



“ESTRATEGIAS PARA EL CAMBIO COGNITIVO EN NIÑOS SORDOS: EL ESQUEMA A-B-C”

**TESIS
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRA EN PSICOLOGIA APLICADA EN EL AREA
CLÍNICA INFANTIL**

**PRESENTA
LIC. EN PSIC. ESTELA SALAS MORALES**

**DIRECTORA
DRA. SALLY VANEGA ROMERO**

**MÉRIDA, YUCATÁN, MÉXICO
SEPTIEMBRE 2016**

Declaro que esta tesis es mi propio estudio a excepción de las citas en las que se ha dado crédito a los autores; así mismo, que este trabajo no ha sido presentado previamente para la obtención de algún otro título profesional, grado o equivalente.

Agradezco el apoyo brindado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por haberme otorgado la beca No. 329405 durante el periodo de agosto 2014 –julio 2016, para la realización de mis estudios de maestría, que concluyen con esta tesis, como producto final de la Maestría en Psicología Aplicada de la Universidad Autónoma de Yucatán.

Agradecimientos

Papá, mamá, las palabras me quedan cortas para describir lo agradecida que estoy con ustedes. Saben lo importante que son en mi vida y estoy muy segura que me hubiese sido muy complicado realizar este hermoso episodio de mi vida sin su guía, comprensión y apoyo. Por siempre agradeceré sus palabras: “¡Tú puedes!”, “¡Ánimo, vas por menos!”.

Tú, “enano”, gracias por permitirme conocer a esa persona que por muchos años no había descubierto. La distancia parece fue un factor favorable para nuestra relación de hermanos. Gracias por las palabras motivadoras que me proporcionabas cuando llegaba a casa.

Esteban, amor, agradezco el brillo que has y sigues proporcionando a mi vida. Deseo me sigas acompañando en otras aventuras. Valoro tu amor y aquello que me has brindado.

No podría dejar de mencionar a la bonita Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Yucatán, mis maestros y compañeros clase. Amigos oyentes y sordos, gente bonita de Mérida, Ciudad de México y otros estados del país, gracias por todo lo enseñando y compartido durante este tiempo.

Especialmente agradezco a mi muy querida Ciudad de Mérida por hacerme sentir parte de tu tierra, por tu hermoso acobijo, por tu esencia.

Dedicatoria

Este trabajo es dedicado a las personas de la Comunidad Sorda y profesionistas que creen, al igual que yo, que este mundo puede ser menos marginado y segregado.

ÍNDICE

RESUMEN.....	1
CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN.....	2
1.1 Características generales de la problemática.....	2
1.2 Sustento teórico del abordaje.....	5
1.2.1 Sordera.....	5
a) Definición.....	5
b) Aspecto fisiológico.....	5
• Grado de pérdida auditiva.....	6
• Tipo de pérdida auditiva.....	6
• Tratamiento médico y recursos para la sordera.....	7
c) Aspecto sociológico.....	8
• La comunicación: Lengua de Señas Mexicanas (LSM).....	8
1.2.2 Psicología del niño sordo y su abordaje psicoterapéutico.....	10
a) Desarrollo psicológico del niño sordo.....	10
• Desarrollo emocional y socio-afectivo en el niño.....	11
• Desarrollo cognitivo-conductual en el niño.....	13
b) Intervenciones psicoterapéuticas en niños sordos.....	15
• Panorama internacional y nacional.....	15
• Forma de proporcionar el proceso psicoterapéutico y problemáticas psicológicas atendidas.....	16

c) Terapia de Juego Cognitivo-Conductual en niños sordos.....	17
• Efectividad de la Terapia de Juego Cognitivo-Conductual en niños normo oyentes.....	17
• Intervención Cognitiva-Conductual en niños oyentes y niños sordos.....	19
• Estrategias de cambio cognitivo: Esquema A-B-C de la Terapia Racional Emotiva en niños.....	21
CAPÍTULO 2. EVALUACION DIAGNÓSTICA.....	24
2.1 Descripción del escenario.....	24
2.2 Instrumentos y/o estrategias utilizadas.....	25
CAPÍTULO 3. PROGRAMA DE INTERVENCIÓN DESARROLLADO.....	27
3.1 Criterios utilizados para diseñar el programa de intervención.....	27
3.2 Objetivos del programa de intervención.....	27
3.3 Recursos utilizados.....	28
3.4 Procedimiento de aplicación.....	28
CAPÍTULO 4. EVALUACIÓN DE LOS EFECTOS.....	35
4.1 Resultados de la aplicación de instrumentos.....	35
4.2 Cambios registrados.....	37
CAPÍTULO 5. DISCUSIÓN.....	38
5.1 Relación intervención-cambios observados.....	38
5.2 Comparación cambios observados-literatura de sustento.....	38

5.3 Sugerencias y conclusiones.....	38
REFERENCIAS.....	41
APÉNDICES.....	46

RESUMEN

La sordera se define como la pérdida parcial o total de la capacidad de percibir o entender el sonido. Las niñas y los niños sordos suelen manifestar conductas disruptivas, sentimientos de inferioridad y aislamiento, que podrían ser la causa de creencias irracionales respecto a su condición. Asimismo, son insuficientes los recursos para lograr enseñar a identificar y modificar esas distorsiones cognitivas con estrategias que se adapten a sus necesidades comunicativas.

Primeramente, este trabajo tuvo como objetivo implementar una intervención psicoterapéutica para modificar las creencias irracionales de los niños sordos; posteriormente se encaminó al diseño y elaboración de un juego de mesa para enseñar estrategias de cambio cognitivo, tal como el esquema A-B-C de la Terapia Racional Emotiva.

Este trabajo constó de 10 sesiones (una vez por semana) durante cuatro semanas de aproximadamente una hora cada una. Se utilizaron como técnicas el automonitoreo y la enseñanza del esquema A-B-C.

Se trabajó con una muestra no probabilística de cuatro niños sordos estudiantes del 3º año de primaria de una institución privada de la Ciudad de México y cuatro niños sordos de la Ciudad de Mérida. Se encontraron dificultades para enseñar el esquema A-B-C a estos niños, debido a los insuficientes recursos que se adecuen a sus necesidades comunicativas.

Surge como una necesidad identificada durante la intervención, la elaboración de un juego de mesa como estrategia de cambio cognitivo. Se sugiere aplicar esta herramienta en niños sordos en futuras investigaciones para evaluar su eficacia y cambios generados.

Palabras clave: sordera, creencias irracionales, esquema A-B-C.

CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN

1.1 Características generales de la problemática

Todos en algún momento hemos querido comunicar algo. Ese algo puede ser una idea, una emoción, una inquietud, un malestar, un triunfo, un fracaso. Comunicar eso que deseamos transmitir a otra(s) persona(s) puede tornarse como una necesidad cubierta; sin embargo, identificar que esa(s) persona(s) entiende y comprende nuestro discurso, ese hecho, ahora se puede traducir como un evento de satisfacción. Por tanto, para lograr lo anterior se necesita que tanto el emisor como receptor manejen el mismo código.

Ruiz (2014) menciona que la comunicación es universal, donde los requisitos son los mismos independientemente del lugar, valores, creencias y costumbres particulares. Asimismo, su importancia radica en la supervivencia de las especies, y su armonía, sintonía y correspondencia entre los seres vivos propicia el equilibrio.

Las personas sordas se caracterizan por no poder comunicarse por medio del lenguaje oral con quienes los rodean, no de modo fluido y natural. Esa capacidad que los oyentes ejercemos y asumimos como dada todos los días de nuestra vida, ésa es precisamente a la que los sordos no pueden acceder (Fridman, 1999).

En estas comunidades de personas sordas se comparte un sistema lingüístico peculiar para poderse comunicar. Es por ello que existen las lenguas de señas; los sordos las usan, pues constituyen un factor clave de acceso a la información y de participación plena en todas las áreas de la sociedad y la vida, sin la cual estarían aislados (Muñoz, Ruiz, Álvarez, Ferreiro y Aroca, 2011).

Se sabe que dentro de la Comunidad Sorda persiste la distorsión o fragmentación en la comunicación, y además, escasos recursos que se adecuen a sus necesidades comunicativas. Lo descrito anteriormente genera en el niño sordo pensamientos que afectan su forma de actuar y sentir; por ejemplo: manifestar su enojo, frustración, depresión, impotencia e impulsividad a través de la agresión física hacia sí mismo y/o hacia los otros (Schorn, 2008).

Ahora bien, las necesidades de la comunidad sorda y específicamente en la comunidad sorda infantil, han sido atendidas desde el ámbito educativo, médico y de rehabilitación (CONADIS, 2014; De la Paz y Salamanca, 2009). Sin embargo, las necesidades psicosocioemocionales poco se consideran como tal, generando desconocimiento del tema y abordaje del mismo.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su centro de prensa 2013, se estima que en el mundo más de 275 millones de personas son sordas o que padecen defectos de audición.

Entre la población infantil, la sordera es el defecto congénito más frecuente, superando al Síndrome de Down y la Parálisis Cerebral Infantil, con una prevalencia conformada de 1 a 3 por cada 1,000 nacimientos en el contexto internacional.

Siendo más concisos y territoriales, las cifras del CENSO 2010 del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) revelaron que hay 5, 739, 270 personas sordas que habitan en la República Mexicana. Los estados con mayor proporción de personas con discapacidad a su interior son Tabasco, Oaxaca, Yucatán y Nayarit con porcentajes cercanos o por arriba del 10 por ciento.

En México, cada año nacen 4 mil niños con sordera; siendo el estado de Yucatán la segunda entidad federativa (después del Distrito Federal) con mayor el número de casos. Por otra parte, con base en la revisión de la literatura, en México son carentes los programas de intervención psicoterapéutica, proyectos e investigaciones que estén enfocados a la atención psicológica en la Comunidad Sorda, por lo que no hay una atención que esté cubriendo el servicio de la salud mental.

Anteriormente se mencionó que una de las problemáticas psicológicas de los niños con deficiencia auditiva es la consecuencia desfavorable de las conductas disruptivas y la

expresión poco adaptativa de sentimientos como resultado de las creencias irracionales relacionadas a su condición (Schorn, 2008).

Existen investigaciones que señalan que diversas propuestas psicoterapéuticas sobre la modificación de las distorsiones cognitivas en niños oyentes, han demostrado el impacto positivo que tienen en ellos. Una gran aportación psicoterapéutica que sigue siendo vigente y con resultados significativos es el esquema A-B-C de la Terapia Racional Emotiva propuesto por Albert Ellis (1955).

No se han hallado propuestas para modificar las distorsiones cognitivas de los niños sordos; por tanto, surge como pregunta: ¿Una intervención psicoterapéutica basada en el esquema A-B-C y que se use como código comunicativo la Lengua de Señas Mexicana (LSM) podrá favorecer la identificación y posteriormente la modificación de las creencias irracionales de los niños sordos?. Este trabajo tuvo como finalidad implementar una intervención psicoterapéutica en lengua de señas con niños sordos para que ellos logren identificar las consecuencias desfavorables de las creencias irracionales respecto a su condición y posteriormente logren modificarlas.

1.2 Sustento teórico del abordaje

1.2.1 Sordera

a) Definición

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013) define a la sordera como defecto de audición para oír tan bien como una persona cuyo sentido del oído es normal.

Dicho término puede definirse desde muchas perspectivas; sin embargo, esta condición es vista comúnmente como una enfermedad. Esta concepción es primordialmente de los médicos; ellos asumen que una persona “normal” tiene oído y que, por lo tanto, su ausencia es patológica (Fridman, 1999). Desde esta noción, la sordera se refiere a la falta de sentido de audición o pérdida significativa de la agudeza auditiva (Tortora & Anagnostakos, 1993).

Por lo anterior, mucho se enfatiza en que la sordera es el equivalente al silencio y su definición no puede someterse únicamente a la carencia del sentido del oído para poder percibir el sonido.

Para fines de este trabajo, se ha definido a la sordera como la pérdida parcial o total de la capacidad de percibir o entender el sonido (Suárez, Suárez, y Rosales, 2008). Es importante hacer notar que no sólo se debe “escuchar” el sonido, sino también, poder discriminarlo de manera que tenga sentido.

b) Aspecto fisiológico

- Grado de pérdida auditiva

El grado de pérdida auditiva se refiere a la intensidad y a la capacidad mínima requerida para que un sujeto capte el sonido y se mide a través de decibeles (dB) y en hertzios (Hz) respectivamente.

Según la importancia de la alteración tonal de la audición y tomando la medida de las frecuencias 500, 1000, y 2000 Hz, llamadas conversacionales, se puede clasificar la deficiencia auditiva en uno de los grupos siguientes (Lafon, 1971; citado en Fejerman, 2010):

- Audición normal-menor a 20 dB
 - Pérdida leve o ligera- 20 a 40 dB
 - Pérdida moderada o media-40 a 70 dB
 - Pérdida severa- 70 a 90 dB
 - Pérdida profunda- 90 dB en adelante
 - Cofosis o anacusia- perdidas excepcionales
- Tipo de pérdida auditiva

Existen diferentes tipos de pérdida auditiva y causas que la provocan en los niños. Se pueden clasificar las sorderas tomando en cuenta diferentes parámetros (Fernández, 2004; citado en Schorn, 2008); pero para fines de esta investigación consideramos tres factores importantes: su localización, la fecha de aparición de la sordera, y su causa (Lafon, 1971; citado en Fejerman, 2010).

1. En función del origen de la sordera o lugar de la lesión; se distinguen tres tipos (Fernández, 2004; citado en Schorn, 2008):

- Sordera conductiva o de percepción es aquella en donde los trastornos auditivos están situados en el oído externo o en el medio.
- Sordera neurosensorial o de transmisión, hay afectación en el oído interno, la cóclea, el nervio auditivo o las zonas auditivas del cerebro, por lo que suelen ser las más graves y con un pronóstico más complicado.
- Sordera mixta, tiene componente de percepción y transmisión

2. En función con la fecha de aparición de la sordera, se distinguen (Fernández, 2004; citado en Schorn, 2008):

- Sorderas pre-linguales: antes de la aparición del lenguaje.
 - Sorderas post-linguales: después de la adquisición del lenguaje.
3. En relación con la etiología o causa de la sordera, se reconocen dos tipos (Lafon, 1971; citado en Fejerman, 2010):
- Sorderas de base hereditaria
 - Sorderas adquiridas: principalmente por factores que afecten el periodo prenatal (rubéola materna e incompatibilidad sanguínea), perinatal (prematurez y anoxia) y postnatal (enfermedades bacterianas y virales, tóxicos y alteraciones metabólicas).
- Tratamiento médico y recursos para la sordera

Toda sordera debe tratarse con prótesis, sea cual sea su grado y origen (Lafon, 1971; citado en Fejerman, 2010). Estas prótesis tienen como objetivo restaurar o aumentar la intensidad de la vibración que llega al oído interno, y proporcionar un tratamiento que corrija la alteración que provoca la sordera (Lazard, Venail, Lorenzi, Chaix, & Gil-Loyzaga, 2009).

El tratamiento médico para los niños con deficiencia auditiva se puede dividir en tres grandes grupos: prótesis auditivas por vía aérea o externas, prótesis auditivas por vía ósea y prótesis auditivas por estimulación eléctrica o internas (Mondain, Blanchet, Venail & Vieu, 2005).

Además del tratamiento médico que se ofrece al niño con deficiencia auditiva, existen recursos tecnológicos que facilitan sus actividades cotidianas y las relaciones que establece en todos los ámbitos que el niño se desenvuelve.

Dentro de estos recursos tecnológicos incluyen: computadoras portátiles, videos subtitulados, timbres luminosos, paneles informativos (recibir información mediante líneas de texto), despertadores con luz, despertadores vibradores, teléfonos de texto y video teléfono (Sanz, 2007; Zappalá, Köppel & Suchodolski, 2011).

c) Aspecto sociológico

- La comunicación: Lengua de Señas Mexicanas (LSM)

Dentro de la sociedad contemporánea se ha enfatizado que el hombre se vale de una serie de señales preconcebidas que le indican el sí y el no de su hacer. Pero esto es válido si se perciben adecuadamente las señales; la vista y el oído son los sentidos “comunicativos” que perciben esas señales. Aun cuando el tacto es otro sentido a través del cual puede dar la comunicación (Ramírez, 1987).

Es muy importante hacer la distinción entre los términos lenguaje y lengua; donde el primero se acuña como un código por el cual se representan ideas sobre el mundo a través de un sistema arbitrario de signos para la comunicación. Dentro de las diferentes modalidades del lenguaje son las lenguas, como las lenguas de señas, o la comunicación visual (De los Reyes, 2005).

Con el lenguaje oral se dota a los niños oyentes de una poderosa herramienta para el entendimiento de las emociones; pueden exponer sus sentimientos a los otros, obtener retroalimentación verbal acerca de lo apropiado de sus emociones, y escuchar y pensar respecto de formas de manejarlas. Además, el lenguaje oral abre otras posibilidades para la regulación emocional al facilitar la interacción social no solo con los cuidadores, sino también con los pares (Kopp, 1989; citado en Mendoza, 2010).

Los niños sordos se caracterizan fundamentalmente porque no pueden comunicarse por medio del lenguaje oral con quienes los rodean, no de modo fluido y natural. Esa capacidad que los oyentes ejercemos y asumimos como dada todos los días de nuestra vida, ésa es precisamente a la que los sordos no pueden acceder. Un niño sordo necesita conformar su propia identidad social, tanto como lo necesita un niño oyente y no lo puede hacer si no tiene un lenguaje en común con quienes lo rodean (Fridman, 1999).

Por lo tanto, para los niños sordos el dilema es satisfacer su íntima necesidad de vida social con un lenguaje que corresponda a su cuerpo. La solución no ha venido ni de los médicos ni

de los terapeutas, sino de la historia de los propios sordos. Son ellos quienes en gran medida han escrito su propia historia, pues han sabido comunicarse entre sí con el cuerpo que tienen, a través de los sentidos que sí poseen (Fridman, 1999).

Es por ello que existen las lenguas de señas; los sordos las usan, pues constituyen un factor clave de acceso a la información y de participación plena en todas las áreas de la sociedad y la vida, sin la cual estarían aislados (Muñoz, Ruiz, Álvarez, Ferreiro & Aroca, 2011).

Al igual que los niños oyentes desarrollan la lengua oral espontáneamente, de forma natural, sin tener que enseñárselas, lo mismo ocurre con los niños sordos al estar inmersos en ambientes lingüísticos como la familia y las comunidades de sordos que les propicie el aprendizaje y desarrollo de la lengua de señas de forma natural (Fundación CNSE, 2007).

Las lenguas de señas, como sistemas lingüísticos complejos, cuentan con los tradicionales niveles fonológico, morfológico y sintáctico, además de con sus propias reglas gramaticales, distintas de las lenguas orales (Klima y Bellugi, 1979; Siple, 1978 y Wilbur, 1986; citado en De los Reyes, 2005).

Estas lenguas son de modalidad no oral del lenguaje humano, desarrollada de forma espontánea a partir de una experiencia visual del entorno y se expresa principalmente por la configuración, posición y movimiento de las manos, además de la expresión corporal y facial (Fundación CNSE, 2007). Son las lenguas naturales de las personas sordas, se aprenden dentro de la comunidad de usuarios, a quienes facilita resolver todas las necesidades comunicativas y no comunicativas propias del ser humano, social y cultural. Son lenguas que también están al alcance de las personas oyentes, que se profundizan en el mundo del sordo. (Pérez, 2011).

En México, la Lengua de Señas Mexicana (LSM) se usa como medio de comunicación entre las personas sordas y/o personas oyentes que se integran a la comunidad sorda mexicana. La LSM ha sido transmitida de generación en generación al interior de la

comunidad sorda, se desconoce desde cuándo (Fridman, 1999); ya que poco se ha divulgado e indagado en esta lengua.

Si se toma en consideración la falta de recursos comunicativos adecuados con las personas sordas, ya sea que no se provean a tiempo o bien, que sean deficientes y el entorno nulifique la importancia de la integración, se tiene como resultado la fragmentación de la información y junto con ella, personas que no tienen la forma de cómo expresar y/o comunicar sus emociones (Ruiz, 2011).

1.2.2 Psicología del niño sordo y su abordaje psicoterapéutico

a) Desarrollo psicológico del niño sordo

Se ha descrito que la sordera en los niños, conduce a una dificultad de comunicación, a un impedimento para la adquisición del lenguaje, obstáculos insuperables que marcan su comportamiento y dificultan el desarrollo psicológico (Fejerman, 2010; Corvera & González, 2000; Ramírez, 1987).

Uno de los grandes retos que viven día a día estos niños es la constante manifestación de sentimientos de inferioridad y conductas disruptivas, que posiblemente sean consecuencia de distorsiones cognitivas de su condición física y percepción de su entorno; lo cual podría estar afectando el bienestar psicosocioemocional de estos niños.

Por lo anterior, es importante considerar que la sordera no afecta únicamente la comunicación y el lenguaje, sino, el de la persona en forma global. Los desarrollos cognitivo, comunicativo-lingüístico y socioafectivo están íntimamente relacionados y se influyen mutuamente. Si una persona sorda no dispone de un código que le permita comunicarse y representar la realidad, su desarrollo cognitivo se verá afectado, interfiriendo negativamente en el desarrollo del lenguaje. Los límites en la comunicación generan inmadurez en el desarrollo social y afectivo. En definitiva, si la comunicación falla o es deficiente, se verá perjudicado el desarrollo intelectual; la interacción social; la formación del lenguaje; la afectividad; entre otros.

- Desarrollo emocional y socio-afectivo en el niño

Schaefer y O'Connor (1988) aluden que los niños con alguna incapacidad física expresan sentimiento de que serían perfectos si no fuera por su condición física; vergüenza; culpa a sí mismo o los demás; amargura; envidia; autocompasión; negación de su condición física; idea de fracaso; consternación por la parte del cuerpo afectada o función; dependencia y depresión. Sin embargo, realmente no existe una relación necesaria entre la incapacidad física y la aflicción psicológica.

Los efectos que tiene la sordera pueden afectar el desarrollo de sus primeras relaciones interpersonales; aunado a esto, tales efectos pueden acentuarse con las ideas preconcebidas que los adultos, padres y familiares pudieran tener de la sordera en sí misma (Ruiz, 2011; Ramírez, 1987).

De los cero a los tres años de edad, los procesos comunicativos de interacción entre el adulto y el niño o la niña con sordera son más pobres, y su contenido se reduce sustancialmente. Las características de tono, intensidad y ritmo, que presenta el lenguaje oral, nos permiten distinguir situaciones comunicativas de afecto y emoción. Esto es difícilmente percibido por la niña o niño con sordera, limitándose la comprensión de estas situaciones a las percepciones visuales, que en ocasiones dan lugar a errores (Aguilar, Alonso, Arriaza, Brea, Cairón, Camacho, et al., 2009).

Luterman (1985) menciona que entre los cinco y los once años de edad, los principales problemas psicosociales de las niñas y los niños sordos son:

- Dificultad para hacer amigos y conservarlos.
- Se avergüenzan que a veces la gente no los entienda.
- Sienten deseos de independencia y, sin embargo, continúan dependiendo de otros para poder manejar el mundo exterior.
- Quieren sentirse parte del ambiente y, con frecuencia no lo logran porque saben que tienen deficiencia auditiva, lo que les genera frustración.

Por otra parte, diversos estudios han destacado que la impulsividad y la inmadurez social como las actitudes paternales (por ejemplo la sobreprotección) y las actitudes directivas (por ejemplo: organizar, delegar y supervisar el trabajo a desempeñar de los otros), son frecuentes en la población de niños sordos escolares. Sin embargo, es importante identificar que dichas características se derivan principalmente por las dificultades lingüísticas que padecen y cómo son percibidos y aceptados por la sociedad (Aguilar, et al., 2009; Corvera & González, 2000).

Ahora bien, Denmark (citado en Simón, 2008) informa que por lo general observa agresión y enojo en niños sordos en la aula de clases. La niña y el niño sordo se manifiestan de manera agresiva; sin embargo, la agresividad no se refiere a agreder físicamente al otro, sino, a la brusquedad en sus juegos y/o en su forma de contactarse con los otros (Pabón, 2009).

Ellos a menudo se comportan así en el salón de clases, pero esto resulta por la imposibilidad de comunicarse y de hacerse comprender con la maestra o con sus compañeros de clases. Sin embargo, los niños sordos matizan rápidamente su comportamiento, son amables con los que le comprenden y le manifiestan afecto, y ofrecen su indiferencia a aquellos con los que se comunican mal o no tratan de entenderles (Fejerman, 2010).

Desafortunadamente, como grupo, las niñas y los niños sordos muestran menor dominio en estas áreas de competencia (socio-emocional) y por lo tanto corren el riesgo de obtener una serie de resultados adversos: rendimiento académico pobre y mayores problemas de adaptación social. Sin embargo, estos desafíos no pueden ser atribuidos a la sordera, los niños sordos que se enfrentan a los mayores desafíos en el área socioemocional son aquellos que crecen en ambientes que no se adaptan a sus necesidades lingüísticas (Aguilar, et al., 2009; Simón, 2008).

Por tanto, la deficiencia auditiva en el niño sordo no es una consecuencia necesaria de las dificultades socioafectivas y emocionales, sino que estén causados y/o mediados por

múltiples factores como la educación, la familia, las relaciones sociales, la forma en que se interactúa con los niños, etcétera (Torres, Urquiza & Santana, 1999).

- Desarrollo cognitivo-conductual en el niño

Como se menciona anteriormente, diversos autores niegan que los niños sordos presenten características propias de la sordera, pero no descartan que ésta pueda conllevar a la presencia de consecuencias desfavorables en el desarrollo cognitivo y conductual (Perier y De Temmerman, 1987; citado en Corvera & González, 2000).

El desarrollo cognitivo de los niños sordos es equiparable al de los niños oyentes en las primeras etapas. Un niño sordo de tres años difiere estadísticamente muy poco del de un niño oyente (Skliar, 1988).

Se sabe que a la edad de los cinco años, y a veces antes, el niño oyente suele utilizar el razonamiento abstracto para deducir y construir. Cuanto más se desarrolla la función simbólica verbal, más lo hacen las cualidades de abstracción, al tiempo que desciende el umbral de su utilización (Fejerman, 2010; Marchesi, Alonso, Paniagua & Valmaseda, 1995; Marchesi, 1987).

Sin embargo, el niño sordo se va retardando progresivamente. Hacia los ocho años, este retardo se calcula en unos dos años porque la falta de lenguaje no le permite acceder al mismo grado de conceptualización (Fejerman, 2010).

Las dificultades cognitivas que presentan los niños sordos, son visibles en la etapa escolar. Por ejemplo, se ha descrito que sufren de dificultades de estructuración espacial, aun cuando conservan una visión íntegra; esto es debido a que la audición estructura el tiempo, conllevando una estructuración temporoespacial desequilibrada (Fejerman, 2010).

Hans y Furth (citados en Skliar, 1988) después de numerosos estudios obtuvieron la conclusión de que la competencia cognitiva de los niños sordos es semejante a la de los

niños oyentes. Los niños sordos atraviesan por los mismos procesos de desarrollo cognitivo aunque de una manera un poco más lenta, debido a las “deficiencias experienciales” que el sordo vive.

Asimismo, se han encontrado problemas en la comprensión lectora, ya que se debe principalmente a su dificultad para la codificación fonológica y a su pobre memoria secuencial-temporal (Lina-Granade y Truy, 2005); además, presentan dificultad para comprender determinadas construcciones sintácticas y el uso de las conexiones (Aguilar, et al., 2009).

Como ya se había mencionado con anterioridad, la posesión de un lenguaje pobre, parcializado y limitado en recursos, le origina importantes inconvenientes al niño sordo, en funciones tales como: la representación mental de la realidad, la formalización del pensamiento, la formulación de hipótesis, la planificación de estrategias, y la memoria (Villalba, 1996).

No obstante y pese a que estos problemas están bien descritos en la literatura, algunos autores han referido que los niños sordos cuentan con características positivas. Por ejemplo, Zweibel (1987; citado en Torres, Urquiza & Santana, 1999) demostró en un grupo amplio de escolares que, efectivamente, los niños oyentes mostraban un mejor CI que los niños sordos. Pero al realizar un análisis más detallado, también encontró que los niños sordos de padres sordos tenían mejores CI que los niños sordos de padres oyentes, lo que podría indicar que quizás el problema no es el tener o no sordera, sino las pautas comunicativas de los padres, que lógicamente suelen ser más reducidas en el caso de padres oyentes por su desconocimiento del problema.

En definitiva, las dificultades de comunicación e interacción que puede encontrar el niño sordo en su relación con el medio que le rodea, determinarán en mayor o menor medida una serie de implicaciones para su desarrollo cognitivo (Skliar, 1988).

Por otra parte, los trastornos auditivos pueden ocasionar dos tipos de comportamiento: 1) puede que el niño presente agitación, no obedezca a las órdenes, y se le describa como

agresivo, ya que utiliza la acción como medio de comunicación; o 2) que por el contrario, el niño sea excesivamente tranquilo, solitario y no se relacione con los demás niños (Fejerman, 2010; Lina-Granade & Truy, 2005).

Aguilar, et al., (2009) mencionan que las niñas y los niños sordos presentan dificultades a la hora de planificar sus acciones y de reflexionar, actuando de manera impulsiva e inmediata, sin pensar muchas veces en las consecuencias.

Sin embargo, lo descrito anteriormente dependerá de las circunstancias en que la niña y/o el niño se desenvuelvan, de la estimulación proporcionada por el medio donde se encuentran, y de la competencia lingüística alcanzada, para que sus dificultades en el desarrollo cognitivo-conductual se acentúen menos (Villalba, 1996).

b) Intervenciones psicoterapéuticas en niños sordos

- Panorama internacional y nacional

Con base en la literatura, el panorama internacional y nacional de la intervención psicoterapéutica e investigación en Comunidad Sorda, se haya que los países que abordan con mayor profundidad y cuentan con espacios que proporcionan terapia psicológica a dicha población, son: 1) Argentina, en el Centro de Psicología Clínica, Laboral y Forense (CPC) donde proporcionan terapia psicológica a niños, adolescentes y adultos con problemas de audición (sordos o hipoacúsicos oralizados o que manejen la Lengua de Señas Argentina) y orientación a familiares de personas sordas; 2) España, en la Unidad de Atención en Salud Mental para Personas Sordas (USMS), que se encuentra en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón de la Comunidad de Madrid. Esta unidad atiende específicamente a personas con discapacidad auditiva que presentan algún tipo de trastorno mental. Para ello, los profesionales de la USMS emplean los sistemas comunicativos más adecuados al paciente, principalmente la Lengua de Signos Española. Asimismo, es importante mencionar Estados Unidos (Universidad Gallaudet) y Chile (ProSordos de Chile).

En el Instituto Pedagógico para Problemas del Lenguaje I.A.P. (IPPLIAP), México, cuenta con un área de psicología que proporciona a sus alumnos sordos atención psicológica en Lengua de Señas Mexicana.

- Forma de proporcionar el proceso psicoterapéutico y problemáticas psicológicas atendidas

Proporcionar psicoterapia a una persona conlleva a entender el discurso y código comunicativo de la misma; ser empático (a); mostrar interés por ayudar; enseñar habilidades para que pueda tener un bienestar psicosocioemocional y de relación; entre otros aspectos relevantes.

Sin embargo, si de primera instancia no se puede establecer una adecuada comunicación con dicha persona, seguramente el proceso psicoterapéutico no tendrá un buen pronóstico. De ahí la importancia de compartir códigos comunicativos terapeuta-consultante.

Por lo anterior, se puede vislumbrar que compartir el mismo código de comunicación con un niño(a) sordo(a) no es sencillo. Por tanto, se necesitan hacer adecuaciones para poder lograr una comunicación fluida y comprensible.

En muchas ocasiones se recurre a recursos lingüísticos tales como la lengua de señas y la oralización y/o escritura. Sin embargo, no en todos los casos suele ser así, y por lo tanto, el niño se encuentra imposibilitado de recibir un servicio psicoterapéutico acorde a sus necesidades comunicativas.

En México, Ruiz (2014 y 2013) es pionera en intervención psicológica a personas de la Comunidad Sorda y proporciona sus servicios mediante la Lengua de Señas Mexicana (LSM). Su abordaje terapéutico se basa en los principios del enfoque humanista y hace uso del discurso como herramienta para sus intervenciones con niños, adolescentes y adultos con deficiencia auditiva.

En la mayoría de los casos, la niña o el niño sordo es sometido a rehabilitación y terapia de lenguaje con la finalidad de “reparar el problema”; por lo que genera, tanto en la sociedad y profesionistas la noción de solucionar el daño más que cubrir necesidades que cualquier otro niño demanda.

La literatura revisada arroja información importante sobre las problemáticas psicológicas que se han abordado. En estas hallamos: la identidad; autoestima y autoconcepto; regulación emocional; y duelo (Ruiz, 2014; Salas, 2014; Jornadas Nacionales de Audiología, 2005). Estas intervenciones han sido llevadas a cabo bajo los principios del enfoque psicodinámico y humanista, principalmente. Finalmente, es de gran relevancia destacar que no se encontraron intervenciones psicoterapéuticas que indaguen las distorsiones cognitivas de los niños con deficiencia auditiva.

c) Terapia de Juego Cognitivo-Conductual en niños sordos

- Efectividad de la Terapia de Juego Cognitivo-Conductual en niños normo oyentes

Aun cuando la finalidad de este trabajo es enfatizar sobre las modificaciones de las distorsiones cognitivas de los niños sordos, es importante abordar las grandes aportaciones de la Terapia de Juego Cognitivo-Conductual (TJCC).

La TJCC se basa en la teoría cognitiva de los trastornos emocionales y en los principios cognitivos de la terapia, los cuales son adaptados de forma apropiada para el desarrollo; este tipo de terapia es sensible a los problemas del desarrollo de los niños y hace hincapié en la validación empírica de la eficacia de las intervenciones. Su naturaleza es breve de tiempo limitado, estructurada, directiva, orientada al problema y psicoeducativa. El uso del juego y materiales que permitan la compresión son indispensables en la TJCC (O'Connor y Schaefer, 1997).

Una buena relación terapéutica es una condición necesaria para que la TJCC sea eficaz. Aunque la relación de colaboración es importante y un enfoque más inductivo o socrático

resulta fundamental para este tipo de terapia, debe ser modificada cuando se pone en práctica con los niños.

Asimismo, implica la interacción entre cognición, conducta y fisiología, y sostiene que la conducta es mediada por procesos verbales; la manera en que los individuos interpretan el mundo determina en gran medida cómo se comportan, sienten y entienden las situaciones de la vida (Beck, 1976; citado en Schaefer, 2012).

Supone que los individuos tienen la capacidad para distinguir el pensamiento racional y lógico del pensamiento irracional e ilógico. Si bien las distorsiones cognitivas en niños pueden ser apropiadas para el desarrollo, aun así son inadaptadas. Por consiguiente, la facilitación del cambio cognitivo en los niños no sólo es posible sino bastante común. Como se mencionó, la inducción de dicho cambio a menudo tiene lugar en la vida cotidiana normal de las interacciones entre el niño y sus padres. Cuando las situaciones son llevadas a un terapeuta, la evidencia apoya el uso de adaptaciones de la terapia cognitiva, apropiadas para el desarrollo, a fin de facilitar dichos cambios. Este cambio cognitivo puede ser comunicado de manera directa mediante el uso del juego (Knell, 1998; Shirk y Russell, 1996; citado en Schaefer, 2012).

LA TJCC enfatiza y motiva la participación del niño en el tratamiento, al encauzar los conflictos de control, dominio y responsabilidad por el propio cambio de conducta. Al incorporar los elementos cognitivos, el niño puede convertirse en un participante activo en el cambio; por ejemplo, ayudar a que los niños identifiquen y modifiquen creencias que potencialmente pueden ser inadaptativas, se puede experimentar una sensación de comprensión y permisión personales. El integrar las intervenciones cognitivas y conductuales proporciona los efectos de las cualidades combinadas de todos los enfoques, lo cual no estaría al alcance en otras circunstancias (O'Connor y Schaefer, 1997).

O'Connor y Schaefer (1997) mencionan que aunque esta terapia se desarrolló para los niños en edad preescolar, puede utilizarse con individuos de un amplio espectro de edades y problemas presentes.

Esta terapia se ha usado con éxito en diversas poblaciones de pacientes y diferentes problemáticas de niños normo oyentes; por ejemplo, encopresis, ansiedad de separación, fobias, divorcio, abuso sexual, maltrato y depresión (Knell, 1996; citado en Schaefer, 2012).

Finalmente, la capacidad del terapeuta para ser flexible, reducir el acento en las verbalizaciones y aumentar el uso de enfoques experienciales puede contribuir a la adaptación exitosa de la terapia cognitiva en niños.

- Intervención Cognitiva-Conductual en niños oyentes y niños sordos

Las técnicas de la TJCC que han tenido apoyo empírico son incorporadas al juego y adaptadas al nivel de desarrollo del niño, y este caso, niño oyente. En general, la investigación sugiere que lo más contribuyente al afrontamiento del niño es la combinación de intervenciones cognitivas y conductuales (Compton *et al.*, 2004; Velting, Setzer y Albano, 2004; citado en Schaefer, 2012).

En las siguientes secciones se describen las técnicas más comunes. En la Tabla 1 se resumen las intervenciones conductuales y cognitivas.

Tabla 1. Resumen de las intervenciones cognitivo y conductuales en la TJCC.

Intervenciones conductuales	
<i>Reforzamiento positivo</i>	Se identifica una conducta blanco específico y los reforzadores, y el reforzador se hace contingente a la ocurrencia de la conducta blanco. Pueden usarse reforzadores sociales (elogios) o reforzadores materiales (calcomanías).
<i>Moldeamiento y reforzamiento positivo</i>	Es una forma de ayudar a un niño a acercarse cada vez más a una meta. Se ofrece reforzamiento positivo por aproximaciones o pasos cada vez más cercanos a la respuesta deseada.
<i>Desensibilización sistemática</i>	Es el proceso de reducción de la ansiedad mediante la respuesta de una situación inadaptada por otra adaptada, lo cual se logra rompiendo la asociación entre un estímulo particular y la ansiedad o respuesta de temor que éste suele

	provocar.
<i>Desvanecimiento del estímulo</i>	Puede emplearse en el caso de un niño que posee algunas de las habilidades para realizar una conducta pero sólo las exhibe en ciertas circunstancias o con algunas personas. El terapeuta le ayudará a transferir esas habilidades a escenarios distintos o con persona diferentes.
<i>Extinción y RDO</i>	Algunos niños exhiben comportamientos inadaptados porque han sido o siguen siendo reforzados por realizarlos. Para que las conductas inadaptadas disminuyan debe eliminarse el reforzamiento. No obstante, la extinción no enseña conductas nuevas, por lo que suele usarse en conjunto con el reforzamiento, de modo que se refuerza una conducta nueva y más adaptada (RDO) mientras que la conducta inadaptada se somete a extinción.
<i>Tiempo fuera</i>	Técnicamente significa fuera del reforzamiento, aunque ha llegado a significar que se saca al niño de un ambiente deseable para llevarlo a uno menos atractivo. Durante el tiempo fuera el niño no debe tener acceso a los aspectos reforzantes de la terapia (ejemplo: atención positiva del terapeuta o materiales de la terapia de juego).
<i>Autosupervisión</i>	Se refiere a las observaciones y registros de información por parte de un individuo. Esto puede implicar la supervisión de la actividad o el estado de ánimo. Con los niños se pueden usar materiales de preferencia visuales para poder facilitar este proceso.
<i>Programación de actividades</i>	Se planean tareas específicas que luego son puestas en práctica. Por lo general con cierto nivel de participación de los padres. Las actividades planeadas pueden reducir el tiempo que se pasa en actividades meditabundas o pasivas y pueden ser útiles para niños deprimidos, ansiosos o retraídos.

Intervenciones cognitivas

<i>Registros de pensamientos disfuncionales</i>	Puede alentar a los niños a utilizar dispositivos simples de registro (por ejemplo, hacer dibujos en un libreta o emplear una grabadora). A menudo, la supervisión no es hecha por niño sino por los padres y/o terapeuta.
<i>Estrategias de cambio cognitivo/ Refutar las creencias irracionales</i>	Abordan el problema desde tres frentes: mira la evidencia, explora las alternativas y examina las consecuencias (creencias inadaptadas). Para refutar los pensamientos irracionales se emplean muchas estrategias, como el examen de la evidencia que apoya la creencia, la consideración de múltiples escenarios y el análisis de alternativas.

<i>Autoafirmaciones de afrontamiento</i>	En el caso de algunos niños que tienen pensamientos negativos, sustituirlos por autoafirmaciones más neutrales puede ser un paso intermedio. A menudo los niños necesitan aprender cómo tener autoafirmaciones positivas.
<i>Biblioterapia</i>	Se usa cada vez más como un complemento de la terapia. Contiene intervenciones cognitivas fuertes, por lo regular mediante el modelamiento. En la mayoría de las historias usadas, un modelo afronta una situación similar, muestra reacciones y resuelve el problema de la situación.

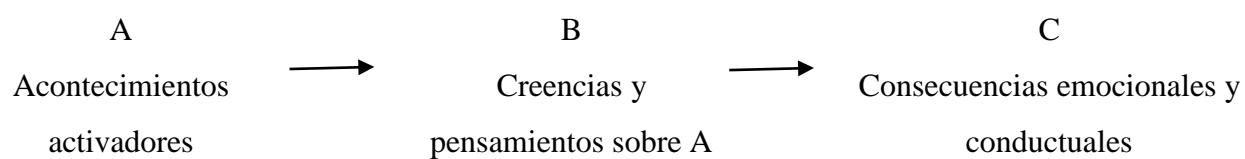
Lo anterior muestra las intervenciones que se usan con niños oyentes; sin embargo, no se ha encontrado evidencia empírica que dichas intervenciones se hayan empleado con niños con deficiencia auditiva.

- Estrategias de cambio cognitivo: Esquema A-B-C de la Terapia Racional Emotiva en niños

Con base en la literatura revisada, se reporta que los niños sordos manifiestan sentimientos de inferioridad y conductas disruptivas debido a posibles distorsiones cognitivas de su condición física, lo que conlleva a la experimentación de consecuencias desfavorables para los mismos

Las intervenciones cognitivas son utilizadas con niños para ayudarlos a modificar sus pensamientos y aprender habilidades de afrontamiento más adaptativas (Schaefer, 2012).

Una de las estrategias de cambio cognitivo es el esquema A-B-C propuesto por Albert Ellis en 1955 (Ellis y Grieger, 1990). Dicho esquema de la personalidad y del cambio, acepta la importancia de las emociones y de las conductas, pero pone un énfasis especial en el papel de las cogniciones, es decir, de las creencias, pensamientos e imágenes mentales. Parte de lo siguiente:



A representa el acontecimiento activador que aparece a primera vista como el desencadenante o antecedente de C (consecuencias emocionales y conductuales). Pero a pesar de que los acontecimientos activadores (A) a menudo parecen causar las C, esto no es realmente así, ya que las B (creencias y pensamientos sobre A) son mediadores importantes entre los A y las C; llegando a ser las principales y más directas responsables de las C.

Las creencias irracionales

Ellis agrupó en 11 ideas irracionales básicas y se muestran a continuación (Ellis y Grieger, 1990):

1. La persona adulta necesita ser amada y aprobada por todo el que le rodea.
2. Sólo se es valioso cuando se es muy competente, autosuficiente y capaz de conseguir cualquier cosa.
3. Cada persona tiene lo que se merece.
4. Si las cosas no van por el camino que deseamos, debemos sentirnos tristes y apenados.
5. La desgracia humana viene del exterior y las personas tienen poca o ninguna capacidad para controlarla o superarla.
6. Si algo terrible va a suceder o puede ocurrir debemos inquietarnos y no dejar de pensar en ello.
7. Es más fácil evitar ciertas responsabilidades y dificultades de la vida, que hacerlas frente con la disciplina de uno mismo.
8. Tenemos que depender de los demás, concretamente de alguien más fuerte.
9. Es inevitable que lo que nos ocurrió en el pasado siga afectándonos en el presente
10. Uno debe preocuparse por los problemas y perturbaciones de los demás.
11. Existe una solución perfecta para cada uno de los problemas humanos.

Estas 11 creencias irracionales, que se traducen como exigencias absolutistas o necesidades perturbadoras en forma de “deberías”, “es necesario que”, etc., con respecto a:

- Uno mismo
- Otra(s) persona(s)
- La vida/ el mundo

Cuando esas exigencias absolutistas o necesidades perturbadoras (pseudonecesidades) no se cumplen, surgen los pensamientos (cargados de emociones) derivados de esas exigencias absolutistas, que son:

- Tremendísimo: “es terrible”
- No-soportantitis: “no puedo soportarlo”
- Condena: “es un (ej. mal maestro)” o autocondena: “soy un (ej. fracaso)”.

Asimismo, esas actitudes de exigencia y necesidad perturbadora, facilitarían las distorsiones cognitivas entre las que destacan:

- Sobregeneralizaciones y etiquetaciones negativas
- Salto a conclusiones negativas
- Adivinar el futuro
- Fijarse en lo negativo
- Descalificar lo positivo
- Magnificar-minimizar
- Razonamiento emocional
- Personalizar

Para Ellis, cualquier perturbación emocional estará relacionada, con gran probabilidad, con alguna de estas creencias irracionales. El objetivo de la Terapia Racional Emotiva (TRE) será detectar y cambiar tanto las inferencias erróneas como las creencias dogmáticas y absolutistas que las originan. También, el objetivo es aprender a pensar de una manera más lógica y clara, así como desarrollar actitudes y creencias sobre aspectos como el valor humano, los valores personales, el manejo de la crítica y el rechazo, los errores, tratar los sentimientos y lograr una conducción constructiva de las metas personales (Ellis y Grieger, 1990).

Es importante destacar que la intervención psicoterapéutica con niños para hacer modificaciones cognitivas bajo los principios del esquema A-B-C de la TRE, sigue las siguientes fases:

1. Identificación de emociones
2. Identificación de pensamientos racionales e irracionales (psicoeducación)
3. Modificación de creencias irracionales relacionadas con eventos específicos

Para ello, se sugiere hacer uso del juego, materiales visuales, comprensibles, claros y que no sean invasivos para la o el niño.

Las investigaciones e intervenciones que se han realizado bajo estos principios teóricos se han encaminado a la población infantil oyente, por lo que no se han identificado en la población sorda con deficiencia auditiva.

CAPÍTULO 2. EVALUACION DIAGNÓSTICA

Es de gran relevancia destacar que la autora de este trabajo se comunicó en todo momento con los niños sordos a través de la Lengua de Señas Mexicana (LSM), con la finalidad de establecer un código comunicativo y adaptarse a las necesidades lingüísticas de estos infantes. Asimismo, se supervisó por personal calificado la ejecución de dicha lengua.

2.1 Descripción del escenario

Tipo de diseño

Se trató de un diseño pre-experimental, debido a que la constitución del grupo se dio previamente a la realización de la intervención. Asimismo, es de campo y observacional (Campbell y Stanley, 1963, 1988; citado en Balluerka y Vergara, 2002).

Muestra

Se trabajó con una muestra no probabilística intencional, debido a que los participantes pertenecen y representan a un grupo con características en común (Gómez, 2006). Estuvo constituida por ocho niños, siendo cuatro del sexo femenino y cuatro del sexo masculino, con un rango de edad de ocho a nueve años y habitan en la Ciudad de México y Mérida, Yucatán, México. La población presenta los diferentes grados y tipos de sordera.

Escenario

Institución pedagógica privada para problemas del lenguaje situada en la Ciudad de México, donde tratan a niños con diferentes grados y tipos de sordera, así como niños con problemas del habla, principalmente de articulación. El espacio que se asignó para implementar la intervención fue el área de Psicología y cuenta con mesas, sillas, cojines,

proyector de acetatos, materiales de uso pedagógico (libros, cuadernos, hojas blancas y de colores), materiales para ilustrar (colores, crayones, pintura) y pizarrón. Asimismo, se utilizaron las instalaciones del Servicio Externo de Apoyo Psicológico (SEAP), Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Yucatán, Mérida, Yucatán. En este espacio hay salas de juego que cuentan con gran variedad de juegos, peluches, mesas, sillas, cuentos, hojas blancas, colores, crayones y pintura.

2.2 Instrumentos y/o estrategias utilizadas

Previo a la realización de este trabajo, se visitó y frecuentó al personal de la Institución pedagógica privada para problemas del lenguaje de la Ciudad de México, con la finalidad de fortalecer y enriquecer los conocimientos sobre la Comunidad Sorda y la Lengua de Señas Mexicana (LSM). Durante este tiempo se observaron e identificaron las posibles creencias irrationales del alumnado sordo. Asimismo, las maestras de grupo reportaron aspectos conductuales de los niños (por ejemplo; conductas disruptivas, aislamiento y expresión de emociones de manera poco adaptativa), y desde su perspectiva, podrían afectar su desempeño académico.

También, se llevó a cabo una observación previa en los alumnos, plática con personal docente y padres de los alumnos sordos de un Centro de Atención Múltiple (CAM) y Unidad de Servicio de Apoyo a la Educación Regular (USAER) de la Ciudad de Mérida. De igual manera, tiempo se observaron e identificaron las posibles creencias irrationales de los niños con deficiencia auditiva.

Por tanto, para la fase diagnóstica se tomaron en consideración las observaciones hechas en los alumnos sordos de la Ciudad de México y la Ciudad de Mérida, y los comentarios de los padres de familia y personal docente. Asimismo, se hicieron registros siguiendo un protocolo de observación, es decir, que en todos los niños se observaron y evaluaron los mismos aspectos. Luego de la observación se analizaron y condensaron los resultados, los cuales se presentan a continuación:

- Oralizar y no hacer uso de la lengua de señas
- Demostrar que pueden o quieren comunicarse vía oral
- Manifestar explícita e implícita de los deseos de escuchar
- Mencionar que si escuchan
- Asombrarse ante la percepción de un sonido
- Ser poco empáticos
- Manifestar el enojo constantemente de manera poco adaptativa
- Brusquedad para vincularse (jaloneos)

Entonces, a partir de esas manifestaciones conductuales y emocionales los niños sordos tienen creencias irrationales respecto a su condición, principalmente vinculadas a la falta de aceptación, devaluación de su persona y victimización.

CAPÍTULO 3. PROGRAMA DE INTERVENCIÓN DESARROLLADO

3.1 Criterios utilizados para diseñar el programa de intervención

Con base en la literatura revisada, no se han encontrado intervenciones psicoterapéuticas que aborden las creencias irracionales de los niños sordos. Sin embargo, con los niños oyentes se han utilizado estrategias para identificar y modificar las creencias irracionales, tal es el esquema A-B-C de la Terapia Racional Emotiva (Ellis y Grieger, 1990). Por lo anterior, se utilizaron los principios de dicho esquema para identificar y modificar las creencias irracionales de los niños sordos. Además, la intervención se diseñó para que sea lúdica y con ajustes para las necesidades de los niños, enfatizando aspectos visuales como imágenes.

Por otra, proponer y ejecutar una intervención de este tipo podría cubrir una necesidad que no es atendida y posiblemente genere un mayor bienestar psicosocioemocional a la niña y niño con deficiencia auditiva; y además, ser precursor de futuras investigaciones y propuestas de intervención psicoterapéutica en la comunidad sorda infantil.

Es importante mencionar que el objetivo original de este trabajo fue implementar una intervención psicoterapéutica para identificar y modificar las creencias irracionales de los niños sordos. Sin embargo, al comenzar el proceso se identificaron carencias y con base en la experiencia se optó por el diseño de un material, que parte de las necesidades identificadas en la muestra y que servirá para la primera etapa de la intervención.

3.2 Objetivos del programa de intervención

Objetivo general:

Diseñar y elaborar un material que permita enseñar a niños de la Comunidad Sorda de manera lúdica y comprensible cómo interfiere el (los) pensamiento (s) en la conducta,

emoción (es) y/o sentimiento (s); el cual se basa en el esquema A-B-C de la Terapia Racional Emotiva.

Objetivos específicos

- Identificar con mayor claridad las creencias irracionales de los niños con deficiencia auditiva.
- Enseñar estrategias de identificación y modificación cognitiva en esta población (esquema A-B-C).
- Identificar las necesidades específicas de esta población para poder realizar la Terapia de Juego Cognitivo-Conductual.

3.3 Recursos utilizados

Para la intervención se consideraron los siguientes recursos:

- *Humanos*: autora del presente trabajo, padres de familia de los niños sordos, personal docente y administrativo de la institución privada de la Ciudad de México.
- *Tecnológicos*: computadora, impresora, Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC).
- *Materiales*: hojas blancas e impresas, tijeras, mesas, sillas, peluches en forma de animal y títeres.

3.4 Procedimiento de aplicación

Diseño y elaboración de la intervención psicoterapéutica

El diseño de la intervención se basó en los principios del esquema A-B-C, pero al identificar las necesidades de la muestra, se dedicó el tiempo que se disponía para iniciar la primera etapa de la intervención, donde se realiza la conceptualización del caso y se realizó

un material que favorecería la educación en el modelo y el posterior trabajo sobre el cambio de creencias con niños sordos

La intervención psicoterapéutica se diseñó y elaboró en la Ciudad de Mérida para aplicarla durante la Residencia Profesionalizante en cuatro niños (dos niñas y dos niños) entre ocho y nueve años de edad de la institución privada de la Ciudad de México.

Dicha intervención se basó en los principios de la Terapia de Juego Cognitivo-Conductual, al ser breve, dirigida y psicoeducativa. Asimismo, se propuso usar intervenciones cognitivas y específicamente estrategias de cambio cognitivo (esquema A-B-C de la Terapia Racional Emotiva).

Es importante indicar que el diseño de la intervención se basó en las siguientes fases:

1. Identificación de emociones
2. Identificación de pensamientos racionales e irracionales (psicoeducación)
3. Modificación de creencias irracionales relacionadas con eventos específicos

Ahora bien, la intervención constó de 10 sesiones (una por semana) de aproximadamente una hora cada una. A continuación se menciona la finalidad y fase de cada sesión.

Sesión 1. Presentación y establecimiento de rapport con los niños

Sesión 2. Identificación de emociones

Sesión 3. Identificación de pensamientos racionales e irracionales (psicoeducación)

Sesión 4. Identificación de pensamientos racionales e irracionales (continuación)

Sesión 5. Modificación de creencias irracionales relacionadas con eventos específicos

Sesión 6. Modificación de creencias irracionales relacionadas con eventos específicos (continuación)

Sesión 7. Modificación de creencias irracionales relacionadas con eventos específicos (continuación)

Sesión 8. Generalización de resultados

Sesión 9. Cierre

Sesión 10. Entrega de resultados a la institución, padres de familia y niños.

Aplicación de la intervención y diseño de material de apoyo

Como se había mencionado anteriormente, la aplicación de esta intervención tuvo lugar en las instalaciones de la institución. Se solicitó la colaboración de los participantes con la previa autorización y consentimiento de la institución y de los padres de familia, a raíz de las observaciones realizadas y de la demanda de la institución. Una vez establecido esto, se dio pauta para la aplicación de la intervención.

Sesión 1. Presentación y establecimiento de rapport con los niños

Para dar inicio, la responsable de la intervención y autora de dicho trabajo se presentó ante los participantes. Asimismo, les explicó el motivo de su visita en la Institución. Una vez delimitado esto, se procedió a la entrevista abierta. Como se había mencionado anteriormente, el dialogo se llevó a cabo mediante la LSM.

Ya fuera de los escenarios de la institución, se hizo el análisis correspondiente de lo generado en esta sesión con los niños y niñas, y se les agradeció su participación durante esta sesión.

Sesión 2. Identificación de emociones

En esta sesión se utilizó y aplicó la técnica de automonitoreo, teniendo como objetivo, proporcionar habilidades y estrategias a los participantes para que identifiquen y verifiquen las emociones que experimentan.

Para ello se utilizaron materiales como títeres de animales y peluches que representaban las diferentes emociones. Ya terminada la aplicación de la técnica, se dio inicio a la participación.

Al concluir con la participación, se agradeció a los niños su colaboración y disposición demostrada durante la sesión.

Sesión 3. Identificación de pensamientos racionales e irracionales (psicoeducación)

Con la finalidad de tener mayor claridad sobre las creencias irracionales de los niños con deficiencia auditiva, previamente se diseñó y elaboró un material visual para que la niña o niño pudiera comprender el funcionamiento del esquema A-B-C. Al niño(a) se le mostró una hoja impresa con una tabla de tres divisiones. La primera columna era una situación (A), la columna dos y tres hacía énfasis a las creencias (B), y conductas y emociones (C), respectivamente. Asimismo, se recortaron imágenes que reflejaban una aproximación a una creencia lógico-racional o ilógico-irracional, así como conductas y emociones acordes al tipo de pensamiento. A la par que el niño colocaba las imágenes en las columnas que él consideraba, se les explicaba de manera comprensible y sencilla que la forma de pensar influye de manera directa en la emoción y conducta. En todo momento se aclararon dudas. En el Apéndice 1 se muestra un ejemplo de la enseñanza del esquema A-B-C en el niño sordo.

Al finalizar se agradeció su participación y colaboración.

Sesión 4. Identificación de pensamientos racionales e irracionales (continuación)

En esta sesión de continuó con la identificación de las distorsiones cognitivas usando el material aplicado en la sesión pasada. Asimismo, se dio hincapié a la participación, y al concluir se les agradeció su colaboración y disposición.

Es de suma importancia destacar que por cuestiones de logística no se pudo concretar la intervención, siendo la sesión 4 la última de la misma. Se entregaron los resultados obtenidos hasta el momento tanto a la Institución como a los padres de familia y niños participantes.

A raíz de dicha situación se optó por abordar las dificultades encontradas durante la intervención psicoterapéutica. Dentro de estas dificultades se encontraron: 1) carencia de elementos suficientes (visuales, tangibles y comprensibles) que se adecuen a las necesidades comunicativas de los niños sordos; 2) ante las complicaciones que manifiestan en el proceso de lectoescritura, los niños sordos no entendían los ejemplos escritos sobre el funcionamiento del Esquema A-B-C; y 3) escasa información y materiales para intervenir psicoterapéuticamente con la niña o el niño sordo.

Por tanto, este trabajo se dirigió a la propuesta y elaboración de un material que enseñe la estrategia de cambio cognitivo, tal como el esquema A-B-C (identificación y posteriormente modificación de las creencias irrationales); y además, se adapte a las necesidades comunicativas del niño con deficiencia auditiva.

Para la elaboración de este material, se solicitó el trabajo profesional de dos estudiantes de la carrera de Diseño Gráfico de una Universidad particular de la Ciudad de Mérida. Es importante destacar que la idea y los ejemplos los generó la autora de este trabajo, basándose en las observaciones de las sesiones y el apoyo de las diseñadoras fue únicamente para hacer los dibujos atractivos y coloridos para los niños.

Se diseñó un juego de mesa, memorama. Este juego se llamó “Reacción positiva” y tiene como objetivo enseñar a niños de la Comunidad Sorda de manera lúdica y comprensible cómo interfiere el (los) pensamiento (s) en la conducta, emoción (es) y/o sentimiento (s); el cual se basa en el esquema A-B-C de la Terapia Racional Emotiva.

Se hipotetiza que mediante “Reacción positiva” la niña o niño con deficiencia auditiva puede identificar y posteriormente modificar su forma de pensar cuando estas creencias afectan su actuar y sentir. Asimismo, se piensa que las niñas y niños de la comunidad sorda podrán aprender de manera divertida y accesible a sus necesidades comunicativas.

Si bien, las creencias irrationales no se pudieron identificar con claridad durante la intervención psicoterapéutica, se tomaron como referente para la elaboración de este juego

las identificadas en la fase diagnóstica. Sin embargo, las situaciones se crearon en función de lo reportado durante la estancia en la institución privada de la Ciudad de México.

El juego de mesa muestra seis situaciones diferentes, su par (tarjeta del mismo color) muestra su creencia racional e irracional con sus respectivas consecuencias conductuales y emocionales de dicha situación. Una situación es neutral, ya que no se relaciona específicamente con la Comunidad Sorda y puede ser aplicable a la población oyente. El resto de las situaciones están orientadas a situaciones y eventos que viven día a día los niños con deficiencia auditiva. En el Apéndice 2 se muestran las seis situaciones con su respectivo par.

“Reacción positiva” contiene:

- 1 tarjeta con imagen que muestra una situación neutral.
- 1 tarjeta par de la situación neutral que muestra la creencia racional e irracional y sus respectivas consecuencias.
- 5 tarjetas con imágenes que muestran las situaciones.
- 5 tarjetas par de las situaciones que muestran las creencias racionales e irracionales y sus respectivas consecuencias.
- Caja con instrucciones impresas (véase Apéndice 3).
- Cuadernillo reforzador para ilustrar (véase Apéndice 4).

Las indicaciones del juego son las siguientes:

Nota importante: Para que la comunicación sea más fluida y sin fragmentación, se sugiere que el profesionista domine al menos en su nivel básico la Lengua de Señas Mexicana (LSM).

Identificación de las creencias racionales e irracionales

1. Se le enseña a la niña o niño con deficiencia auditiva una tarjeta donde se encuentre una situación (A).

2. El par de esa tarjeta (que se está dividida en dos partes y es del mismo color el marco) muestra el tipo de pensamiento racional-lógico e irracional-ilógico (B) y sus respectivas consecuencias (C). Se le enseña al niño que identifique los dos tipos de pensamientos y las consecuencias. Se sugiere usar el ejemplo neutro para la enseñanza del funcionamiento del esquema A-B-C.
3. Una vez que haya identificado el funcionamiento A-B-C, se le enseña otra tarjeta para que él (ella) identifique por sí mismo(a) los tipos de pensamientos y consecuencias de esa situación.
4. Se voltearán las tarjetas y ahora debe elegir el par de la situación correspondiente. Obtendrá el par solo si identifica y menciona cuál es el pensamiento racional de esa situación.
5. El que tenga más tarjetas será el ganador.
6. Al finalizar el juego se promueve la reflexión y se permite un espacio para que coloree el cuadernillo reforzador.

Modificación de las creencias irrationales

Empezar a partir de la indicación número 4 de la Identificación de las creencias racionales e irrationales en sesiones más avanzadas de la intervención psicoterapéutica.

“Reacción positiva” se propuso y elaboró para que, principalmente especialistas de la salud mental, puedan tener a su alcance una herramienta que facilite la identificación y modificación de las distorsiones cognitivas de los niños con deficiencia auditiva. Además, este material se adapta a las necesidades comunicativas del niño sordo y podría cubrir una necesidad que aún no era atendida.

Finalmente, cabe destacar que este material todavía no es aplicado en la población sorda infantil, por lo que se sugiere hacerlo en futuras investigaciones para evaluar sus efectos.

CAPÍTULO 4. EVALUACIÓN DE LOS EFECTOS

4.1 Resultados de la aplicación de instrumentos

En este apartado se muestra el análisis cualitativo, en función de los registros de los resultados encontrados y reportados por los participantes durante las sesiones de la intervención psicoterapéutica.

Es importante enfatizar que el uso de la Lengua de Señas Mexicana (LSM) favoreció la comunicación e interacción con el alumno sordo.

Aun cuando no se concluyó la intervención por cuestiones de logística, se pudieron identificar elementos de suma relevancia.

A continuación se describe lo encontrado y reportado por los participantes durante las sesiones de la intervención:

Sesión 1. Presentación y establecimiento de rapport con los niños

En esta sesión se identificaron los gustos e intereses de las y los niños con deficiencia auditiva. Su discurso se encaminó hacia el goce de las actividades pedagógicas y extracurriculares (por ejemplo, natación). Pero por otra parte, mencionaron que frecuentemente no les gusta convivir con sus pares oyentes debido a la falta de comunicación.

Sesión 2. Identificación de emociones

En esta sesión, de igual forma, los niños se mostraron participativos e interesados por la actividad. La mayoría de los participantes identificaba y expresaba el enojo como la emoción predominante, seguida de la tristeza y aburrimiento. Con base en la literatura, el enojo es la emoción que prevalece en estos infantes. La principal razón por la cual expresan

de manera disruptiva esta emoción es por la constante fragmentada y/o privada comunicación que establecen con los oyentes (principalmente sus papás); y cuando son ignorados.

Sesión 3. Identificación de pensamientos racionales e irracionales (psicoeducación)

De primera instancia, la actividad resultó ser agradable al manipular el material, conllevando a los niños a ser muy dinámicos y participativos.

Como ya se había mencionado con anterioridad, se identificaron las dificultades para que los niños sordos entendieran el funcionamiento del Esquema A-B-C. Entre estas adversidades, hallamos: 1) carencia de materiales (visuales, tangibles y comprensibles) que se adecuen a las necesidades comunicativas de los niños sordos; 2) ante las complicaciones que manifiestan en el proceso de lectoescritura, los niños sordos no entendían los ejemplos escritos sobre el funcionamiento del Esquema A-B-C; y 3) y escaso entendimiento y asociación entre las imágenes vistas.

El tiempo empleado en esta sesión no fue suficiente para enseñar el funcionamiento del esquema, por lo que se comentó continuar la siguiente sesión con la misma actividad, la respuesta de los niños fue positiva.

Sesión 4. Identificación de pensamientos racionales e irracionales (continuación)

De igual manera, los participantes se mostraron interesados y participativos; sin embargo, la continuación de la enseñanza del esquema persistía con dificultades. Los niños comunicaron explícitamente no entender lo que representaban y comunicaban las imágenes. Para poder facilitar la compresión, la autora describió dicho esquema mediante la lengua de señas, pero inclusive usando recursos comunicativos como su lengua natal, perduraba la incomprendición.

Por tanto, se aprecian las necesidades de usar un material concreto, claro y acorde a las necesidades comunicativas del niño con deficiencia auditiva.

Referente al juego de mesa “Reacción positiva” se puede suponer que los resultados serán significativos; sin embargo, estas suposiciones tendrán que evaluarse en futuras investigaciones.

4.2 Cambios registrados

La intervención psicoterapéutica proporcionó información de gran importancia para el trabajo con los niños de la Comunidad Sorda. Durante este trabajo los cambios estaban ocurriendo en función de que los niños con deficiencia auditiva comprendían la relación A-B-C; sin embargo, éste era lento y difícil, por lo que se realizó con estrategias similares al juego que se diseñó posteriormente. Es decir, ante las dificultades que se encontraron, se improvisó la educación en el esquema A-B-C y el debate de las creencias. Por tanto, se educaron a los niños sordos en el esquema A-B-C y estos lo entendieron. Asimismo, tienen mayor conocimiento sobre los pensamientos, conductas y emociones, pero eso se logró con dificultad, por lo que se diseñó el material que presentas como producto de este trabajo de investigación.

Como se reiteró previamente, la evaluación de la eficacia y los cambios generados al aplicar el juego de mesa “Reacción positiva” en niños con deficiencia auditiva, será una vez que se aplique en futuras investigaciones y/o en el trabajo clínico.

CAPÍTULO 5. DISCUSIÓN

5.1 Relación intervención-cambios observados

En función de lo identificado se pudo educar a la niña y niño sordo en el esquema A-B-C, siendo ésta la primera etapa de la intervención psicoterapéutica, pero esto implicó muchas dificultades, por lo que se implementó una manera que funcionó y se puede ver en el juego diseñado posteriormente.

5.2 Comparación cambios observados-literatura de sustento

No se halló literatura que sustente el uso de un juego que eduque al niño con deficiencia auditiva el esquema A-B-C; sin embargo, la literatura sostiene que los niños se pueden beneficiar de entender y cambiar las creencias irracionales.

5.3 Sugerencias y conclusiones

Es muy probable que todos en algún momento hayamos experimentado alguna distorsión cognitiva, de manera consciente o inconsciente. Sin embargo; esa no sería la problemática, sino no contar con los suficientes recursos para identificarlas y en consecuencia modificarlas. Las personas con deficiencia auditiva se ven sometidas constantemente a estos hechos, a los insuficientes recursos comunicativos.

Las estadísticas que son identificadas para la incidencia de la sordera, ayudan a establecer parámetros; pero se considera que es aún más importante recolectar datos cualitativos y cuantitativos respecto a la Comunidad Sorda Infantil para tener noción de lo que sucede dentro de ella y cuáles son las necesidades psicológicas a atender, para así, propiciar un bienestar que en silencio es demandado.

La dificultad verdadera no es la discapacidad que pensamos que posee la niña o el niño sordo, pues si se ve de manera objetiva, no es sólo un rasgo perteneciente a él o ella, ya que las personas de su entorno también se encuentran incapacitadas para comunicarse.

Si padres de familia, maestros, psicólogos, médicos y sociedad en general nos atrevemos a usar nuestras manos con la Lengua de Señas Mexicana, podremos ser partícipes en la comunicación y la segregación, y así, construir con mayor fluidez un mundo menos marginado y discriminado.

Por otra parte, debido a las necesidades reportadas y observadas en los niños sordos para identificar y modificar sus creencias irrationales respecto a su condición, se trató de proveer estrategias de cambio cognitivo a esta población, y de esta manera, no fueran restringidas o exclusivas de la población oyente, y por el contrario que estén encaminadas a apoyar el desarrollo integral de los niños con deficiencia auditiva en su totalidad.

La falta de conocimiento y poco interés hacia esta comunidad por parte de los profesionales de la salud mental, es quizás una de las razones por las cuales las necesidades psicológicas de estas personas, no son cubiertas.

Generar el interés de la población puede verse reflejado en la mejora de las condiciones sociales, educativas y personales de dicha población.

Ahora bien, para enriquecer el conocimiento en Psicología a través de futuras investigaciones en la población sorda tanto en niños, adolescentes y adultos, se recomienda indagar en la modificación cognitiva, regulación emocional, interacciones interpersonales, entre otras; para generar intervenciones psicológicas y favorecer el bienestar y desarrollo íntegro de estas personas.

El psicólogo que desee proporcionar intervención psicoterapéutica y específicamente modificación cognitiva a niñas y niños sordos, deberá contar con las siguientes habilidades y /o herramientas: establecer un ambiente ameno y lleno de confianza; necesita contar con

los conocimientos para ayudarles a entender el mecanismo del Esquema A-B-C para posteriormente enseñar la modificación cognitiva a través del juego de mesa “Reacción positiva”; conocer a profundidad la cultura sorda y en medida de lo posible, aprender la Lengua de Señas para favorecer la comunicación. El psicólogo tendrá que ser una persona muy tolerante, atenta y dedicada a las necesidades e inquietudes de los participantes; pero sobre todo deberá mostrarse interesado en ayudar a los participantes y asegurarse de que esto suceda.

Finalmente, la elaboración proyectos, investigaciones e intervenciones psicoterapéuticas que esté encaminadas a la cobertura de las necesidades psicológicas, y específicamente de la Comunidad Sorda infantil, puede aminorar las problemáticas que se suscitan en estos niños y así, encaminar a la niña y/o niño sordo a tener una mejor calidad de vida y en consecuencia una adecuada salud mental.

REFERENCIAS

- Aguilar, J.; Alonso, M.; Arriaza, J.; Brea, M.; Cairón, M.; Camacho, C.; Conde, M.; Fontiveros, M.; Galán, P.; García, F.; García, M.; Guerrero, L.; Cortina, M.; Herrero, J.; Latorre, J.; López, R.; Lozano, D.; Martínez, E.; Núñez, L.; Pozo, P.; Ramírez, M.; Rodríguez, M.; Sacian, M.; Sánchez, J. (2009). *Manual de atención al alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo derivadas de discapacidad auditiva*. España: Consejería de Educación. Junta de Andalucía.
- Centro de Psicología Clínica, Laboral y Forense (CPC). (2016). Asistencia Psicológica a personas con discapacidad auditiva. Recuperado de: http://www.cpcba.com.ar/asistencia_psicologica_discapacidad_auditiva.html
- Corvera, J. & González, F. (2000). Psicodinamia de la sordera. *Gad Méd Méx*, 136(2), 139-151.
- Balluerka, L., K. y Vergara, I., A. (2002). *Diseños de investigación experimental en psicología*. España: Prentice Hall.
- De los Reyes, R., I. (2005). *Comunicar a través del silencio*. España: Universidad de Sevilla.
- Ellis, A., y Grieger, R., M. (1990). *Manual de terapia racional emotiva. Volumen 2*. España: Desclée de Brouwer.
- Fejerman, N. (2010). *Trastornos del desarrollo en niños y adolescentes: conducta, motricidad, aprendizaje, lenguaje y comunicación*. Argentina: Paidós.
- Fridman, M., B. (1999). La comunidad silente de México. *Viento del sur*, 14, 1-16.

Fundación CNSE. (2007). Atención temprana a niñas y niños sordos. Guía para profesionales de los diferentes ámbitos. Recuperado de: www.fundacioncnse.org.

Gómez, M. (2006). *Introducción a la metodología de la investigación científica*. Argentina: Brujas.

Instituto Nacional de Geografía y Estadística. *Censo de Población y Vivienda 2010*. Sociedad y gobierno, México. Recuperado de <http://www.inegi.org.mx/sistemas/sisept/default.aspx?t=mdis03&s=est&c=27716>

Jornadas Nacionales de Audiología. (2005). Los aspectos psicológicos de la sordera. Recuperado de: <http://www.vocesenelsilencio.org.ar/modules.php?name=News&file=article&sid=1363>

Lazard, D., Venail, F., Lorenzi, A., Chaix, B., & Gil-Loyzaga, P. (2009). Viaje al mundo de la audición. Recuperado de <http://www.cochlea.org/es/implantes-cocleares.html>

Lina-Granade, G. y Truy, E. (2005). Conducta que se debe adoptar ante una hipoacusia infantil. *EMC Otorrinolaringología*, 20(10), 1-9. DOI: 10.1016/S1632-3475(05)45017-1

Luterman, D. (1985). *El niño sordo*. México: La prensa médica mexicana S.A. de C.V.

Marchesi, A. (1987). *El desarrollo cognitivo y lingüístico en el niño sordo*. España: Alianza.

Marchesi, A., Alonso, P., Paniagua, G. & Valmaseda, M. (1995). *Desarrollo del lenguaje y del juego simbólico en niños sordos profundos*. España: Cide.

Mendoza, G., B. (2010). *Manual de autocontrol del enojo. Tratamiento Cognitivo-Conductual*. México: Manual Moderno.

Mondain, M., Blanchet, C., Venail, F. & Vieu, A. (2005). Clasificación y tratamiento de las hipoacusias infantiles. *EMC – Otorrinolaringología*, 34(4), 1-14. DOI: 8080/10.1016/S1632-3475(05)45018-3.

Muñoz, B., Ruiz, C., Álvarez, D., Ferreiro, L. & Aroca, F. (2011). Comunidades sordas: ¿pacientes o ciudadanas?. *Gaceta sanitaria*, 25 (1); 72-78. DOI: 10.1016/j.gaceta.2010.09.020

Organización Mundial de la Salud. *Día Internacional de la Audición 2013*. Recuperado de <http://orientauditivos.files.wordpress.com/2010/03/educacion-y-desarrollo-emocional-en-los-ninos-sordos.pdf>.

O'Connor, K., J. y Schaefer, C., E. (1997). *Manual de Terapia de juego. Avances e innovaciones. Volumen 2*. México: Manual Moderno

Pabón, S., S. (2009). La discapacidad auditiva. ¿Cómo es el niño sordo?. *Revista digital innovación y experiencias educativas*. 16, 1-10. ISSN 1988-6047

Pérez, B. (2011). ¿Lengua de señas?. Recuperado de: <http://www.cultura-sorda.eu/resources/Perez LENGUA-DE-SENAS-2011.pdf>

Ramírez, C. R. (1987). *Conocer al niño sordo*. España: CEPE

Ruiz, B., F. (2011). Adolescentes y niños sordos emocionalmente sanos a través de una sexualidad integrada. Recuperado de: <http://favoreserparacreser.org/node/6>

Ruiz, B., F. (2013). *La historia enseña. La importancia de la Lengua de Señas desde la Teoría de la Gestalt*. México. ISBN 978-607-00-6906-2

Ruiz, B., F. (2014). *Terapia sin voz. Recursos psicoterapéuticos y comunicativos con niños y adolescentes Sordos*. México. ISBN 978-00-8006-7

Salas, M., E. (2014). Estrategias de regulación del enojo en niños sordos (tesis de pregrado). Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México.

Sanz, E., M. (2007). Nuevas tecnologías para las personas sordas: nuevas oportunidades para la igualdad. Asociación Eunate. Recuperado de http://www.eunate.org/pdf/mariluz_escudero.pdf

Schaefer, C., E. y O'Connor, K., J. (1988). *Manual de terapia de juego*. México: Manual Moderno.

Schaefer, C., E. (2012). *Fundamentos de Terapia de juego*. México: Manual Moderno.

Schorn, M. (2008). *La conducta impulsiva del niño sordo. Aportes desde la psicología y el psicoanálisis*. Argentina: Lugar editorial

Simón, M. (2008). Educación y desarrollo socioemocional en los niños sordos. *Ethos educativo*, 41, 125-138.

Skliar, C. (1988). *Investigaciones sobre Comunicación e inteligencia en niños sordos*. Argentina: Universidad del Museo Social Argentino.

Suárez, A., Suárez, H. & Rosales, B. (2008). Hipoacusia en niños. *Arch Pediatr Urug*, 79(4), 315-319. Recuperado de http://www.sup.org.uy/Archivos/adp79-4/pdf/adp79-4_8.pdf

Torres, S., Urquiza, R., & Santana, R. (1999). Deficiencia auditiva: guía para profesionales y padres. España: Aljibe.

Tortora, G., J. y Anagnostakos, N., P. (1993). *Principios de anatomía y fisiología*. Colombia: Harla.

Villalba, P., A. (1996). *Las necesidades educativas de los alumnos sordos. Aspectos a considerar*. España: Generalitat.

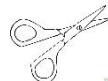
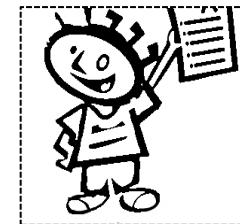
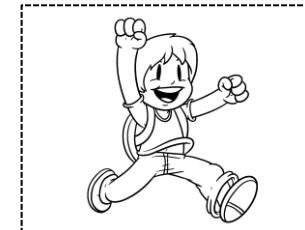
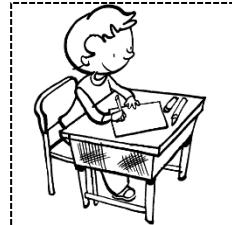
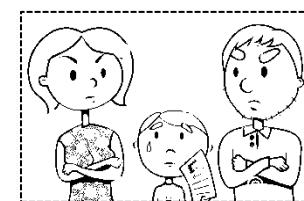
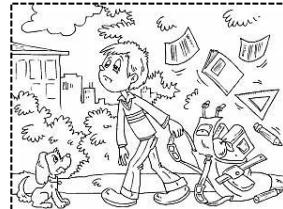
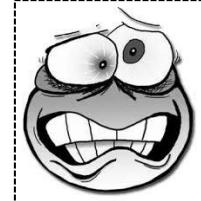
Zappalá, D., Köppel, A. & Suchodolski, M. (2011). *Inclusión de TIC en escuelas para alumnos sordos*. Argentina: Ministerio de educación de la nación.

APÉNDICES

Apéndice 1. Enseñanza del esquema A-B-C en el niño sordo.

A SITUACIÓN	B PENSAMIENTO	C CONDUCTA/EMOCION
		
		

Apéndice 1. Enseñanza del esquema A-B-C en el niño sordo (continuación)



Apéndice 2. Tarjetas del juego de mesa “Reacción positiva”

Tarjeta situación neutral



Tarjeta situación neutral consecuencia positiva

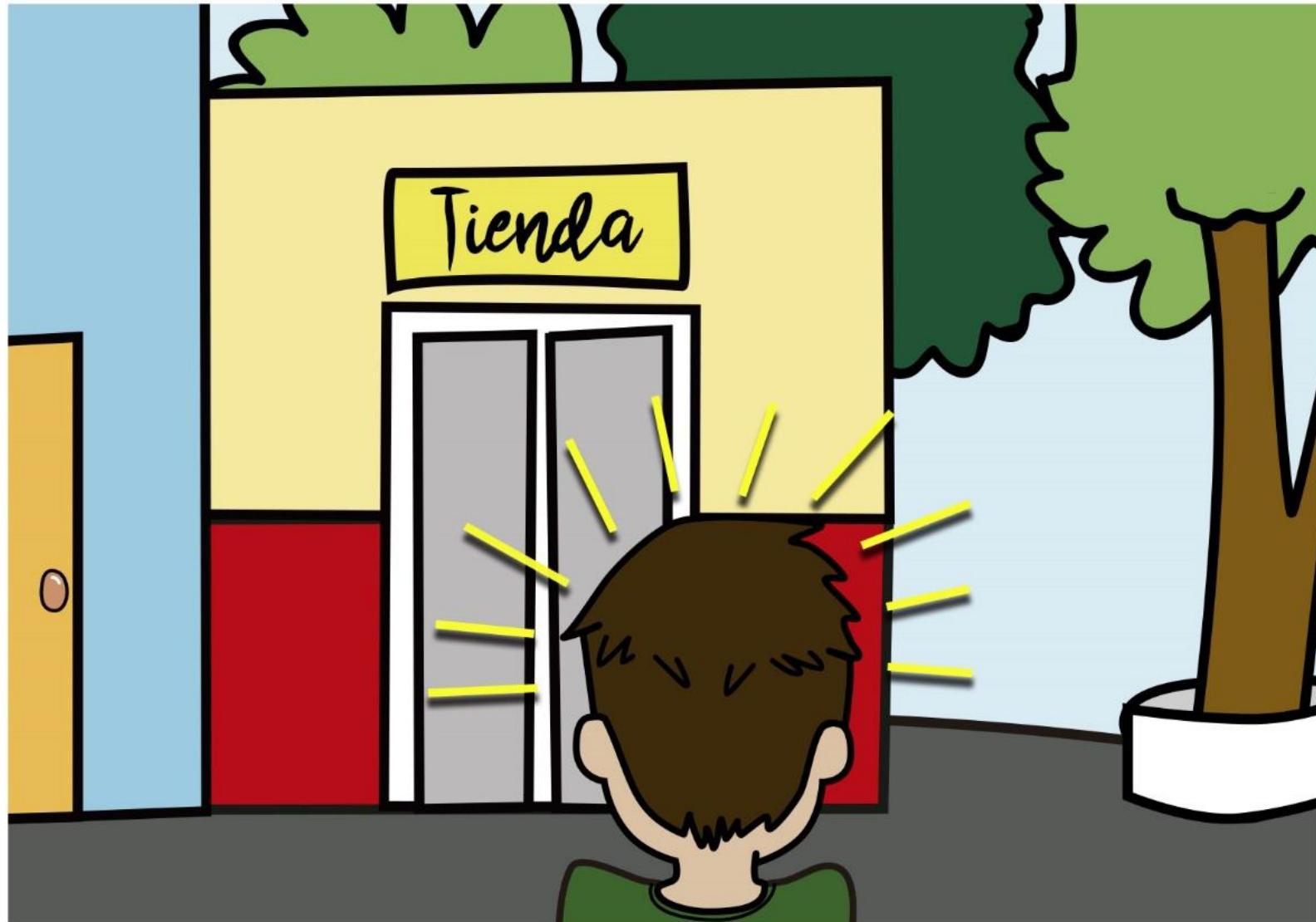


Salas (2016). Estrategias para el cambio cognitivo en niños sordos: el esquema A-B-C

Tarjeta situación neutral consecuencia negativa



Tarjeta situación específica 1.



Salas (2016). Estrategias para el cambio cognitivo en niños sordos: el esquema A-B-C

Tarjeta situación específica 1 consecuencia positiva



Salas (2016). Estrategias para el cambio cognitivo en niños sordos: el esquema A-B-C

Tarjeta situación específica 1 consecuencia negativa



Tarjeta situación específica 2.



Salas (2016). Estrategias para el cambio cognitivo en niños sordos: el esquema A-B-C

Tarjeta situación específica 2 consecuencia positiva.



Salas (2016). Estrategias para el cambio cognitivo en niños sordos: el esquema A-B-C

Tarjeta situación específica 2 consecuencia negativa



**No me entienden
No importo**

Salas (2016). Estrategias para el cambio cognitivo en niños sordos: el esquema A-B-C

Tarjeta situación específica 3.



Salas (2016). Estrategias para el cambio cognitivo en niños sordos: el esquema A-B-C

Tarjeta situación específica 3 consecuencia positiva



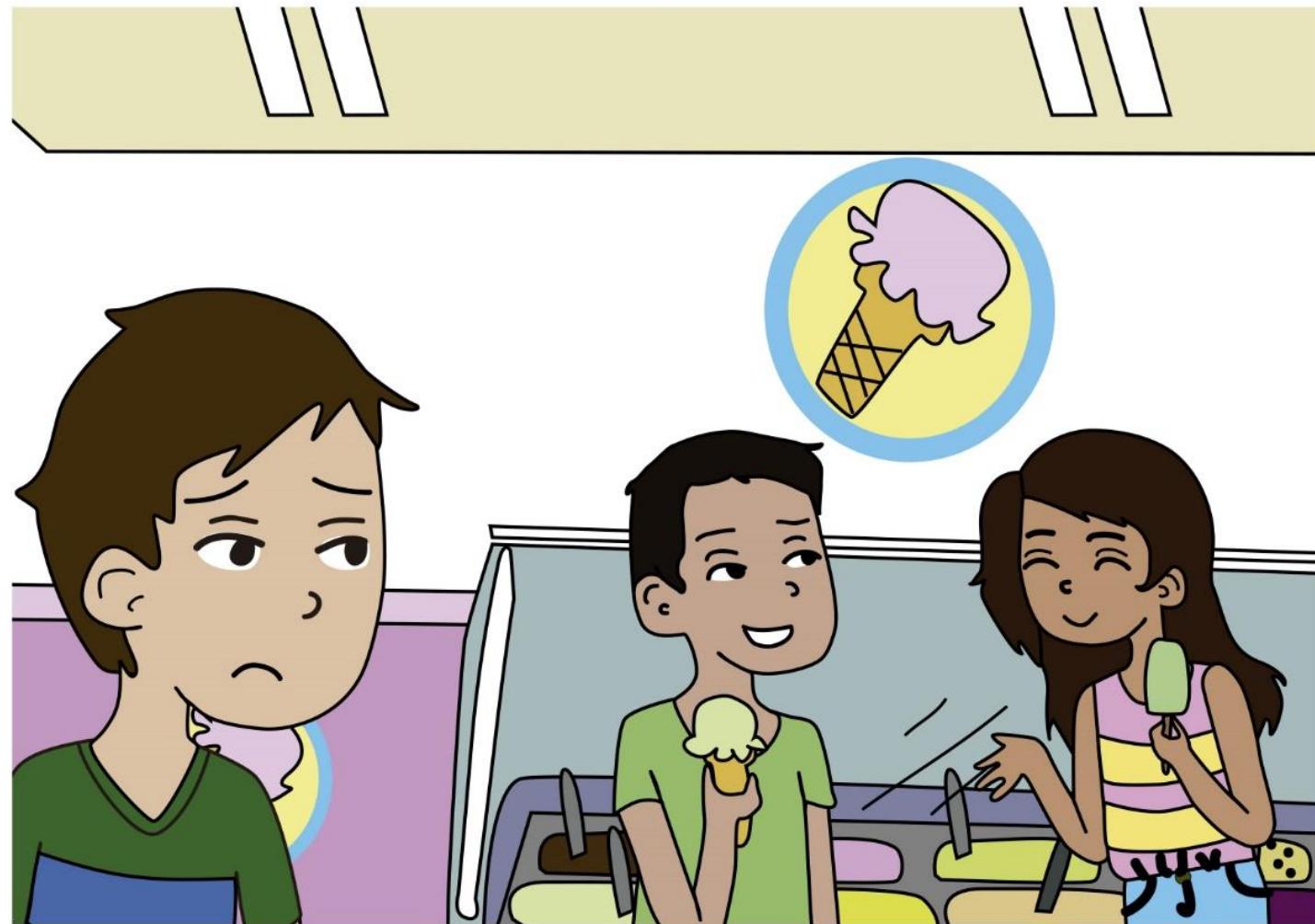
Salas (2016). Estrategias para el cambio cognitivo en niños sordos: el esquema A-B-C

Tarjeta situación específica 3 consecuencia negativa



No sé hacerlo
Tengo miedo

Tarjeta situación específica 4.



Salas (2016). Estrategias para el cambio cognitivo en niños sordos: el esquema A-B-C

Tarjeta situación específica 4 consecuencia positiva



Salas (2016). Estrategias para el cambio cognitivo en niños sordos: el esquema A-B-C

Tarjeta situación específica 4 consecuencia negativa



Salas (2016). Estrategias para el cambio cognitivo en niños sordos: el esquema A-B-C

Tarjeta situación específica 5.



Tarjeta situación específica 5 consecuencia positiva



Salas (2016). Estrategias para el cambio cognitivo en niños sordos: el esquema A-B-C

Tarjeta situación específica 5 consecuencia negativa



Salas (2016). Estrategias para el cambio cognitivo en niños sordos: el esquema A-B-C

Apéndice 3. Empaque e instrucciones impresas del juego de mesa “Reacción positiva”



Instrucciones

1. Revuelve

y acomoda las tarjetas boca abajo.



2. Voltea

hasta encontrar dos tarjetas del mismo color.



3. Elige

cual es la Reacción positiva.



INTRUCCIONES PARA EL MONITOR

Nota importante: Para que la comunicación sea más fluida y sin fragmentación, se sugiere que el profesionista domine al menos en su nivel básico la Lengua de Señas Mexicana (LSM). *Identificación de las creencias racionales e irracionales.*

1. La niña o niño con deficiencia auditiva voltear las láminas hasta encontrar una lámina donde se encuentre una situación (A) y su respectivo par.
2. El par de esa lámina (que se está dividida en dos partes y es del mismo color el marco) muestra el tipo de pensamiento racional-ílógico e irracional-ílógico (B) y sus respectivas consecuencias (C). Se le enseñará al niño que identifique los dos tipos de pensamientos y las consecuencias. Se sugiere emplear el ejemplo neutro para la enseñanza del funcionamiento del esquema A-B-C.
3. Obtendrá el par solo si identifica y menciona cuál es el pensamiento racional de esa situación.
4. El que tenga más láminas será el ganador.
5. Al finalizar el juego se promueve la reflexión y se permite un espacio para que coloree el cuadernillo reforzador.

Modificación de las creencias irracionales

Empezar a partir de la indicación número 4 de la Identificación de las creencias racionales e irracionales en sesiones más avanzadas del proceso psicoterapéutico.

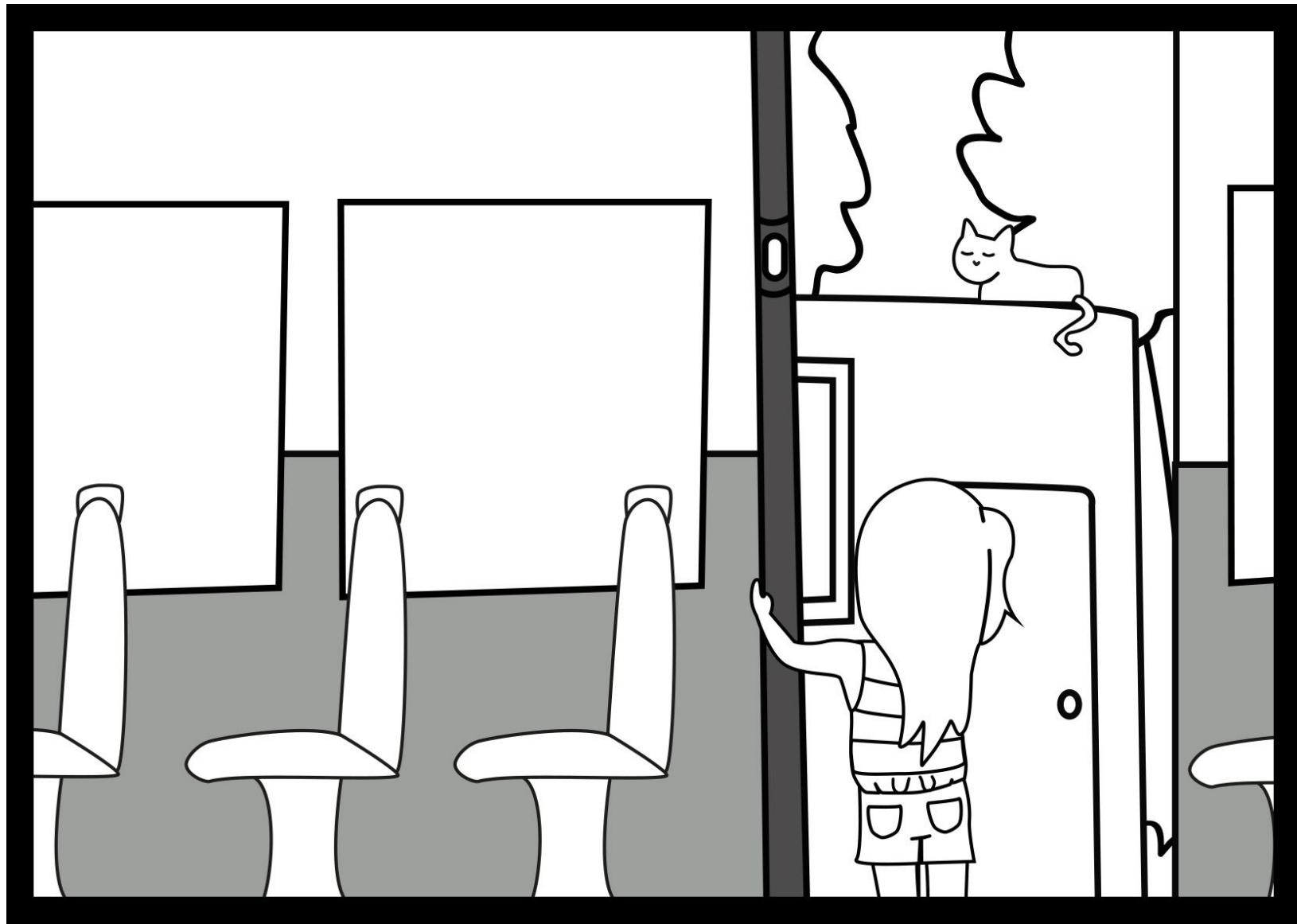
Apéndice 4. Cuadernillo reforzador para ilustrar del juego de mesa “Reacción positiva”

Cuadernillo Reforzador

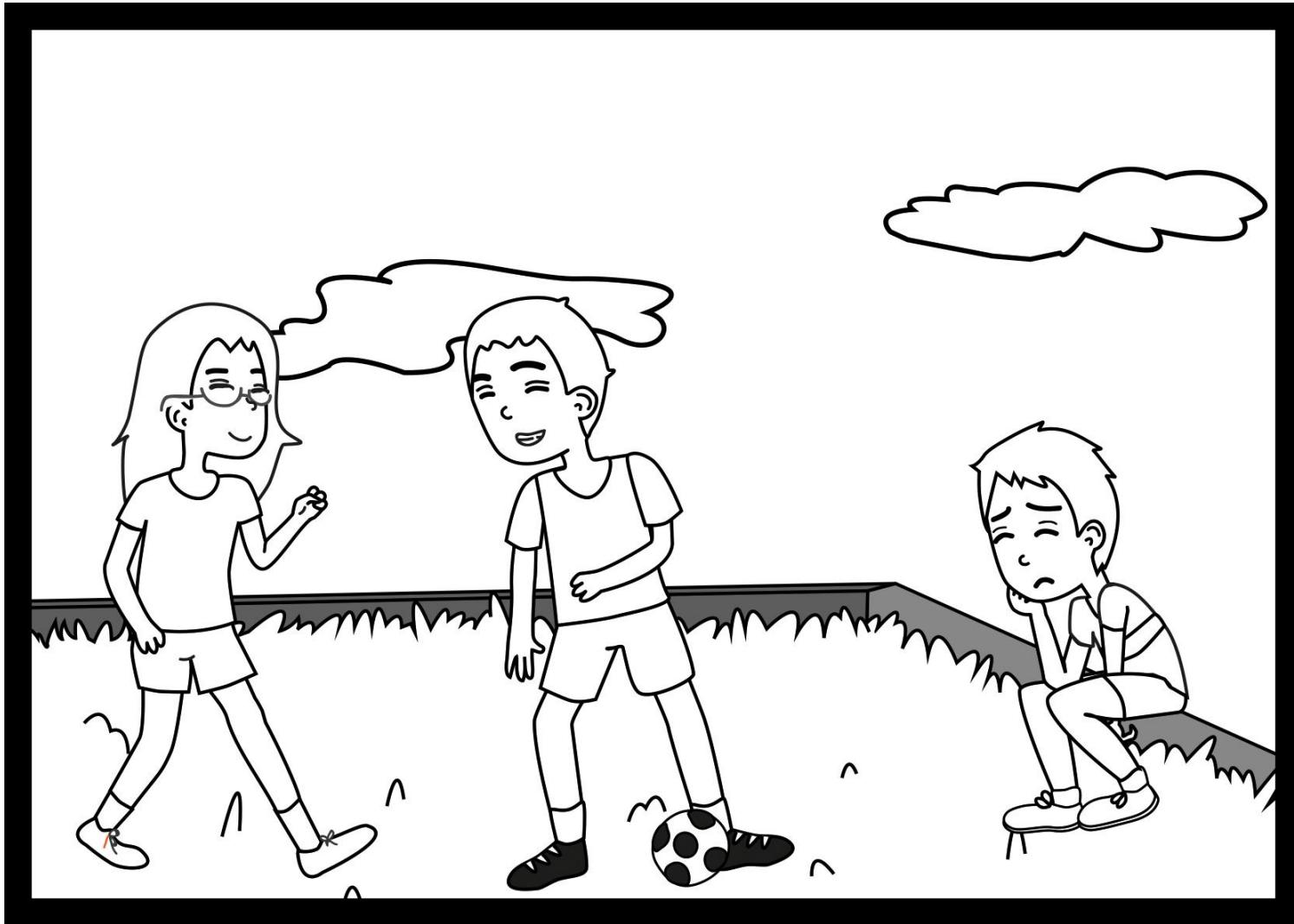




Salas (2016). Estrategias para el cambio cognitivo en niños sordos: el esquema A-B-C



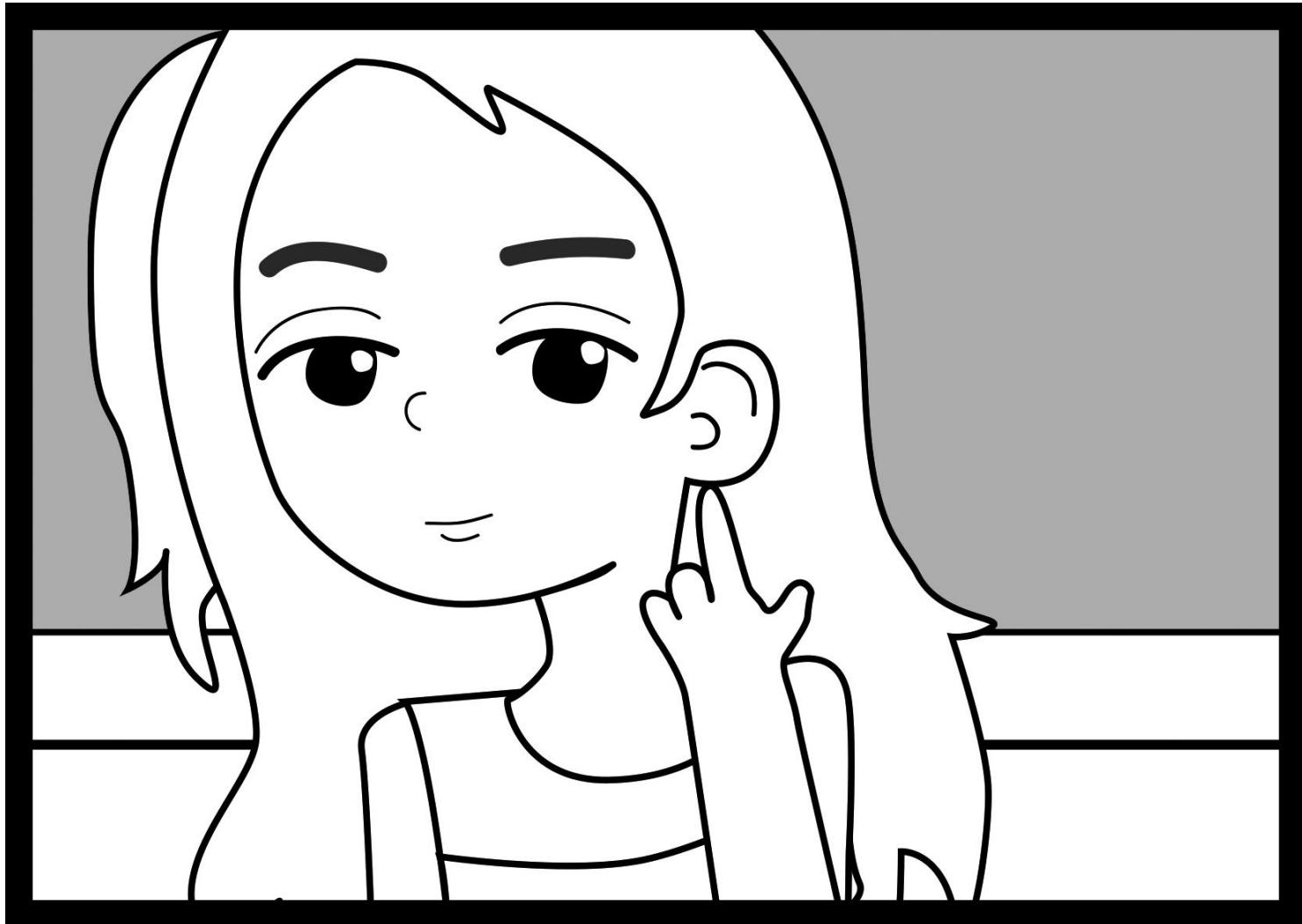
Salas (2016). Estrategias para el cambio cognitivo en niños sordos: el esquema A-B-C



Salas (2016). Estrategias para el cambio cognitivo en niños sordos: el esquema A-B-C



Salas (2016). Estrategias para el cambio cognitivo en niños sordos: el esquema A-B-C



Salas (2016). Estrategias para el cambio cognitivo en niños sordos: el esquema A-B-C



Salas (2016). Estrategias para el cambio cognitivo en niños sordos: el esquema A-B-C

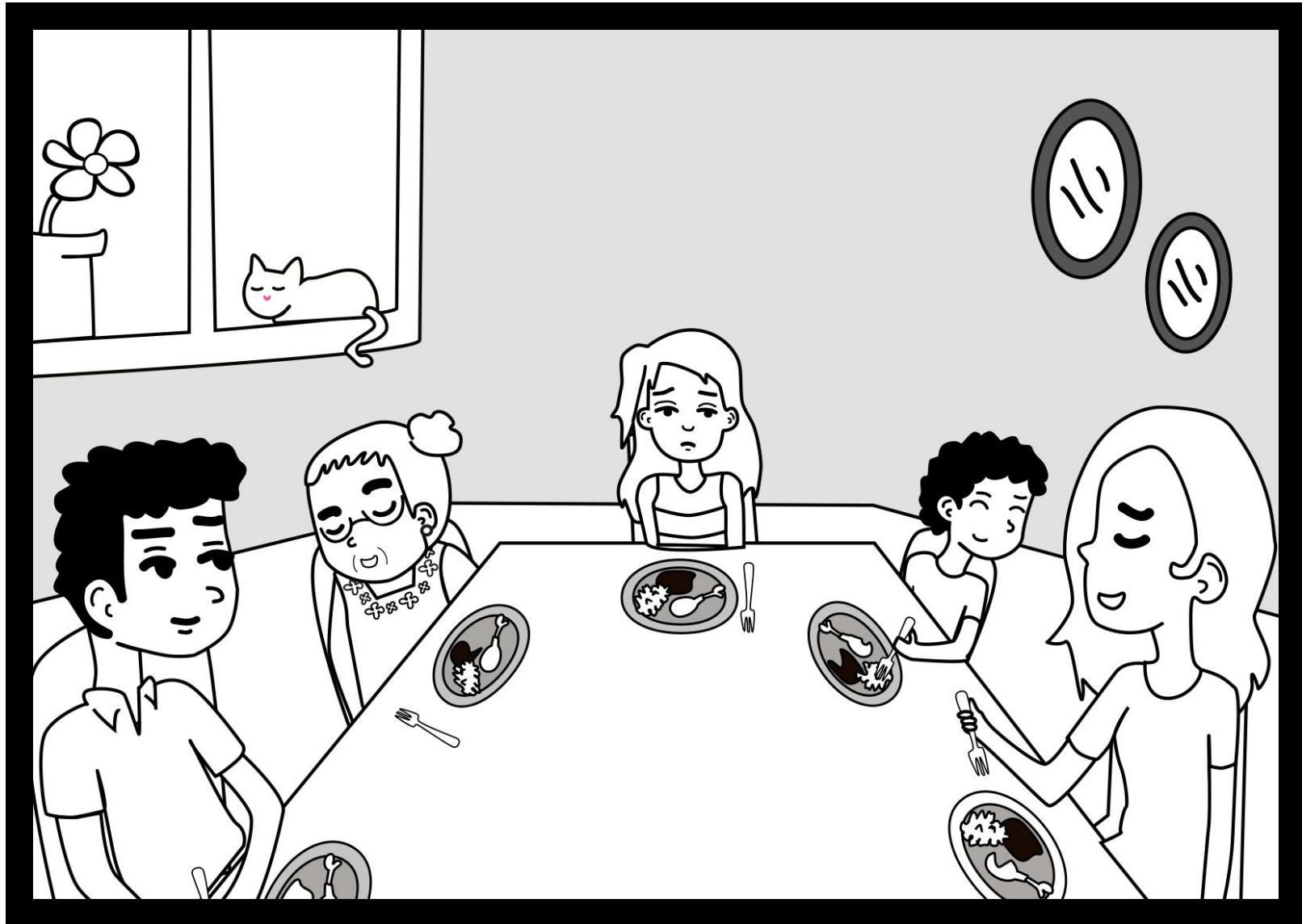


Salas (2016). Estrategias para el cambio cognitivo en niños sordos: el esquema A-B-C



Salas (2016). Estrategias para el cambio cognitivo en niños sordos: el esquema A-B-C





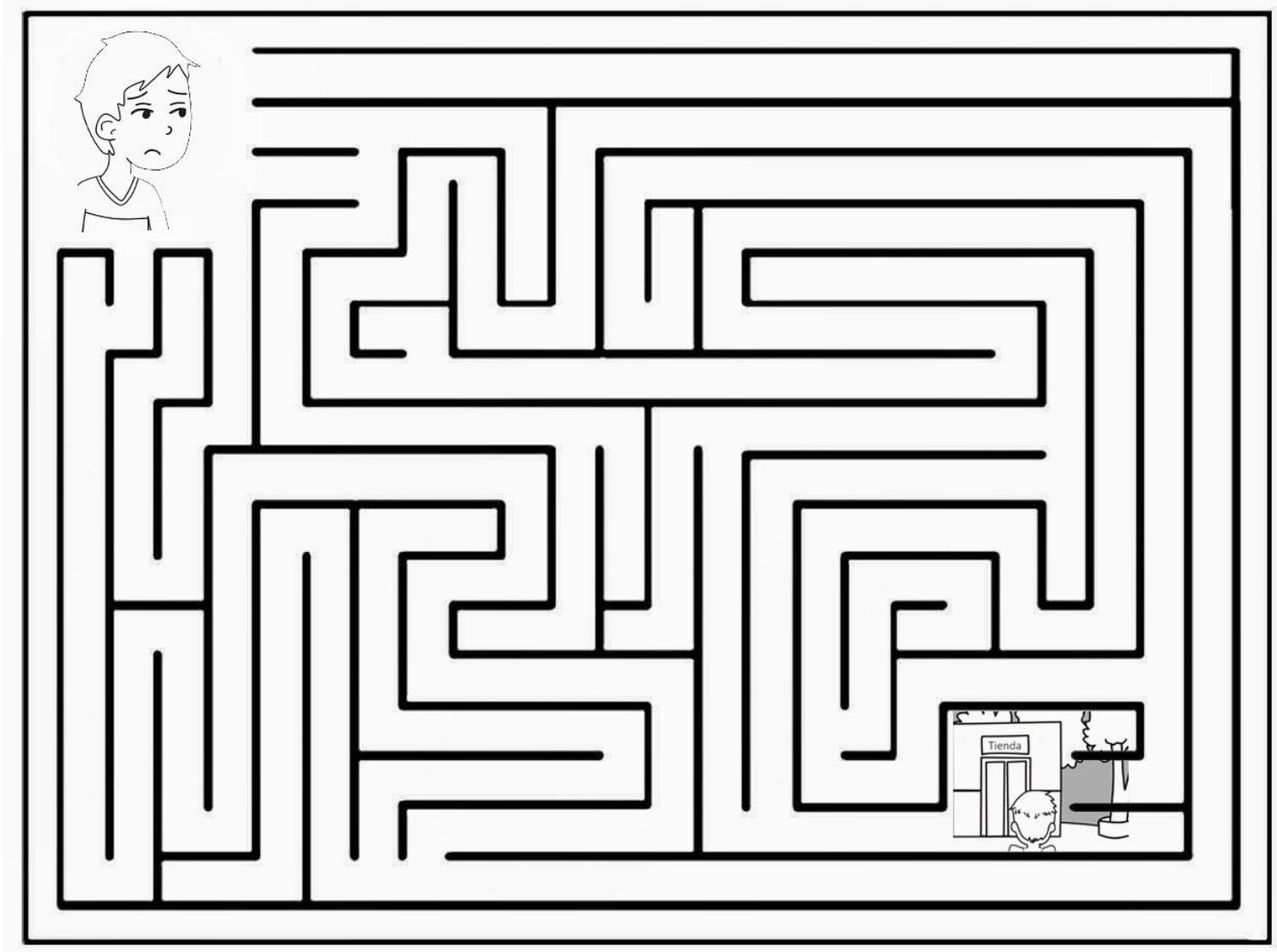
Salas (2016). Estrategias para el cambio cognitivo en niños sordos: el esquema A-B-C



Salas (2016). Estrategias para el cambio cognitivo en niños sordos: el esquema A-B-C



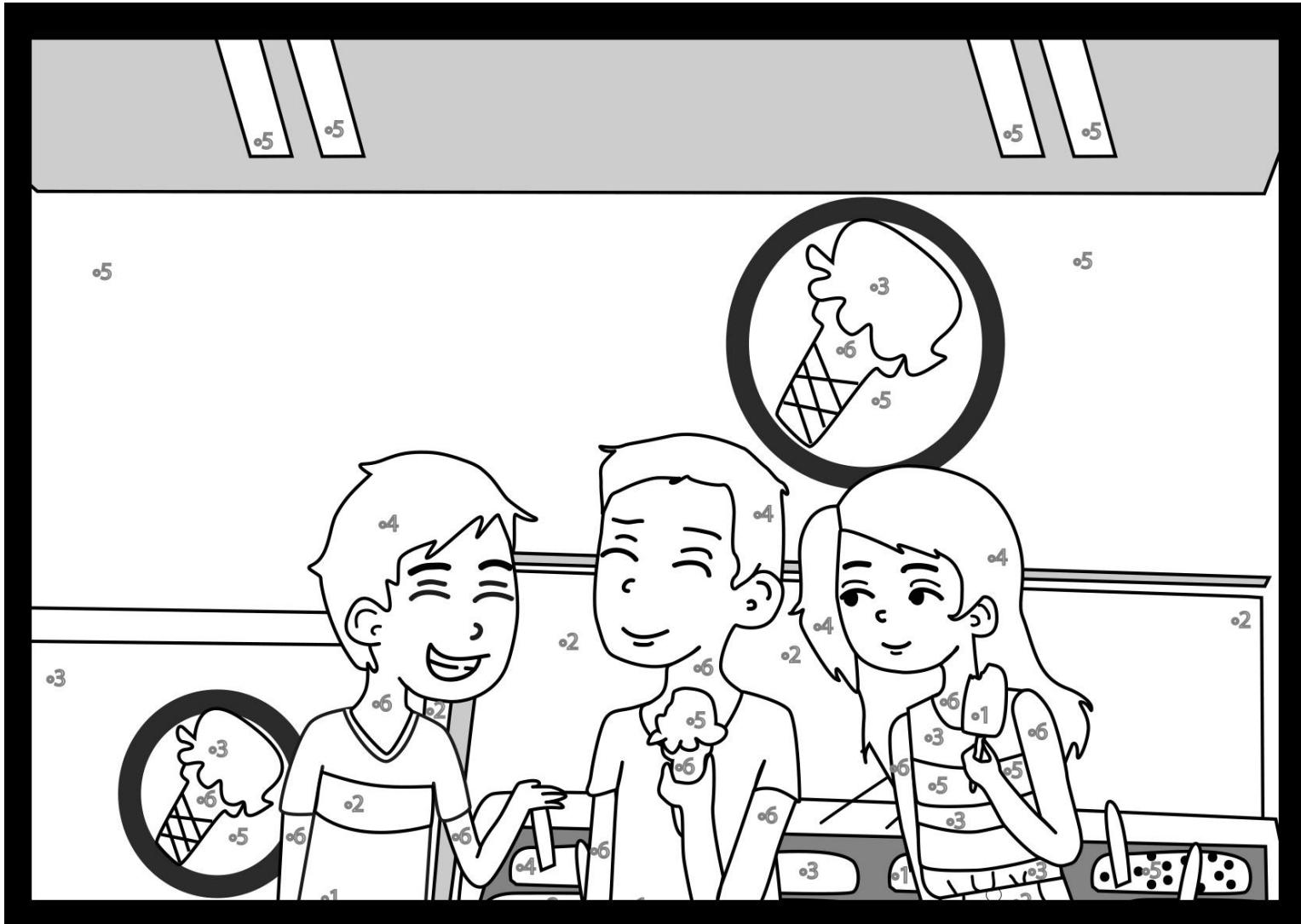
Salas (2016). Estrategias para el cambio cognitivo en niños sordos: el esquema A-B-C



Salas (2016). Estrategias para el cambio cognitivo en niños sordos: el esquema A-B-C



Salas (2016). Estrategias para el cambio cognitivo en niños sordos: el esquema A-B-C



Salas (2016). Estrategias para el cambio cognitivo en niños sordos: el esquema A-B-C