato psíquico o que han contribuido a una mayor estructuración yoica. Ellos Son: Discriminación entre yo y no-yo, mayor ajuste a la realidad, aparición de pensamiento simbólico, mayor aceptación de la separación con sus padres, control fino de la movilidad y comienzo del juego representacional”.<sup>15</sup>

El yo es el aspecto del sí mismo ligado a la identificación y a la no-identificación, a nuestra convicción vivida de que “esto es mío” y de que “eso no es mío”; es lo que discierne las sensaciones internas y las separa de las que tienen su origen en el exterior del organismo

La pérdida auditiva en ese momento evolutivo y de estructuración yoica debemos considerarlo como situación traumática tanto para el niño como para sus padres.

“Las voces de fantasmas” reemplazaran a las voces oídas (voces que se cree oír cuando padres o hermanos mueven los labios). El niño no tiene comprensión del porque de los cambios, no logra independizarse de los padres a través del lenguaje y tanto en los padres como en el hijo se instalan vínculos simbióticos, es decir una “especie de fusión o unión entre madre e hijo que en este caso, es no sólo transitoria sino, además, inevitable y necesaria, ya que el niño la necesita para luego poder separarse adecuadamente.

Al no ocurrir dicha separación este vínculo puede convertirse en una relación simbiótica patológica, formada por dos personalidades infantiles, dependientes

---

<sup>15</sup> *Ibid.*, Pág. 39

e inseguras de sí, que, creyendo estar apoyándose mutuamente, ignoran cuánto se limitan y enferman”.<sup>16</sup>

Un niño que ya había adquirido el lenguaje y que deja de oír, produce en él un efecto de confusión y desorientación. Hecho traumático que generalmente no tiene posibilidad de tramitarse salvo a través de conductas de agresión, de impulsividad o de retraimiento.

Trauma se define según el diccionario de psicoanálisis de LAPLANCHE PONTALIS como: “Acontecimiento en la vida del sujeto caracterizado por su intensidad, incapacidad del sujeto de responder adecuadamente a el, provoca trastornos y efectos patógenos duraderos en la organización psíquica del sujeto.

El traumatismo se caracteriza por abundancia de excitaciones excesivas, en relación con la tolerancia del sujeto y su capacidad de controlar y elaborar psíquicamente dichas excitaciones. Es decir que el trauma designaría aquel acontecimiento personal de la historia de una persona cuya fecha puede establecerse con exactitud y que resulta subjetivamente importante por los efectos penosos que puede desencadenar”.<sup>17</sup>

“El que se oigan voces fantasmas cuando se leen los labios es muy característicos de los sordos postlinguales, para los que el habla ha sido siempre una experiencia auditiva. Los espectros sensoriales los crea el cerebro cuando queda desconectado bruscamente del aflujo sensorial ordinario”.<sup>18</sup>

El hijo sano que compartía con él los sonidos y voces del mundo externo ya no los escucha o los escucha muy tenuemente. Los sentimientos de culpa aparecen. Las Fantasías de no haber cuidado bien al hijo se tornan tan fuertes que tratan de suplir con presencia extrema (sobrepotección desmesurada) lo que no saben como reparar.

El problema investigado fue “La sobrepotección en niños de 5 a 10 años que fueron diagnosticados con pérdida auditiva en la Unidad de Emisiones

---

<sup>16</sup> [www. Isabelmonzon.com.ar/matan.htm](http://www.Isabelmonzon.com.ar/matan.htm) Artículo, Argentina, año 1993, Licda. Isabel Monzón

<sup>17</sup> Shorn, Marta E. El niño y el adolescente... op.cit., pág. 39.

<sup>18</sup> Sacks, Oliver “Veo una voz. Viaje al mundo de los sordos” Editorial Anaya, año 1989 pág. 24.

Otoacústicas del Programa de Prevención de la Sordera del comité Pro Ciegos y Sordos de Guatemala del año 2007 al 2009”.

Los objetivos fueron los siguientes:

### **General**

Contribuir al desarrollo de la niñez Guatemalteca con discapacidad auditiva por medio de aportar elementos científicos sobre su desarrollo y personalidad.

Aportar elementos científicos para el desarrollo de la población Guatemalteca por medio de la intervención a familias de niños con discapacidad auditiva en la ciudad de Guatemala.

### **Específicos**

- Identificar la existencia de sobreprotección en los padres de niños de 5 a 10 años con pérdida auditiva atendidos en el Programa de Prevención de la Sordera del Comité Pro ciegos y sordos de Guatemala del año 2007 al 2009.
- Describir cómo la sobreprotección se relaciona con la personalidad de los niños con pérdida auditiva de 5 a 10 años evaluados en el Programa de Prevención de la Sordera del Comité Pro ciegos y sordos de Guatemala del año 2007 al 2009.
- Proponer elementos psicoterapéuticos que le permitan a los padres potenciar las capacidades de los niños que han sido diagnosticados con pérdida auditiva que asisten al Programa de Prevención de la Sordera del Comité Pro ciegos y sordos de Guatemala.

## **CAPÍTULO II**

### **TÉCNICAS E INSTRUMENTOS**

#### **Población**

La población objeto de investigación estuvo conformada por 21 familias que asistieron a la Unidad de Emisiones otoacústicas del Programa de Prevención de la Sordera del Comité pro ciegos y sordos de Guatemala y que alguno de sus hijos entre las edades de 5 a 10 años fue diagnosticado con algún nivel de pérdida auditiva durante los años del 2007 al 2009, todos ellos provenientes de un nivel socioeconómico bajo.

#### **Muestra**

La captación de la muestra objeto de investigación se realizó de la siguiente manera: Se estableció contacto con la Coordinadora de Programa del Hospital Doctor Rodolfo Robles, Benemérito Comité Pro Ciegos y Sordos de Guatemala, ubicado en la zona 11 de la ciudad de Guatemala, explicándole los propósitos de la investigación, posteriormente se solicitó la autorización a la Dirección General del Hospital General San Juan de Dios, sede del Programa de Prevención de la Sordera. Luego se informó a las encargadas del programa de los objetivos de esta investigación, a fin de que ellas pudieran referir a los niños con pérdida auditiva diagnosticados en el período comprendido del año 2007 al 2009.

Posteriormente se contactó a las familias seleccionadas para informarles en relación al proyecto de investigación; previo a la realización de las entrevistas se solicitó el consentimiento de los padres para brindar información.

Se seleccionó una muestra no aleatoria partiendo de la voluntad de los padres para su participación en dicha investigación, que consta de 21 familias que equivale al 58 % de la población total con algún nivel de pérdida auditiva ya que corresponde a las edades que se trabajaron en la investigación y éstas son, de 5 a 10 años, 10 de sexo masculino y 11 de sexo femenino.

## INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

**Inventario de Actitudes:** sirve para determinar parámetros de sobreprotección y fue elaborado por el Dr. Iván Espinosa Vega.

Al contestar en forma positiva al menos tres de estos cuestionamientos, se considera como padre sobreprotector.

### Criterios

ITEM	ELABORACIÓN	EVALUACIÓN
1. ¿Se sienta con su hijo(a) para hacer las tareas escolares?	Dependencia	Si No
2. ¿Le da directamente los alimentos en la boca?	Dependencia	Si No
3. ¿Lo(a) viste para que se vaya a estudiar?	Dependencia	Si No
4. ¿Cuándo llega de la escuela, le colma de besos y caricias?	Ansiedad	Si No
5. ¿Le compra todo lo que su hijo(a) desea?	Permisividad	Si No
6. Cuando su hijo(a) hace un berrinche, ¿usted cede inmediatamente?	Permisividad	Si No
7. Cuando lo(a) castiga, ¿se arrepiente después?	Culpa	Si No
8. Cuando su hijo(a) juega, no le quita la vista de encima?	Miedo	Si No
9. ¿Hace justicia por su propia mano en alguna pelea que tenga su hijo(a)?	Irresponsabilidad	Si No
10. ¿No le permite a su hijo(a) realizar los oficios de la casa ?	Irresponsabilidad	Si No

**Entrevista Estructurada:** es una conversación dirigida, con una estructura definida que permite recopilar información importante con un propósito específico.

### Criterios

ITEM	ELABORACIÓN	EVALUACIÓN
1. ¿Considera que es un niño(a) tímido(a)?	Timidez	Si No
2. ¿Le cuesta alejarse de ustedes, especialmente de la mamá?	Inseguridad/miedo	Si No
3. ¿Es inseguro(a) de lo que hace y de su relación con los demás?	Inseguridad	Si No
4. ¿Busca la sobreprotección de quienes lo rodean?	Protección	Si No
5. Lloro intensamente, especialmente los primeros días de escuela?	Miedo	Si No
6. Le cuesta adaptarse en la escuela?	Dificultad de adaptación	Si No
7. Considera que es un niño(a) nervioso(a)?	Ansiedad	Si No
8. Considera que es un niño(a) solitario(a)?	Aislamiento	Si No
9. Para él, es complicado relacionarse con otros niños de su misma edad?	Timidez	Si No
10. ¿Tiende a aislarse?	Aislamiento	Si No
11. ¿Tiene dificultad para expresarse?	Timidez/miedo	Si No
12. ¿No asume la responsabilidad de sus actos?	Irresponsabilidad	Si No
13. ¿Se frustra con facilidad?	Poca tolerancia a la frustración	Si No
14. ¿Considera que es un niño (a) ansioso?	Ansiedad	Si No
15. ¿Considera que es un niño(a) miedoso(a)?	Miedo	Si No

**Historia Clínica:** Es un registro de los datos derivados de las diversas exploraciones efectuadas al paciente. Contiene los datos generales, motivo de consulta, historia del problema actual, conducta habitual, historia personal e historia familiar.

### Criterios

ITEM	ELABORACIÓN	EVALUACIÓN
Datos Generales	Perfil de niño y sus padres.	Abierta
Motivo Consulta	Problemática	Abierta
Historia del problema actual	Detalles del problema	Abierta
Conducta habitual	Conducta del niño	Abierta
Edad de los padres en el embarazo	Perfil de padres	Abierta
Embarazos anteriores	Periodo prenatal	Abierta
Durante el embarazo hubo amenazas de aborto?	Periodo prenatal	Si No
Cual fue la reacción de los padres ante el embarazo	Actitud de los padres ante el embarazo	Abierta
Hubo problemas emocionales durante el embarazo?	Problemática emocional	Si No
A que hora acostumbra a dormirse el niño(a)?	Trastornos del sueño	Abierta
A que hora acostumbra a levantarse?	Trastornos del sueño	Abierta
Duerme tranquilo?	Ansiedad	Abierta
Con quien duerme?	Independencia	Abierta
Se despierta asustado?	Miedo	Si No
Habla dormido?	Trastornos del sueño	Si No
Rechina los dientes mientras duerme?	Trastornos del sueño	Si No
Como es la relación de niño con las demás personas	Relaciones interpersonales	Abierta
Que juegos le gustan?	Relaciones sociales	Abierta
Que prefiere jugar?	Relaciones sociales	Abierta
Juega con niños mayores o menores?	Relaciones sociales	Si No
Con niños de su edad?	Relaciones sociales	Si No
Prefiere estar solo?	Relaciones sociales	Si No
Prefiere estar acompañado?	Relaciones sociales	Si No
Como se comporta dentro de un grupo?	Relaciones sociales	Abierta
Le gusta ir a reuniones sociales?	Relaciones sociales	Si No
Se baña solo?	Independencia Personal	Si No
Se viste solo?	Independencia Personal	Si No

Se amarra los zapatos?	Independencia Personal	Si No
Se sirve sus alimentos?	Independencia Personal	Si No
Come por su cuenta?	Independencia Personal	Si No
A que edad asistió por primera vez a la escuela?	Historia escolar	Abierta
Como ha sido su rendimiento escolar?	Historia escolar	Abierta
Ha repetido algún grado, Cual?	Historia escolar	Abierta
Motivo de la repitencia?	Historia escolar	Abierta
Como es su comportamiento en el recreo?	Historia escolar	Abierta
Juega solo?	Historia escolar	Si No
Pelea con los niños de la escuela?	Historia escolar	Si No
Falta con frecuencia a la escuela	Historia escolar	Si No
Miembros que componen el núcleo familiar y viven en la misma casa?	Estructura familiar	Abierta
Como se dan las relaciones entre los miembros de la familia?	Relaciones familiares	Abierta
Relación entre el padre y la madre?	Relaciones familiares	Abierta
Con cual de lo padres tiene mejor relación?	Relaciones familiares	Abierta
Relación entre los padres y los demás hijos	Relaciones familiares	Abierta
Existen celos o rivalidad?	Relaciones familiares	Si No
De que manera colabora el niño (a) en los quehaceres de la casa?	Relaciones familiares	Abierta
Como ven los padres el comportamiento del niño(a) dentro de la casa?	Relaciones familiares	Si No

**Test del dibujo de la FIGURA HUMANA (Machover):** Es una prueba Gráfico – Proyectiva, en donde a través del dibujo de la figura humana, se puede acceder a aspectos de la personalidad del sujeto, sobretodo en relación a su **auto-concepto** y su **imagen corporal**. En una visión integral, conforme al grado de armonía entre las partes constitutivas del dibujo (proporción, calidad de línea, presión, tamaño) nos dejará conocer la habilidad del sujeto para adaptarse al ambiente, y el grado de criterio de realidad y objetividad con la cual establece sus vínculos interpersonales. La actitud general hacia la vida, su manera de responder a los conflictos, sus impulsos, ansiedades, fortalezas, compensaciones, son otros datos que revelan esta herramienta. Se puede aplicar de forma individual o colectiva, en personas de cualquier edad. No hay límite de tiempo para la ejecución.

## **TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS DE TRABAJO**

Por las características de la presente investigación fue necesario aplicarles a los padres, un inventario de actitudes y una entrevista; a los niños se les aplicó el test del dibujo de la figura humana de Machover y una historia clínica por cada uno.

El inventario de actitudes se utilizó para identificar si los padres son sobreprotectores, la entrevista para establecer como la sobreprotección afecta la personalidad del niño, el test del dibujo de la figura humana para conocer aspectos de la personalidad del niño y la historia clínica para complementar la información obtenida en las entrevistas y en el test. Todo esto se realizó en sus domicilios de miércoles a domingo de 3:00 a 5:00 pm durante el mes de junio del año 2010.

### **Técnicas de análisis estadísticos, descripción e interpretación de datos**

Para la presente investigación que es de tipo descriptivo se utilizó el análisis porcentual.

## CAPÍTULO III

### PRESENTACIÓN Y ANALISIS DE RESULTADO

#### Inventario de Actitudes

A continuación se presentarán los resultados obtenidos en la aplicación del inventario de actitudes de los padres; la cual muestra indicadores de sobreprotección como dependencia, ansiedad, permisividad, sentimiento de culpa, miedo e irresponsabilidad.



**Fuente:** inventario de actitudes (Doctor Iván Espinoza.)

La gráfica No. 1 muestra que el 95% de los niños diagnosticados con pérdida auditiva son sobreprotegidos por sus padres, lo cual se pudo evidenciar en el inventario de actitudes creado por el Dr. Iván Espinoza Vega de acuerdo con los lineamientos que él establece como parámetro de medición para identificar a un padre sobreprotector.

La dependencia, la culpa y la ansiedad fueron las características que prevalecieron en los padres evaluados. Además se pudo constatar que apoyan a sus hijos en pequeñas tareas como vestirse, alimentarse y hacer las tareas escolares.



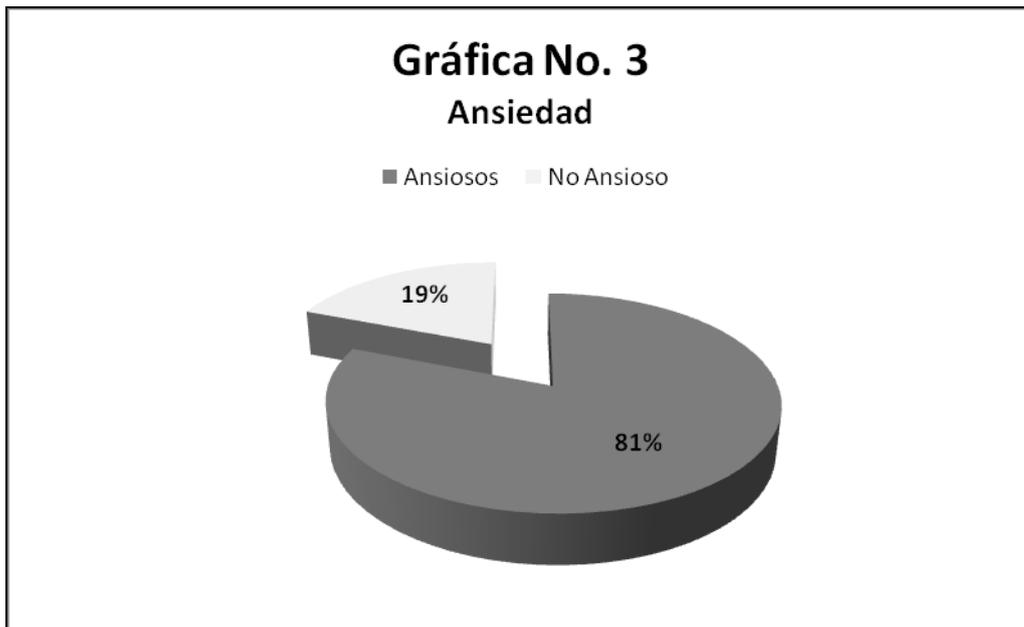
**Fuente:** inventario de actitudes (Doctor Iván Espinoza.)

La gráfica No. 2 muestra que el 95% de los padres entrevistados manifestaron actitudes dependientes.

Estas actitudes, fortalecen en su hijo diagnosticado con pérdida auditiva una personalidad dependiente, convirtiéndose en una dependencia de doble vía en donde tanto el padre como el hijo dependen uno del otro

Esto provoca en los niños inmadurez, pasividad y debilidad haciéndolos incapaces de resolver problemas propios de su edad.

Beller definía la dependencia por la búsqueda de ayuda, contacto físico, proximidad, atención y reconocimiento.

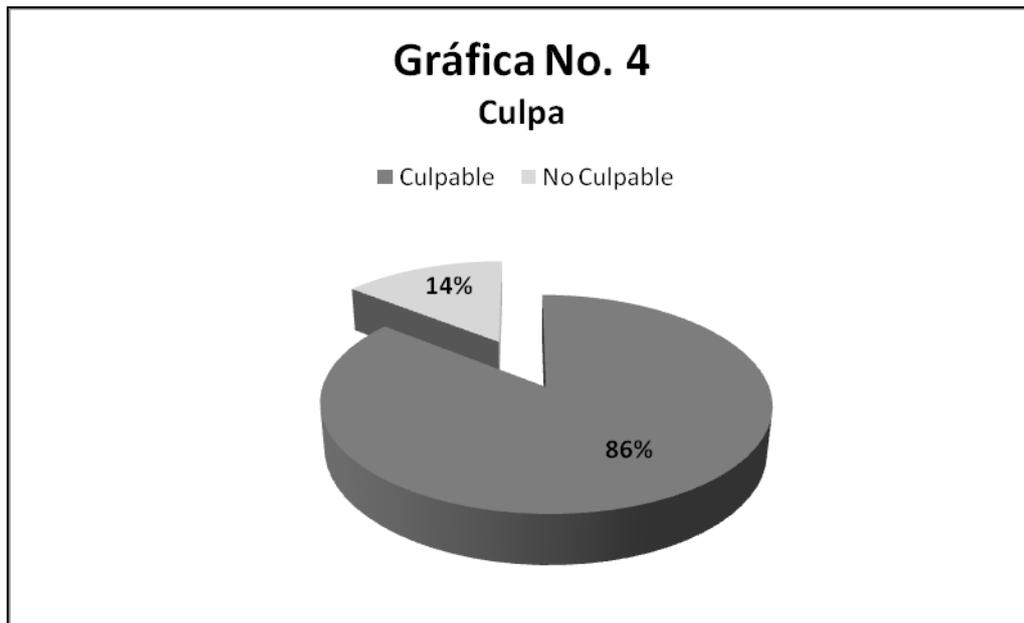


**Fuente:** inventario de actitudes (Doctor Iván Espinoza.)

La gráfica No. 3 muestra que el 81% de los padres manifestaron ansiedad por la separación de su hijo diagnosticado con pérdida auditiva al momento de irse a la escuela; esto hace que los padres tengan miedo, angustia, tensión y preocupación.

La ansiedad es un indicador claro de sobreprotección en donde el padre responde automáticamente ante el reconocimiento de un riesgo. Manifiesta ansiedad porque al tener lejos a su hijo, pierde la atención directa sobre sus actos.

En condiciones normales la ansiedad es necesaria para sobrevivir, sin embargo la ansiedad que los padres presentan al momento de separarse de sus hijos, carece de fundamento y solo es muestra de la necesidad de sobreproteger al niño en todo momento.

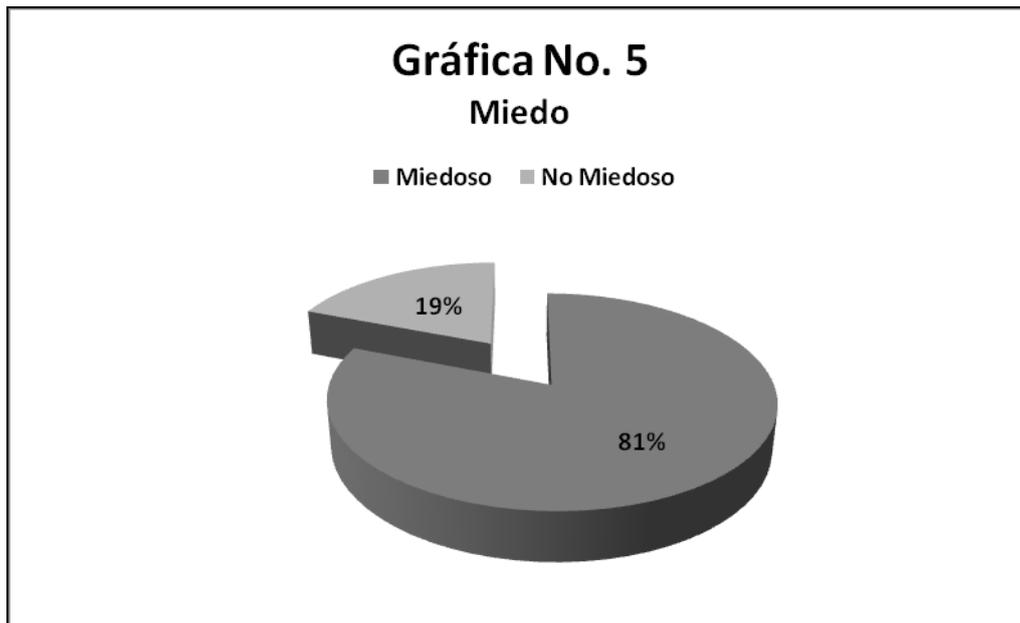


**Fuente:** inventario de actitudes (Doctor Iván Espinoza.)

La gráfica No. 4 muestra que el 86% de los padres, al disciplinar a su hijo diagnosticado con pérdida auditiva manifiestan sentimientos de culpa ya que después de disciplinar a sus hijos los padres se sienten culpables y acceden a lo que el niño pide quitándole el castigo.

Esto provoca que el niño reciba un mensaje confuso y que la disciplina no consiga educar al niño. Así que de esta forma el niño aprende a manipular a los padres (culpables) para conseguir fácilmente lo que desea.

La culpa es un sentimiento de responsabilidad y remordimiento por alguna ofensa, crimen o equivocación ya sea esta real o imaginaria. Hace que los padres se angustien, martiricen y se sientan despreciados.

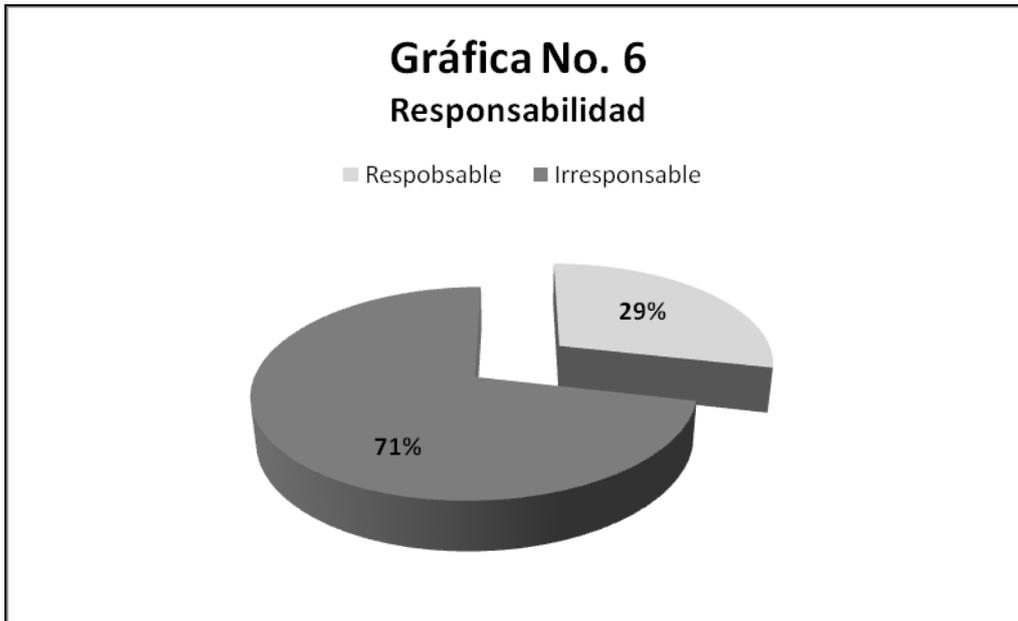


**Fuente:** inventario de actitudes (Doctor Iván Espinoza.)

La gráfica No. 5 muestra que el 81% de los padres manifiestan miedo ante la posibilidad de que su hijo diagnosticado con pérdida auditiva desarrolle diversas actividades por sí solo, como jugar o hacer algunas tareas del hogar, por temor a que le suceda algo, que dañe su integridad física o mental.

El miedo es un factor común entre los padres sobreprotectores, se define como una emoción caracterizada por un intenso sentimiento habitual desagradable provocado por la percepción de un peligro, real o supuesto, presente, futuro e incluso pasado.

Cierta cantidad de miedo o temor por la seguridad de los hijos es normal y sano porque se basa en la realidad y ayuda a defenderse de riesgos. Pero en el caso de los padres sobreprotectores el miedo exagerado y muchas veces irreal impide al niño participar en actividades normales con sus familiares o amigos, lo cual es perjudicial puesto que desarrolla en el niño una personalidad insegura, temerosa y dependiente.



**Fuente:** inventario de actitudes (Doctor Iván Espinoza.)

La gráfica No. 6 muestra que el 71% de los padres fomentan actitudes irresponsables en su hijo diagnosticado con pérdida auditiva, ya que no le permiten realizar diversas actividades por sí solo, además estas irresponsabilidades son fortalecidas con acciones como las que se evidencian en las gráficas No. 2 (dependencia), No. 4 (culpa) y No. 5 (miedo).

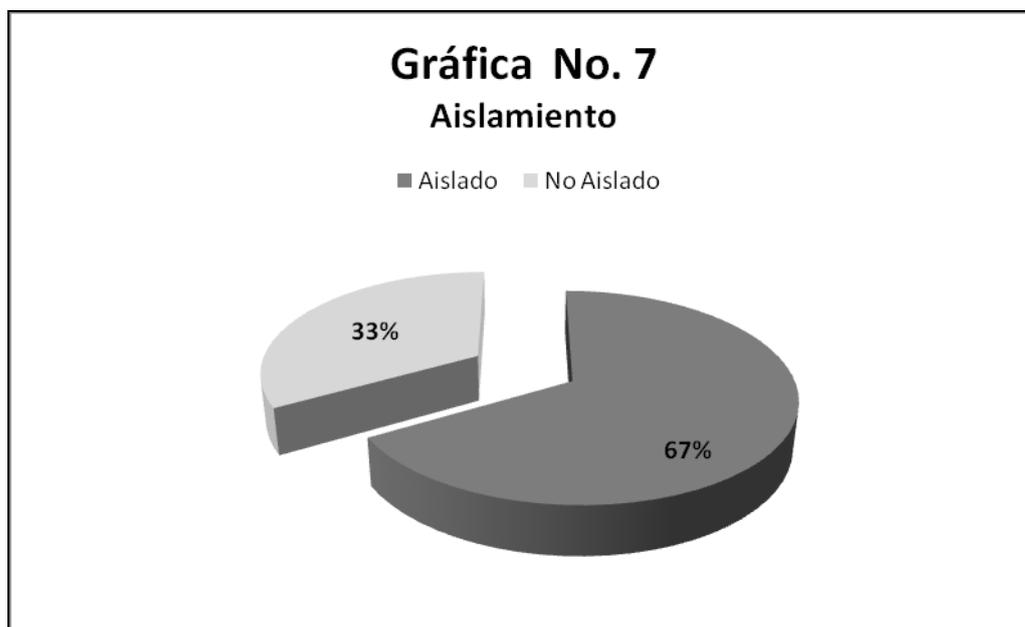
Proporcionarles una aparente ayuda a los hijos les resulta ser terriblemente dañino, pues los ubica en un lugar de minusvalía, como personajes indefensos. Si esto persiste puede llegar a perjudicar la autoestima y la seguridad personal, además de hacerlos irresponsables, pues no aprenden jamás a hacerse cargo de sus acciones.

Estos niños crecen con sentimientos tales como “yo no puedo”, “yo no sé” y “los que saben y pueden son mis papás, yo jamás”. En definitiva, son niños que pueden llegar a grandes siendo personas muy dependientes, no autónomas, que no han aprendido a pensar y a tomar el rumbo de su vida.

Así, frente a cualquier decisión o acción tenderán siempre a recurrir a otras personas que piensen por ellos ya que les cuesta tomar la iniciativa, permanecen quietos ante las dificultades y no asumen sus responsabilidades.

## Entrevista para padres

A continuación se presentarán los resultados obtenidos en la aplicación de la entrevista para padres

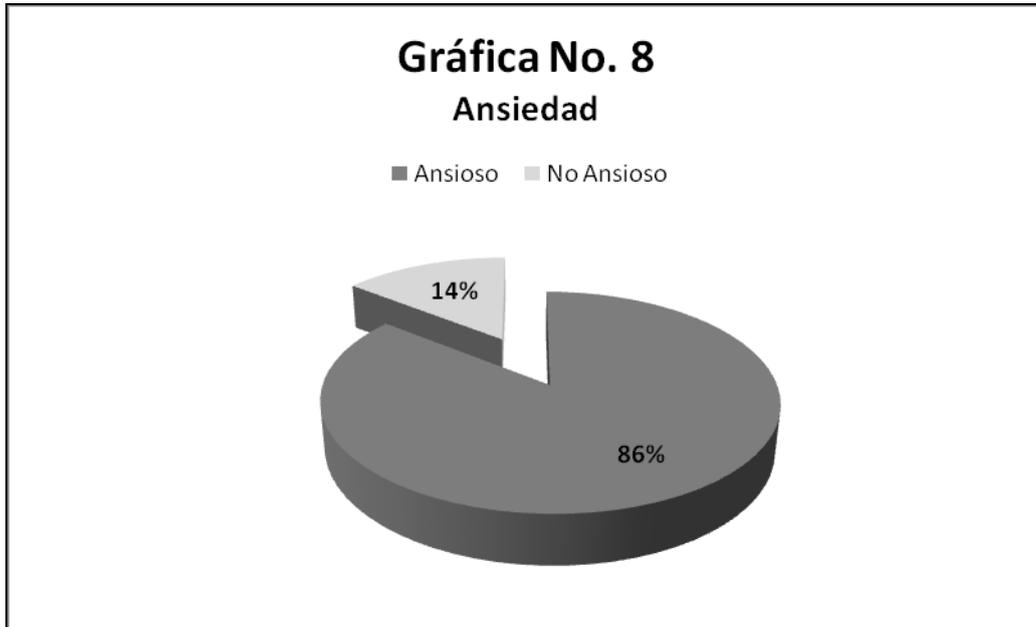


Fuente: Entrevista para padres

La gráfica No. 7 muestra que el 67% de los padres de niños diagnosticados con pérdida auditiva los perciben aislados.

El aislamiento funciona como un mecanismo de defensa ya que el niño se siente inseguro y le da miedo alejarse de la persona que lo sobreprotege, para él es complicado relacionarse con otros niños de su misma edad y tiende a aislarse.

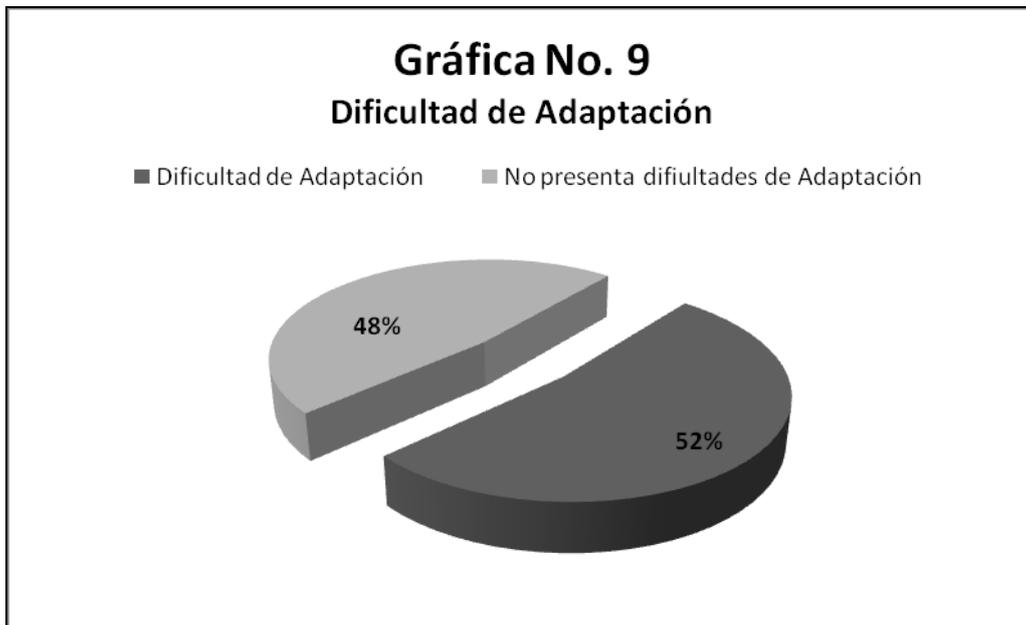
Se pudo detectar por medio de la entrevista para padres y en la historia clínica, que el niño se siente inadecuado, manifiesta dificultad de adaptación y le cuesta comunicarse, además algunos padres refirieron que no solo sus hijos se aíslan sino que los mismos “amigos” o “familiares” los aíslan, no les prestan atención y los humillan.



**Fuente:** Entrevista para padres

La gráfica No. 8 muestra que el 86% de los padres de niños diagnosticados con pérdida auditiva los perciben como ansiosos.

En la gráfica No. 15, se describirá de una forma más detallada la ansiedad, sin embargo es importante señalar que no es más que un miedo exagerado, no realista e inútil. Es una sensación que surge en situaciones de amenaza y peligro.



**Fuente:** Entrevista para padres

La gráfica No. 9 muestra que el 52% de los padres de niños diagnosticados con pérdida auditiva los perciben con dificultad de adaptación.

Cuando un niño tiene dificultad de adaptación puede presentar los siguientes síntomas: preocupación o inquietud, temor de separarse de la gente importante, nerviosismo, tendencia al llanto, visión negativa o pesimista, no cumplimiento de sus responsabilidades, pelearse continuamente, agresión (física y verbal), frustración, trastornos del sueño o pesadillas, entre otros.

Si esto persiste, en la vida adulta tendrán problemas para adaptarse en el trabajo y con grupos sociales.

Se pudo detectar, por medio de la historia clínica que si presentan algunos síntomas, lo cual nos muestra que presentan dificultad de adaptación.

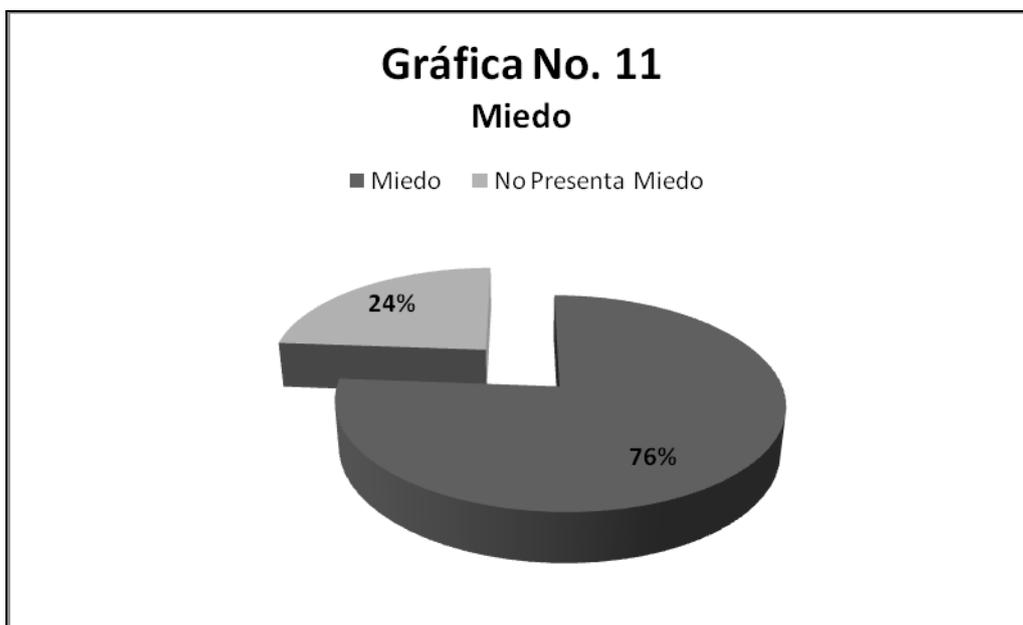


**Fuente:** Entrevista para padres

La gráfica No. 10 muestra que el 67% de los padres de niños diagnosticados con pérdida auditiva los perciben inseguros.

La inseguridad es miedo a algo, que se refleja a partir de la incapacidad del niño de realizar tareas por temor a equivocarse, además se puede decir que el niño se siente inferior a los demás y considera que todo lo que hace está mal.

Cuando son bebés, oyen a más distancia de lo que ven, por ello su espacio de seguridad auditiva es más grande que su espacio de seguridad visual, por eso la falta de audición en los niños pequeños crea sentimientos de inseguridad. Lo cual se ve reforzado por las conductas sobreprotectoras de los padres.



**Fuente:** Entrevista para padres

La gráfica No. 11 muestra que el 76% de los padres de niños diagnosticados con pérdida auditiva los perciben miedosos.

El miedo fue descrito en la grafica No. 5, pero podemos agregar que así como la ansiedad, el miedo paraliza al niño y no lo deja expresarse ni desarrollarse como una persona normal.

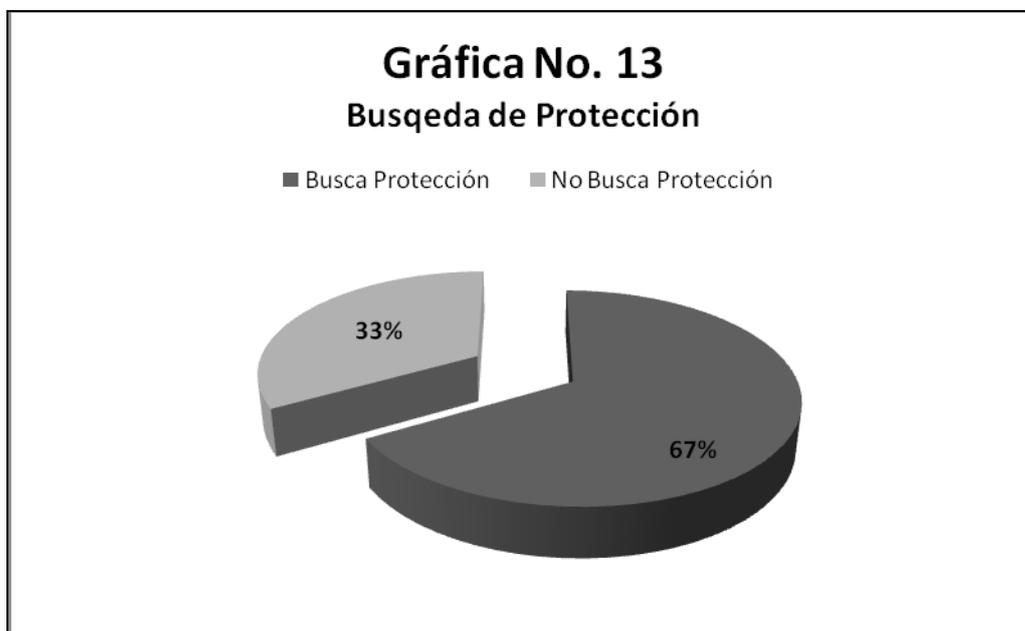
El niño esta acostumbrado a que se lo hagan todo y hasta que piensen por él, tiene miedo ante cualquier situación pues para él todo es nuevo y complicado porque prácticamente no sabe hacer nada, ni siquiera relacionarse con los demás.



**Fuente:** Entrevista para padres

La gráfica No. 12 muestra que el 86% de los padres de niños diagnosticados con pérdida auditiva percibe a sus hijos con poca tolerancia a la frustración.

Según lo observado y por referencia de los padres se pudo conocer que la poca tolerancia a la frustración causa en los niños enojo, depresión e incapacidad ante cualquier molestia o problema y provoca la evitación o mala solución de los mismos. Cuando juegan, quieren ganar a toda costa y cuando eso no sucede se enojan y explotan.



**Fuente:** Entrevista para padres

La gráfica No. 13 muestra que el 67% de los padres de niños diagnosticados con pérdida auditiva perciben que sus hijos buscan siempre la protección de quienes los rodean.

Los padres sobreprotectores, viven pendientes de cada movimiento de su hijo, adelantándose a cualquier necesidad que pudiera tener, resolviéndole los problemas y además están llenos de temores por el futuro de su hijo. Todo esto se lo transmiten al niño y desarrollan en él una dependencia y como esta acostumbrado a que se lo hagan todo, no puede resolver nada por su propia cuenta. Necesita el apoyo y cuidado no solo de sus padres sino de todo el que le rodea.



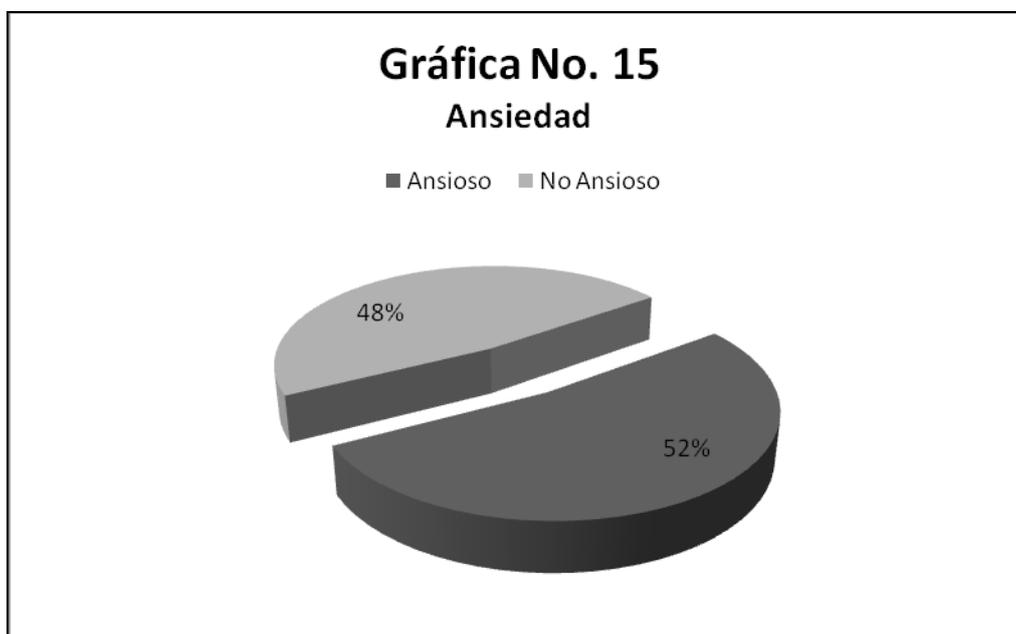
**Fuente:** Entrevista para padres

La gráfica No. 14 muestra que el 90% de los padres de niños diagnosticados con pérdida auditiva los perciben tímidos.

Estas son algunas manifestaciones del niño tímido: problemas para relacionarse con sus iguales o los adultos, no participa ni pregunta en clase, le cuesta iniciar conversaciones con otros niños o tomar la iniciativa en cualquier actividad. Se muestra reservado y distante. Pueden también estar presentes una pasividad excesiva, aislamiento, baja asertividad, escasa capacidad de expresión emocional, inseguridad, lentitud y sumisión al grupo. En definitiva presentan problemas en sus habilidades sociales.

## Test del dibujo de la Figura Humana (Machover)

A continuación se presentarán los resultados obtenidos en la aplicación del Test del Dibujo de la Figura Humana



**Fuente:** Test del dibujo de la figura Humana (Machover)

La gráfica No. 15 muestra que el 52% de los niños diagnosticados con pérdida auditiva presenta tener ansiedad. Lo cual se pudo establecer ya que en el test prevalecen borraduras, detalles en la figura y reforzamiento de las líneas.

La ansiedad en los niños se manifiesta con una sensación de malestar general, presentimientos fatalistas o tensión que les impiden desempeñarse adecuadamente en sus tareas escolares, familiares o sociales, porque sus pensamientos se centran en sus propias preocupaciones. Así, en lugar de concentrarse en una lección o relación social, prestan atención al sentimiento de opresión de su pecho, que origina y se manifiesta posiblemente en conductas como morderse las uñas, tartamudez o fobias. Además J. Lang (1984) dice que el niño con reacción de ansiedad, se mueve constantemente; tiene que hacer algo con las manos, mover las piernas o ir de un lado a otro. Si logra estar quieto unos minutos, estalla después en un arranque de hiperactividad. En la escuela, no concentra su atención en nada por mucho tiempo, debido a su corto lapso de fijación



**Fuente:** Test del dibujo de la figura Humana (Machover)

La gráfica No.16 muestra que el 52% de los niños diagnosticados con pérdida auditiva, presenta ser dependientes.

Se puede decir que la dependencia es cuando una persona no puede valerse por si misma. Es un grado elevado de discapacidad y disfuncionalidad que obliga a la intervención, a la ayuda, al soporte y al cuidado personal por terceros.

La sobreprotección de los padres, ha hecho que los niños se vuelvan dependientes de ellos y de las personas que los rodean al no proporcionarles las destrezas y conocimientos necesarios para que se puedan desenvolver por si solos.

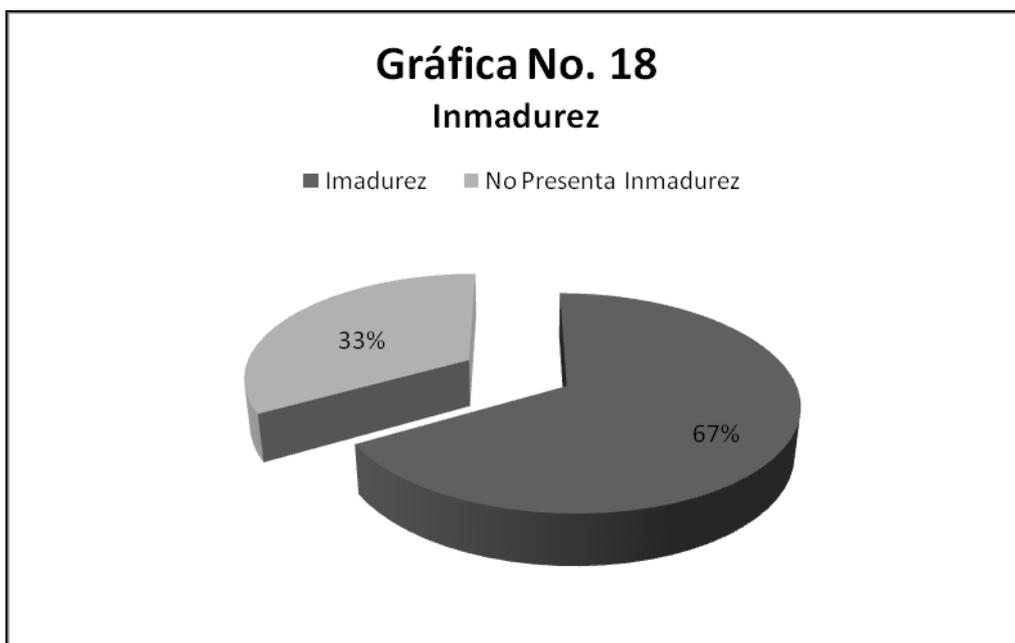


**Fuente:** Test del dibujo de la figura Humana (Machover)

La gráfica No. 17 muestra que el 86% de los niños diagnosticados con pérdida auditiva presenta tener dificultad de contacto social; esto se evidenció en el test del dibujo de la figura humana ya que en la mayoría de test prevaleció la posición de los brazos, omisión o engrandecimiento de las manos y menor cantidad de dedos.

La socialización o sociabilización es el proceso mediante el cual los individuos pertenecientes a una sociedad o cultura aprenden e interiorizan un repertorio de normas, valores y formas de percibir la realidad, que los dotan de las capacidades necesarias para desempeñarse satisfactoriamente en la interacción social con otros individuos de ésta. Como señalan Berger y Luckemann (1968:164 y ss): "el individuo no nace miembro de una sociedad", sino que "es inducido a participar" en la sociedad a través de la internalización de sus normas.

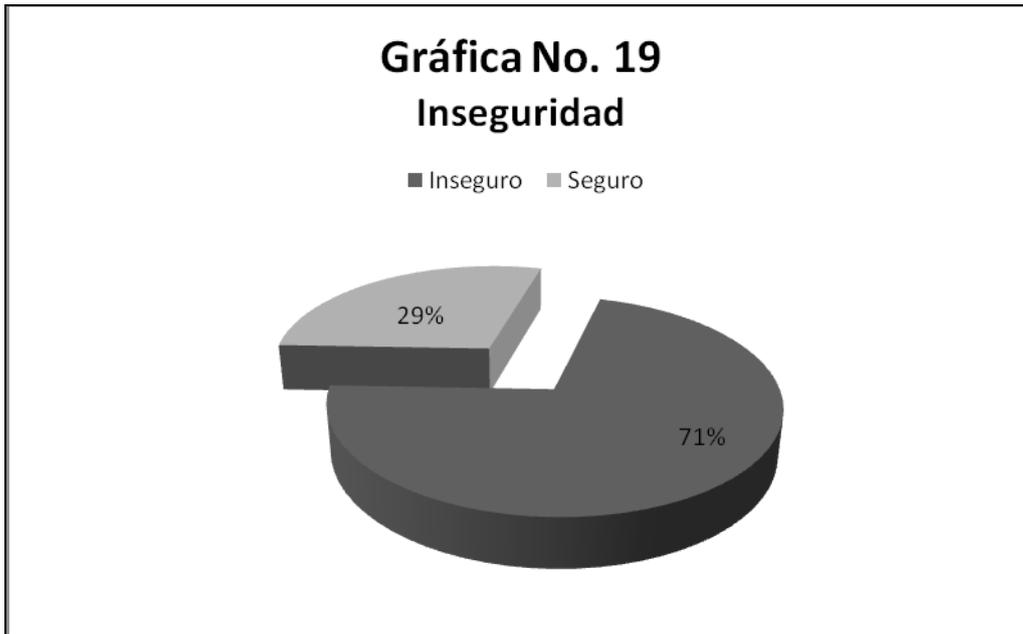
Lo cual se ve afectado en los niños con pérdida auditiva, ya que por la forma en que han sido educados y cuidados, carecen de estas habilidades sociales.



**Fuente:** Test del dibujo de la figura Humana (Machover)

La gráfica No. 18 muestra que el 67% de los niños diagnosticados con pérdida auditiva presenta inmadurez, esto visto en el test del dibujo de la figura humana por la posición del dibujo (lado izquierdo)

Esta inmadurez está provocada por los padres al no permitirle a los niños ser responsables, realizar tareas propias de su edad, enfrentar sus miedos y tomar sus propias decisiones, esto no estimula su desarrollo en general y el de las capacidades necesarias para cumplir con las tareas que debería a su edad.



**Fuente:** Test del dibujo de la figura Humana (Machover)

La gráfica No. 19 muestra que el 71% de los niños diagnosticados con pérdida auditiva presenta inseguridad. Lo cual se evidencio por las borraduras en el test del dibujo de la figura humana. En la gráfica No. 10 se pudo establecer que los padres también perciben a sus hijos inseguros en proporciones similares a las proyectadas por lo niños en el Test del dibujo de la figura Humana (Machover).



**Fuente:** Test del dibujo de la figura Humana (Machover)

La gráfica No.20 muestra que el 67% de los niños diagnosticados con pérdida auditiva presentan sentimientos de inferioridad. Lo cual se pudo evidenciar ya que en el test prevalecen las figuras pequeñas.

La doctora Alind Bizkaia de la Asociación por la lucha para la integración del niño distinto en España, establece que el reconocimiento de la discapacidad por parte de los niños afecta grandemente su autoestima produciendo un sentimiento de inferioridad, el sobreponerse a este sentimiento se facilita con el reconocimiento lento y progresivo de la igualdad de condiciones por parte de las personas que rodean al niño, tarea que es difícil de manejar cuando los padres lo sobreprotegen.



**Fuente:** Test del dibujo de la figura Humana (Machover)

La gráfica No. 21 muestra que el 67% de los niños diagnosticados con pérdida auditiva presenta timidez. Esto visto en el test del dibujo de la figura humana por la omisión de las piernas.

La timidez es una forma atenuada de forma social. La persona tímida es cautelosa, no se arriesga a equivocarse, a ser rechazada o a resultar inadecuada y como no practica no avanza, siente que no tiene mucho valor o capacidad.

## **ANÁLISIS GENERAL**

Por los resultados obtenidos de la aplicación del inventario de actitudes, podemos decir que el 95% de los padres sobreprotegen a sus hijos que tienen algún nivel de pérdida auditiva; esto se ha confirmado según la entrevista para padres, la historia clínica y además ha sido proyectado por los niños a través del test del dibujo de la figura humana. Estos instrumentos además permitieron identificar que la sobreprotección provoca en los niños graves problemas en su personalidad como timidez, aislamiento, poca tolerancia a la frustración, sentimiento de inferioridad, inmadurez, inseguridad, dificultad en sus relaciones sociales, entre otros.

El padre sobreprotector, como se pudo ver en el inventario de actitudes, maneja mucha ansiedad, culpa, dependencia de sus hijos y miedo. Estas actitudes, sentimientos y emociones, se trasladan a su hijo con pérdida auditiva, ya que los vuelven inseguros, dependiente, inmaduros, etc.

Sin embargo se pudo ver que los padres los consideran ansiosos, tímidos, inseguros, y dependientes en un porcentaje mayor de lo reflejado por los niños en el test del dibujo de la figura humana. Esto puede deberse a que los padres ven en sus hijos sus propios sentimientos y emociones.

Pero en general podemos decir que las actitudes sobreprotectoras restringen a los niños, no se les deja experimentar ni resolver sus propios problemas y fortalecen las actitudes dependientes de los niños; estos padres aún no han entendido que sus hijos pueden superar su discapacidad apoyándolos a resolver las limitaciones que la discapacidad les genera, y que con esto harán de ellos unas personas responsables, autónomas, sociables, con buena autoestima que se sentirán útiles e importantes en la sociedad.

## CAPÍTULO IV

### CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos con la aplicación de los instrumentos, se concluye lo siguiente:

- Existe sobreprotección en los niños de 5 a 10 años que fueron diagnosticados con pérdida auditiva en la Unidad de Emisiones Otoacústicas del programa de prevención de la sordera del Comité prociegos y sordos de Guatemala.
- La sobreprotección en los niños diagnosticados con pérdida auditiva retrasa su progreso psicológico, intelectual y social. Además crea individuos, inseguros, miedosos, dependientes de los demás, con problemas en sus relaciones sociales y con poca tolerancia a la frustración.
- No existe un profesional que brinde asistencia psicológica a los niños con pérdida auditiva y a sus familiares en el programa de prevención de la sordera ubicado en el Hospital General San Juan de Dios del Comité prociegos y sordos de Guatemala.
- La presencia de problemas de aprendizaje es un factor común en niños sobreprotegidos diagnosticados con pérdida auditiva.
- Se evidencio que en la mayoría de los casos, la educación, el cuidado y protección de los niños diagnosticados con pérdida auditiva está a cargo de la madre.
- El diagnóstico de pérdida auditiva es un factor desencadenante para la sobreprotección
- Las evaluaciones auditivas, no son realizadas de forma rutinaria por los padres, por lo que se pudo observar que los niños fueron diagnosticados de forma tardía (etapa escolar) y esto provoco que los padres asociaran esta discapacidad con falta de atención.

## RECOMENDACIONES

- Que los padres que asisten al programa de prevención de la sordera del Comité prociegos y sordos de Guatemala ubicado en el Hospital General San Juan de Dios, reciban orientación Psicológica familiar para que les brinde el apoyo adecuado para superar la ansiedad que les causa el conocer la problemática del niño así como por los cambios que sufre el núcleo familiar a partir de ello, cambios que originan sentimientos de impotencia frustración culpa o enojo en sus miembros y afectan su vida cotidiana.
- Que la clínica de Emisiones Otoacústicas del programa de prevención de la sordera del Comité prociegos y sordos de Guatemala ubicada en el hospital General San Juan de Dios, designe una persona para que instruya a los padres de familia en la identificación temprana de problemas relacionados con la pérdida auditiva.
- Es recomendable que las instituciones públicas promuevan programas de prevención de la sordera, para apoyar a los padres de niños con esta discapacidad a la detección y tratamiento oportuno de la misma.
- Se debe de concientizar a los padres de familia en relación a los posibles problemas y frustraciones a la que los niños se puedan enfrentar durante el proceso de desarrollo de sus habilidades físicas y sociales con la finalidad de evitar problemas en su personalidad.
- Los padres de niños con discapacidad auditiva deberán fortalecer las acciones de los niños encaminadas a la independencia, confianza, proactividad, iniciativa y a adoptar sus propias decisiones, haciendo sugerencias y valorando sus logros y opiniones.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Ajuriaguerra, J “Manual de Psiquiatría Infantil” Editorial Masson, México 1983, pág. 984.
2. Ayres, A. Jean “La integración sensorial y el niño”, Editorial Trillas, México, 1998 (reimp. 2007) pág. 226
3. Comité Pro ciegos y Sordos de Guatemala.”Sordera” Folleto Informativo. Guatemala: Departamento de Otolología del Benemérito Comité Pro-Ciegos y Sordos de Guatemala, 2003 pág. 10
4. Consultor de Psicología Infantil Y Juvenil C.O.F. “El desarrollo del niño” Grupo Editorial Océano, 1985. Pág. 450
5. Espinoza Vega, Iván. “Problemas de aprendizaje” Imprenta Multigráficas H.C.G. Quito – Ecuador, 2003. Pág. 210
6. Finch, Stuart M. “Fundamentos de Psiquiatría Infantil” Argentina 1986, pág. 331.
7. Lartigue Becerra, Teresa. Maldonado, Martin. Ávila, Héctor. “La alimentación en la primera infancia y sus efectos en el desarrollo” Asociación Psicoanalítica Mexicana, A.C. Plaza y Valdés. México, 1998, pág. 437
8. Leo Kanner, M.D. “Tratado de psiquiatría infantil” Editorial zig-zag, S.A, Santiago de Chile, 1951 pág. 278.
9. Papalia, Diane E. “Psicología del desarrollo” Mc Graw Hill, Bogotá Colombia, 2001, pág. 837
10. Poblano, Adrián “Temas Básicos de Audiología, Aspectos Médicos” Editorial Trillas, México, 2003 pág. 339.
11. Sacks, Oliver “Veo una voz. Viaje al mundo de los sordos” Editorial Anaya, año 1989 pág. 264.
12. Schorn, Marta “Discapacidad, una mirada distinta una escucha diferente reflexiones psicológicas y psicoanalíticas”, Lugar Editorial S.A Buenos Aires Argentina, 1999, pág. 189.
13. Schorn, Marta E. “El niño y el adolescente sordo reflexiones psicoanalíticas” Lugar Editorial S.A., Buenos Aires, 1997 pág. 207.

14. Tierno Jiménez, Bernabé "Vivir en familia" España, Madrid año 2004 pág. 213.
15. Watson, Robert I. "Psicología Infantil" Editorial Aguilar, Versión Española De Jesús Blanco. España, 1974. Pág. 380
16. [www.isabelmonzon.com.ar/matan.htm](http://www.isabelmonzon.com.ar/matan.htm), Artículo, Argentina, año 1993, Licda. Isabel Monzón
17. [www.kidshealth.org/kid/en\\_espanol/cuerpo/hearing\\_impairment\\_esp.html](http://www.kidshealth.org/kid/en_espanol/cuerpo/hearing_impairment_esp.html), Artículo, año 2010, Kids Health, The Nemours Foundation.
18. [www.libreopinion.com/members/fundacionhomero/proteccion.html](http://www.libreopinion.com/members/fundacionhomero/proteccion.html), Artículo, Viña del Mar-Chile, año 2003, Fundación Homero.
19. [www.muñecodetrapo.com/consejos/2009-la.sobreproteccion-23](http://www.muñecodetrapo.com/consejos/2009-la.sobreproteccion-23), Artículo, Bolivia, año 2009, Catalina Suarez Melo, Centro de Educación Integral Muñeco de trapo.
20. [www.prociegosysordos.org.gt](http://www.prociegosysordos.org.gt), Guatemala, año 2009, Benemérito Comité Pro ciegos y Sordos de Guatemala.
21. [www.wikipedia.org/wiki/Complejo\\_de\\_castración](http://www.wikipedia.org/wiki/Complejo_de_castración), Artículo, año 2009

**A**

**N**

**E**

**X**

**O**

**S**



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS



ENTREVISTA PARA PADRES  
Hijo sobreprotegido

NOMBRE DEL NIÑO			
EDAD		SEXO	
		ESCOLARIDAD	

1. ¿Considera que es un niño(a) tímido?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
2. ¿Le cuesta alejarse de ustedes, especialmente de la mamá?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
3. ¿Es inseguro de lo que hace y de su relación con los demás?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
4. ¿Busca la sobreprotección de quienes lo rodean?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
5. ¿Llora intensamente, especialmente durante los primeros días de escuela?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
6. ¿Le cuesta adaptarse en la escuela?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
7. ¿Considera que es un niño nervioso?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
8. ¿Considera que es un niño solitario?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
9. ¿Para él es complicado relacionarse con otros niños de su misma edad?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
10. ¿Tiende a aislarse?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
11. ¿Tiene dificultad para expresarse?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
12. ¿Asume la responsabilidad de sus actos?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
13. ¿Se frustra con facilidad?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
14. ¿Considera que es un niño ansioso?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
15. ¿Considera que es un niño miedoso?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>



**INVENTARIO DE ACTITUDES**  
**La sobreprotección**  
**Dr. Iván Espinosa**

<b>NOMBRE DEL PADRE</b>				
<b>EDAD</b>		<b>SEXO</b>		<b>ESCOLARIDAD</b>

1. ¿Se sienta con su hijo(a) para hacer las tareas escolares?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
2. ¿Le da directamente los alimentos en la boca?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
3. ¿Lo(a) viste para que se vaya a estudiar?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
4. Cuando llega de la escuela, ¿le colma de besos y caricias?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
5. ¿Le compra todo lo que su hijo(a) desea?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
6. Cuando su hijo(a) hace un berrinche, ¿usted cede inmediatamente?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
7. Cuando lo(a) castiga ¿se arrepiente después?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
8. Cuando su hijo(a) juega, ¿no le quita la vista de encima?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
9. ¿Hace justicia por su propia mano en alguna pelea que tenga su hijo(a)?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
10. ¿No le permite a su hijo(a) realizar los oficios de la casa?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>



### HISTORIA CLINICA

#### DATOS GENERALES

Nombre del niño(a): \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Lugar y fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre de la madre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Nombre del padre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Escolaridad: Madre: \_\_\_\_\_ Padre: \_\_\_\_\_

Ocupación: Madre: \_\_\_\_\_ Padre: \_\_\_\_\_

Religión: Madre: \_\_\_\_\_ Padre: \_\_\_\_\_

Estado civil: Madre: \_\_\_\_\_ Padre: \_\_\_\_\_

#### MOTIVO DE CONSULTA

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### HISTORIA DEL PROBLEMA ACTUAL

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### CONDUCTA HABITUAL

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



### HISTORIA PERSONAL

Edad de los padres al embarazo    Madre: \_\_\_\_\_ Padre: \_\_\_\_\_  
Embarazos anteriores: \_\_\_\_\_ Abortos: \_\_\_\_\_  
Durante el embarazo hubo amenazas de aborto? \_\_\_\_\_  
Cuál fue la reacción de los padres ante el embarazo (deseado, no deseado,  
planificado, accidente, etc) \_\_\_\_\_  
Hubieron problemas emocionales durante el embarazo? \_\_\_\_\_

### Sueño

A que hora acostumbra a dormirse el niño(a)? \_\_\_\_\_  
A que hora acostumbra a levantarse? \_\_\_\_\_  
Duerme tranquilo? \_\_\_\_\_ Con quien duerme? \_\_\_\_\_  
Se despierta asustado? \_\_\_\_\_ Habla dormido? \_\_\_\_\_  
Rechina los dientes mientras duerme? \_\_\_\_\_

### Relaciones sociales

Cómo es la relación de niño (a) con las demás personas: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Que juegos le gustan? \_\_\_\_\_  
Que prefiere jugar? \_\_\_\_\_  
Juega con niños mayores? \_\_\_\_\_ Menores? \_\_\_\_\_  
Con niños de su edad? \_\_\_\_\_ Con niños del otro sexo? \_\_\_\_\_  
Prefiere estar: solo(a) \_\_\_\_\_ Acompañado(a): \_\_\_\_\_  
Cómo se comporta dentro de un grupo? \_\_\_\_\_  
Le gusta ir a reuniones sociales? \_\_\_\_\_

### Independencia personal

Se baña solo(a)? \_\_\_\_\_ Se viste solo(a)? \_\_\_\_\_ Se amarra los zapatos? \_\_\_\_\_  
Se sirve sus alimentos? \_\_\_\_\_ Come por su cuenta? \_\_\_\_\_



### **Historia Escolar**

A qué edad asistió por primera vez a la escuela? \_\_\_\_\_

Cómo ha sido su rendimiento escolar? \_\_\_\_\_

Ha repetido grado? \_\_\_\_\_ Cuál? \_\_\_\_\_

Motivo de la repitencia? \_\_\_\_\_

Cómo es su comportamiento en el recreo? \_\_\_\_\_

Juega solo(a): \_\_\_\_\_ con el grupo de la clase: \_\_\_\_\_

Pelea con los niños de la escuela? \_\_\_\_\_

Falta con frecuencia a la escuela? \_\_\_\_\_

### **HISTORIA FAMILIAR**

Miembros que componen el núcleo familiar y viven en la misma casa? \_\_\_\_\_

Cómo se dan las relaciones entre los miembros del grupo familiar? \_\_\_\_\_

Relación entre el padre y la madre? \_\_\_\_\_

Con cual de los padres tiene mejor relación? \_\_\_\_\_

Relación entre los padres y los demás hijos? \_\_\_\_\_

Existen celos o rivalidad? \_\_\_\_\_

De qué manera colabora el niño (a) en los quehaceres de la casa? \_\_\_\_\_

Cómo ven los padres el comportamiento del niño(a) dentro de la casa? \_\_\_\_\_

## RESUMEN

El problema a investigar fue “La sobreprotección en niños de 5 a 10 años que fueron diagnosticados con pérdida auditiva en la Unidad de Emisiones Otoacústicas del Programa de Prevención de la Sordera del comité Pro Ciegos y Sordos de Guatemala del año 2007 al 2009”.

Los objetivos generales fueron: Contribuir al desarrollo de la niñez Guatemalteca con discapacidad auditiva por medio de aportar elementos científicos sobre su desarrollo y personalidad además de aportar elementos científicos para el desarrollo de la población Guatemalteca por medio de la intervención a familias de niños con discapacidad auditiva en la ciudad de Guatemala.

Fueron definidos los objetivos específicos siguientes: Identificar la existencia de sobreprotección en los padres de niños de 5 a 10 años con pérdida auditiva atendidos en el Programa de Prevención de la Sordera del Comité Pro ciegos y sordos de Guatemala del año 2007 al 2009, describir cómo la sobreprotección se relaciona con la personalidad del los niños con pérdida auditiva de 5 a 10 años evaluados en el Programa de Prevención de la Sordera del Comité Pro ciegos y sordos de Guatemala del año 2007 al 2009 y proponer elementos psicoterapéuticos que le permitan a los padres potenciar las capacidades de los niños que han sido diagnosticados con pérdida auditiva que asisten al Programa de Prevención de la Sordera del Comité Pro ciegos y sordos de Guatemala.

Se concluyó que existe sobreprotección en los niños de 5 a 10 años diagnosticados con pérdida auditiva en la Unidad de Emisiones Otoacústicas del programa de prevención de la sordera del Comité prociegos y sordos de Guatemala, que la sobreprotección en los niños diagnosticados con pérdida auditiva retrasa su progreso psicológico, intelectual y social. Además crea individuos, inseguros, miedosos, dependientes de los demás, con problemas en sus relaciones sociales y con poca tolerancia a la frustración, que no existe un profesional que brinde asistencia psicológica a los niños con perdida auditiva y a sus familiares en el programa de prevención de la sordera del de prevención de la sordera ubicado en el Hospital General San Juan de Dios del Comité prociegos y sordos de Guatemala y que la presencia de problemas de aprendizaje es un factor común en niños sobreprotegidos diagnosticados con perdida auditiva