



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL  
ECUADOR  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**



**DECLARACIÓN y AUTORIZACIÓN**

Yo: **MARÍA JOSÉ VARGAS GALLARDO**, con C.I. 172154533-1, autora del trabajo de graduación intitulado: **“ANÁLISIS DEL ESTILO DE APEGO QUE SE EVIDENCIA EN LA INTERACCIÓN DE LA RELACIÓN MADRE E HIJO EN PERSONAS CON DEFICIENCIA AUDITIVA”**. Estudio realizado desde la psicología del yo en la ciudad de Quito en el periodo de mayo a septiembre 2016, previo a la obtención del título profesional de **PSICÓLOGA CLÍNICA**, en la Facultad de **Psicología**.

- 1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.
- 2.- Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la Biblioteca de la PUCE, el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad.

Quito, enero 2017

**MARÍA JOSÉ VARGAS GALLARDO**

**C.I. 172154533-1**



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR  
FACULTAD DE PSICOLOGIA

DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCION DEL TÍTULO DE  
PSICOLOGIA CLÍNICA

“ANÁLISIS DEL ESTILO DE APEGO QUE SE EVIDENCIA  
EN LA INTERACCIÓN DE LA RELACIÓN MADRE E HIJO  
EN PERSONAS CON DEFICIENCIA AUDITIVA”

Estudio realizado desde la psicología del yo en la Fundación “Vivir la Sordera” en la ciudad de Quito en el periodo de mayo a septiembre 2016.

NOMBRE  
MARÍA JOSÉ VARGAS GALLARDO

DIRECTORA: MGTR. CRISTINA ORBE NÁJERA

QUITO, 2016

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios por ser el camino y permitirme ser más para ser mejor.

A mis padres por tener la paciencia y el apoyo en mis decisiones.

A mi tutora Cris, quien supo guiarme y apoyarme con paciencia para llegar a la meta.

A la Fundación Vivir la Sordera, en especial a Elenita, por brindarme la apertura para poder realizar esta disertación y su apoyo en el transcurso de la misma.

Y a todos los que de una u otra manera hicieron posible esta investigación, mil gracias.

## **DEDICATORIA**

A Nico y Ale, es el comienzo de cosas maravillosas.

## TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN .....	5
INTRODUCCIÓN .....	6
CAPÍTULO 1 .....	9
FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA SOBRE EL APEGO .....	9
1.1. Definición de apego.....	9
1.2. Desarrollo del apego en los primeros tres años de vida .....	12
1.3. Tipos de apego.....	16
CAPÍTULO 2 .....	19
EL DESARROLLO DEL NIÑO CON DEFICIENCIA AUDITIVA .....	19
2.1 Desarrollo físico del niño.....	19
2.2 Desarrollo cognitivo del niño .....	26
2.3 Desarrollo del niño con discapacidad auditiva .....	30
CAPÍTULO 3 .....	38
ESTILOS DE APEGO EVIDENCIADOS EN PERSONAS CON DEFICIENCIA AUDITIVA .....	38
3.1 Población .....	38
3.2 Medición .....	40
3.3 Procedimiento .....	42
3.4 Análisis de resultados .....	44
CONCLUSIONES .....	54
RECOMENDACIONES .....	55
BIBLIOGRAFÍA .....	57
ANEXOS.....	60

## TABLA DE ILUSTRACIONES

Figura 1.....	43
Figura 2.....	44
Figura 3.....	50
Figura 4.....	52

## RESUMEN

La hipótesis de la presente tesis estipula que debido a la deficiencia auditiva que tienen los niños sordos, en su mayoría se evidenciará apegos de tipo inseguro o ambivalente, ya que la madre no podrá comunicarse o dar escucha a su propio hijo. Por lo que la presente investigación se basa en conocer la relación del vínculo de apego que puede tener una madre con su hijo. Se trabajó con cinco madres de entre 22 a 30 años de edad, con hijos de cinco años que se encuentren inscritos en primer año de básica y presentan el diagnóstico de deficiencia auditiva. La discapacidad torna vulnerable a cualquier ser humano, a menos que el sordo se empodere de su situación, la acepte y de esta manera se inserte con sus diferencias en una cultura. Se utilizó la Escala AQS: *attachment behavior Q-set* (Waters, 1995) en su adaptación latinoamericana (Posada, 1999); los indicadores que el test toma en consideración son la calidez de las interacciones con la madre, el placer en el contacto físico con la madre, la interacción con otros adultos y la búsqueda de la proximidad de la madre.

Los resultados obtenidos fueron los esperados en la mayoría de los casos, ya que no se logra la proximidad adecuada para crear el vínculo afectivo en la diada madre-hijo, el apego establecido hasta el momento de la aplicación del test reflejó un apego inseguro y ambivalente debido a la falta de comunicación oral. Se pudo que la madre presenta no solo ansiedad sino una desconexión momentánea con su hijo debido a la incapacidad de comunicarse a través de las palabras.

## INTRODUCCIÓN

La discapacidad auditiva se refiere a las personas con sordera total o moderada, y a la dificultad de la comunicación con su medio (Consejo Nacional de Igualdad de Discapacidades, 2013), dejando a la persona sorda como alguien que debe ser curado, es decir, que desde la medicina quien nace sordo necesita oír para encajar en la sociedad en la cual se va a desenvolver (Sánchez, 1990). Desde la psicología se ha podido constatar que es erróneo, se ha demostrado que los sordos que aprenden a hablar el idioma de la sociedad en la cual se ven inmersos desde el nacimiento, no necesariamente viven en las mejores condiciones, ya que no se presenta un total entendimiento, comprensión o adquisición de las herramientas necesarias para comunicarse y transmitir sentimientos, ideas y pensamientos (Sánchez, 1990).

El presente trabajo permitirá apreciar los diferentes tipos de apego que suceden en la relación que una madre o cuidador principal va a construir con su hijo sordo a partir de los diferentes tipos de comunicación que los niños desarrollan. Se han tratado temas sobre el apego en relación con violencia, uso de drogas, deficiencia académica, entre otras, pero no se han encontrado evidencias de estudios que trabajen el apego entre cuidador y niño con una discapacidad como es la deficiencia auditiva. Por lo cual se propone un análisis que evidencie el apego que surge de la relación madre e hijo en estas personas.

La comunidad de personas sordas ha creado su propio mundo en el cual existe un lenguaje y formas de comunicación que en ningún otro lugar se puede identificar de igual manera (Sánchez, 1990). Se ha podido constatar, en un pequeño intento de ingresar a la comunidad de sordos, en la manera de establecer una relación con otra persona, los lazos de comunidad se ven más reforzados y más sólidos que en las personas parlantes, ya que

usan el cuerpo para comunicarse y esto los convierte en más certeros al hablar (Díaz, 2005). Por lo que se cree que en la relación que se construye con la madre puede darse un lazo más fuerte o, por el contrario, crearse una brecha más amplia debido al lenguaje (Díaz, 2005).

Para el presente trabajo se cuenta con el apoyo de la Fundación “Vivir la Sordera”, la cual proveerá contacto directo con los casos de estudio para investigación con el fin de contribuir a la comunidad sorda a encontrar un espacio para promover su lugar como sujeto.

Si se asume que la familia es el núcleo de la sociedad, ya que será su primer contacto con el medio, se dirá que la madre o su representante es el primer gran maestro que el niño tendrá en la vida. De ella aprenderá actividades cotidianas como comer, caminar, hablar, etc., aprenderá a comunicarse con otros miembros de su familia o comunidad a la que pertenezca (Bowlby, 1998 ). Es decir que la comunicación se convierte en el medio por el cual el sujeto puede llegar a representarse. Si esta madre no dispone de la capacidad de enseñar a su hijo a comunicarse o de la disposición a entenderlo, se romperá o se creará una deficiencia en el vínculo con el niño. De cara a la existencia de una discapacidad física real que dificulte una comunicación verbal, será necesario buscar mecanismos que sostengan esta relación primaria tan necesaria y valiosa para la vida de una persona. La madre, como coprogenitora de un cuerpo embrionario, sentirá gusto y cariño por pensar en todo lo que su hijo pueda llegar a hacer, y al verse con una discapacidad en el mundo real, afrontará una pérdida profunda de la cual el recuperarse y disponer al niño en este mundo con un discurso de discapacidad o bien de otra cultura, la llevará a buscar herramientas para afrontar esta nueva realidad (Aulagnier, 2005;Díaz, 2005).

En el presente estudio se conocerá como es el desarrollo cognitivo, físico y emocional de un niño con deficiencia auditiva. Dejando de lado el resto de las discapacidades. No se tomará en cuenta ningún otro déficit, ya sea psicológico o físico, dentro del estudio.

### **Pregunta de investigación**

La pregunta que guiará ésta investigación será: ¿Qué estilos de apego se evidencian en la relación madre e hijo en personas con deficiencia auditiva?

### **Hipótesis**

Se cree que debido a la deficiencia auditiva que tienen los niños sordos, en su mayoría se evidenciarán apegos de tipo inseguro o ambivalente, ya que la madre no podrá comunicarse o dar escucha a su propio hijo

### **Objetivo general**

Se analizará los estilos de apego que se evidencian en la relación madre e hijo en personas con deficiencia auditiva.

### **Objetivos específicos**

Se buscará describir las concepciones teóricas y tipos de apego que existen para enmarcar este trabajo en una línea conceptual clara. Detallar cómo se configura el desarrollo general de un niño con deficiencia auditiva para encontrar similitudes y diferencias con un niño sin deficiencia. Analizar el tipo de relación que se puede evidenciar entre una madre y un hijo con deficiencia auditiva a partir de las causas estudiadas para ofrecer pautas de mejoras en la relación.

## **CAPÍTULO 1**

### **FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA SOBRE EL APEGO**

Para esta investigación se considerará a la Psicología del yo como teoría de base, considerando como autores más representativos a John Bowlby y Mary Ainsworth, dado su extenso trabajo relacionado con los estilos de apego.

Se recurrirá a textos en los cuales se ha trabajado el desarrollo psicomotriz y afectivo del niño y en cada etapa conocer cómo evoluciona con deficiencia auditiva. También se trabajará con textos técnicos sobre la adquisición del lenguaje, ya que esto será un pilar fundamental para describir el vínculo que unirá al niño que tiene una deficiencia auditiva con su madre.

#### **1.1. Definición de apego**

Para Bowlby (1998) surge una pregunta hacia la psicopatología de los niños ya que se habían realizado amplios estudios sobre las perturbaciones de la psique en adultos y mujeres, por lo cual comienza a utilizar la clínica como punto de referencia frente a lo que sucede con los niños alrededor del mundo. Se utiliza como base de estudio sobre la psicopatología en primates menores y con niños que han sido alejados de su hogar a temprana edad (Bowlby, 1998). El mayor malestar que se encontró es cómo mantener una relación cálida, íntima y continua, entre el niño y su figura de cuidado o la madre, velando por la salud mental y satisfacción de los mismos (Bowlby, 1998). Esto es debido a que el cuidador se convertirá en la base segura del niño, dando paso a un vínculo de apego seguro en el cual el niño tendrá las mejores oportunidades de desarrollo.

Según Bowlby (1998) apego es el “vínculo que une al niño con su madre producto de la actividad de una serie de sistemas de conducta, cuya consecuencia previsible es

aproximarse a la madre” (Bowlby, 1998, pág. 248). Los sistemas de conducta que la figura materna proporciona en un primer momento, son la satisfacción de necesidades biológicas como obtener alimento, calor, cariño, entre otras, permitiendo aprender que esta figura es su fuente de gratificación. Los bebés instintivamente succionan el pecho, y poco a poco aprenden que el pecho le pertenece a la madre llevándolo a un apego hacia la misma (Bowlby, 1998).

Por “figura materna” se entenderá aquella persona por la cual el niño exprese esta conducta de apego, sea su madre biológica o una persona que se encargue de los cuidados hacia el niño y éste lo reconozca como tal (Bowlby, 1998). Frente a la figura de apego se encuentran dos variables claves. La primera, hace referencia a la presencia, definiéndola como de fácil accesibilidad para el infante. Y la segunda, de ausencia de la figura de apego siendo esta la falta de accesibilidad (Bowlby, 1998). Estas variables funcionarán dentro del apego siempre y cuando la accesibilidad a las necesidades no sea solamente física, sino emocional, en referencia a que la madre del niño puede estar presente la mayor parte del tiempo pero no tener una conexión emocional lo cual la llevaría a no responder a los deseos infantiles (Bowlby, 1998).

El vínculo que se creará, entre el niño y la madre, dependerá esencialmente de la conducta y su función. Esto hace referencia a la causalidad que se le atribuye a una conducta y cómo la madre va a crear y especificar la funcionalidad de la misma permitiendo una comprensión y un medio de supervivencia (Bowlby, 1998). En un ejemplo se conoce que la madre da el alimento a través de la succión del pecho, creando una conducta específica de alimentarse. Cuando la madre sustituye el pecho por un chupón, ha cambiado la funcionalidad de succionar por un objeto que no proporciona alimento alguno. Es decir, la conducta de alimento que el niño ha aprendido es cambiada

por otra que le brindará satisfacción más no alimento, dejando entender así la proximidad que puede tener con la madre (Bowlby, 1998).

Al ser la madre vital para la supervivencia del niño, ésta deberá proporcionar un “maternaje”, que puede definirse como la conducta en la cual se procurará un acercamiento físico y emocional con el niño, abriendo paso a la conducta de apego (Bowlby, 1998). Este tipo de protección es importante ya que la madre podrá reconocer si el niño tiene alguna molestia o se encuentra en peligro para entrar en acción (Bowlby, 1998). Al ser la figura de apego quien provee los cuidados necesarios para un desarrollo adecuado del niño, surge un equilibrio dinámico en la relación madre-hijo, de modo que se crean límites estables dentro de la conducta de apego del niño y la conducta de atención de la madre. Al tener límites estables, la madre puede encargarse de otras responsabilidades, como las tareas del hogar o el cuidado de otros hijos, sin descuidar o romper del todo el lazo que ha creado con el niño, permitiendo la manifestación de la conducta exploratoria, en la cual el niño se admite mirar o conocer nuevos objetos con la finalidad de familiarizarse con ellos (Bowlby, 1998). La exploración puede ser alarmante como placentera, ya que el acercamiento a nuevas situaciones u objetos debe ser retroalimentado por la madre. Este equilibrio madre-hijo en consonancia con el apego consolidan la interacción entre ambos, sea así feliz o no, causará placer por la compañía y se verá reflejado en intensas muestras de amor (Bowlby, 1998).

Los complejos sistemas de conducta que se relacionan con el apego se desarrollan gracias a un ambiente familiar corriente en el que se crían la mayoría de infantes, tales sistemas surgen y evolucionan de manera comparativamente estable (Bowlby, 1998). En determinada etapa de desarrollo de la conducta de apego, la proximidad con la madre se vuelve una meta prefijada ya que esto colaborará en la estructuración del niño (Bowlby, 1998).

Debido al ambiente y a la sociedad en la cual el niño debe desarrollarse, no existirá este mundo ideal en donde se encuentra solo con su madre, si no que se encuentra con muchas otras personas que los rodean y permiten que la conducta de apego se afiance entre ellos. Esto se da ya que pueden existir otras personas cercanas importantes en la vida del niño, que posteriormente se podrán consolidar como nuevas figuras de apego que en primera instancia no recibirán la misma atención que lo hará la madre. Esto ayudará al niño a conocer diferentes pautas de conducta social (Bowlby, 1998).

Al ser la madre quien da paso a las conductas de apego, existe una problemática frente a la psique de la propia madre. Ya que, es ella quien primero deberá sufrir y asumir un duelo frente a su hijo (Aulagnier, 2005). . El proceso de duelo de la madre concluye cuando ella es capaz de reconocer a su hijo como un cuerpo sexuado y autónomo, permitiéndole así crear una historia de vida (Elizalde, 2005). La madre se encuentra con un niño fuera del vientre con características genéticas, las cuales no son aquellas que ha imaginado, por lo que es un hijo que no cumple sus expectativas, originando el proceso de duelo. Durante este proceso, ella buscará un acercamiento físico y emocional atravesando por procesos identificatorios en donde se construye el yo del niño, sus ideales y a través de la cual le da sentido a su vida (Elizalde, 2005). Es decir que solo a través de la madre y su decir sobre el niño, llegará a encontrar sensaciones placenteras o displacenteras y a pertenecer a la cultura

### **Desarrollo del apego en los primeros tres años de vida**

Los tres primeros años de vida son un periodo en el cual la conducta de apego es más evidente y se demuestra que tal conducta varía notablemente en forma, intensidad y activación (Bowlby, 1998). Se puede observar fácilmente cómo un niño busca explorar su ambiente y aparentemente se pierde del campo visual de la madre para regresar a él

con una victoria sobre algún objeto nuevo que ha encontrado y le ha parecido placentero (Bowlby, 1998). Pero también se encuentra en esa misma etapa al niño que se muestra lloroso y mimoso para quedarse junto a su madre por el mayor tiempo posible. Esto sucede en pequeñas etapas durante el crecimiento del niño.

Son muchas las condiciones que activan la conducta de apego. La variación de la intensidad de apego dependerá sin duda del contacto que pueda proporcionar la madre. Es decir que cuando la intensidad de apego es extremadamente alta el alejamiento servirá para interrumpirlos, y cuando la intensidad es menor la interrupción puede darse solo con verla u oírla (Bowlby, 1998). La causalidad de la variación de intensidad de apego se puede deber a ciertas circunstancias especiales, que no se deben volverse conocidas hablando de un desarrollo óptimo. Las circunstancias que se encuentran muy directas con el niño pueden ser hambre, fatiga, dolor, frío, o encontrarse enfermo. Mientras, que las circunstancias que provocarán intensidad de apego debido al paradero o conducta de la madre pueden ser la ausencia, la marcha o la no proximidad con ella. Y condiciones ambientales pueden ser hechos maltratantes o rechazo de un tercero (Bowlby, 1998).

El apego comienza su desarrollo mediante señales y va evolucionando como resultado previsible del aumento de proximidad madre-hijo. Las señales son identificables y complementarias a otro tipo de conductas. Una de las señales más fáciles de identificar es el llanto, ya que la madre será capaz de reconocer las diferentes modulaciones de éste, sea por hambre, dolor o un método para llamar la atención (Bowlby, 1998). La sonrisa y el balbuceo también funcionan como señales para la madre, estas afectan su conducta desde transcurridas cuatro semanas del nacimiento, no así el llanto, éste afecta desde el primer instante en que la madre lo escucha en diferente intensidad. La sonrisa y el balbuceo se vuelven recíprocos, entre la madre y el hijo, ya que si el niño balbucea la madre le responderá en señal de regocijo ante la presencia del otro y el efecto de esta

comunicación será replicarla a terceros. La sonrisa del bebé afecta a la madre como recompensa y le proporciona al niño en su actividad de cuidado, asemejándose a una expresión de amor eterno (Bowlby, 1998).

En la consecución de este capítulo se hablará de cómo el niño y las diferentes etapas de crecimiento permiten que las conductas sean antesala de la construcción del apego y la réplica que este va a tener durante la vida del sujeto.

Después del nacimiento y durante las primeras ocho semanas el bebé tendrá una discriminación limitada de la figura, basándose solamente en orientación y pocas señales. A tan corta edad el bebé podrá identificar y distinguir a las personas que lo rodean solamente de forma auditiva y olfativa. La conducta del bebé hacia personas que conoce será mover su cabeza o los ojos en señal de respuesta. Tendrá reflejos de agarrar y sonreír, como muestra de los instintos primitivos que el ser humano tiene. El bebé suele dejar de llorar al escuchar una voz familiar. Estos reflejos crecen con las personas que compartan una gran cantidad de tiempo con el bebé. Si las condiciones son desfavorables, el tiempo puede alargarse a un aproximado de doce semanas, a partir de la cual existirá un aumento en la intensidad de respuestas amistosas (Bowlby, 1998).

La intensidad de respuestas amistosas que se observan en la doceava semana, comenzarán cuando se discrimine a una o más figuras. Esto no será tan evidente en un principio ya que las señales que proporciona el bebé las diferenciará la madre mientras se crea la conducta de apego. Mientras las semanas pasan y se mantiene proximidad con la figura que el bebé ha discriminado, comenzará a descartar a las otras figuras y la respuesta amistosa disminuirá. Tratará con mayor cautela a las personas extrañas ya que provocan alarma y se producirá la búsqueda de la figura discriminada. Es en este momento en el cual se hará evidente el apego, es decir la madre será la única que calmará la alarma del bebé. Las conductas más evidentes son seguir a la madre cuando esta se marcha, el saludo

a su regreso y la elección de la madre como base para explorar. Esta fase suele durar hasta el año aproximadamente, pero puede prolongarse hasta el tercer año de vida (Bowlby, 1998 ).

Se han encontrado más visibles para cualquier espectador las siguientes pautas de conducta dirigidas de modo diferenciado. Hacia la quinta semana de vida, el bebé vocaliza con mayor frecuencia y espontaneidad hacia la madre que hacia algún tercero. De igual manera sucede con el llanto diferenciado hacia la marcha de la madre, el bebé se pondrá a llorar si la madre sale de la habitación más no si un tercero sale de ella. A las diez semanas el bebé sonreirá con mayor frecuencia, amplitud y espontaneidad al ver a la madre que a otra persona. A las dieciocho semanas, si el bebé es cargado por un tercero se verá lleno de tensión y buscará a la madre y su postura será hacia ella. A las veintidós semanas, se podrá observar que hay un saludo diferenciado hacia la madre, este puede ir desde aplausos o mimos y besos. A las veintidós semanas, el niño trepa, explora y juega con su madre más de lo que hace con cualquier persona. Cuando comienzan las veintiocho semanas, el bebé suele gatear hacia la madre como parte de una aproximación diferenciada de terceros. También, curiosamente el niño solo ocultará la cara en la madre ante cualquier señal extraña. A esta edad usará a su madre como base de exploración, siendo así que el bebé se aleja y regresa a ella. A partir de la treintava semana, el bebé adopta un criterio diferenciado de seguir a la madre cada vez que esta abandona una habitación. Desde la semana treinta y dos, cuando se siente alarmado, el bebé huye tan rápido como pueda hacia la madre y no hacia terceros. A partir del primer año, se observa que cuando el niño se siente cansado, hambriento o adolorido buscará que la madre que lo calme (Bowlby, 1998 ).

Desde el tercer año de vida aproximadamente, el bebé va a concebir a la madre como un objeto independiente que tiene más conductas que el bebé no controla. Es cuando la

imagen que tenía del mundo se vuelve más compleja y la relación con la madre también. De tal forma que su conducta se vuelve flexible y busque comprender las acciones y los sentimientos que la madre tenga (Bowlby, 1998 ).

## **1.2. Tipos de apego**

Luego de trabajar con niños en varias condiciones Ainsworth (1978) describió tres tipos de apego.

### **Apego seguro**

Ainsworth (1978) creía que los niños que se encuentran en este grupo, apego seguro, presentan un patrón saludable en sus conductas de apego, ya que estos infantes usan a su madre como base segura de exploración. Las madres al estar disponibles mostrando afectividad y respuesta a las llamadas del bebé, obtienen confianza de los niños y ellos utiliza a la madre como protección al explorar (Ainsworth, 1978). Es decir la figura de apego experimenta preocupación sincera por el cuidado de su bebé, siendo capaz de reconocer y satisfacer las necesidades del niño sin ser invasivos o demasiado despreocupados (Barroso, 2014). El niño mostrará deseo e iniciativa en el inicio y mantenimiento del contacto con su madre, encontrando un equilibrio entre la relación madre e hijo en la expresión de afecto y la búsqueda de nuevas exploraciones y aprendizajes (Barroso, 2014). Los infantes que se encuentran en este grupo al año de edad o en etapas posteriores son más cooperadores, expresan afectos positivos, comportamientos menos agresivos (Repetur, 2005). Mientras que cuando sean adultos podrán identificar si alguien les hace daño y alejarse, contarán con seguridad propia, buscarán apoyo y consuelo, y se expresarán con sentimientos positivos ante sus relaciones interpersonales (Barroso, 2014).

### **Apego ansioso evitativo**

Este grupo de niños tiene dificultades emocionales debido a una separación dolorosa con la madre, es decir la figura de apego resulta rígida o inflexible, y esta hostilidad hace a la madre no accesible a las necesidades del bebé o a las manifestaciones socio-afectivas (Barroso, 2014), convirtiendo a los niños en más independientes ya que su figura de apoyo en algún momento de la crianza se mostró insensible a las peticiones del niño y rechazante (Ainsworth, 1978). También, se conoce que el niño se vuelve inseguro respecto al vínculo con la madre y su ansiedad se muestra elevada cuando ella se encuentra en presencia del niño. Esta reacción defensiva surge a raíz de que el niño evita no sufrir más decepciones y frustraciones, adopta una postura de indiferencia (Oliva, 2004). Los niños pertenecientes a este grupo han aprendido a evitar ser rechazados y al menos a sentir cierta seguridad y no expresar sus necesidades, incluso cuando la madre se acerca el niño hace todo lo posible para no acceder a ella (Barroso, 2014).

### **Apego ansioso ambivalente**

La madre, de este grupo de infantes, se muestra de forma inconstante. Algunas veces está disponible para la atención del niño siendo cálida y sensible, y otras se muestra rechazante (Oliva, 2004). Esto lleva a la inseguridad sobre la disponibilidad de la madre, dejando ver niños más llorones, irritables y ambivalentes (Ainsworth, 1978). Los infantes tienden a exagerar el afecto para asegurarse la atención (Eyras, 2007). También el niño encuentra a una figura que es cálida y fría en cuanto a sus respuestas, es decir que no sabe si recibirá atención o será rechazado. Esta inconsistencia crea sentimientos de ambivalencia en el niño, generando angustia, la cual deriva en una profunda hipersensibilidad y buscará la interacción con la madre de formas en que reciba atención, sean caricias o llanto (Barroso, 2014). Los infantes, de este grupo manifiestan falta de autonomía y como estrategia para conseguir la atención deseada llegan a la dependencia de la figura de apego (Oliva, 2004). También se convertirán en adultos que a pesar de

encontrarse con sus seres queridos sentirán un inmenso miedo de rechazo y cuando este se cumple sentirá una percepción desmedida de abandono, es decir experimentan hipersensibilidad ante las emociones negativas e intensificados niveles de angustia (Barroso, 2014).

Para que el niño establezca una conducta de apego se debe tomar en cuenta la predisposición materna para acoger y enseñar al niño, así que las pautas de apego se convierten en una amplia gama de interacciones que resultan de la intensidad de la relación entre madre e hijo (Bowlby, 1998 ). En conclusión, el vínculo de apego es producto de la actividad de una serie de sistemas de conducta, en la cual se procurará un acercamiento físico y emocional con el niño (Bowlby,1998). Para comprender al niño y la deficiencia auditiva se trabajará el siguiente capítulo sobre el desarrollo de un niño “normal” y la diferencia del niño con sordera o hipoacusia.

## **CAPÍTULO 2**

### **EL DESARROLLO DEL NIÑO CON DEFICIENCIA AUDITIVA**

Cuando se toma en cuenta el término discapacidad o déficit, no se está considerando la totalidad de lo que se intenta mencionar. Es así que en el Ecuador todavía existe miedo de llamar a un sordo por lo que es, es decir: sordo. La perspectiva que se utiliza sobre la discapacidad auditiva es que se necesita crear herramientas para superar la deficiencia (Sánchez, 1990).

#### **2.1 Desarrollo físico del niño**

Existe un proceso biológico por el cual un organismo experimenta una serie de cambios morfológicos y funcionales hasta llegar a un estado adulto. Según MenghELLO (1997) en el ser humano se da el crecimiento y la maduración, que si bien no son el mismo proceso, van de la mano y se caracterizan por tener una temporalidad determinada por la genética de cada individuo. El aumento de tamaño de cada célula individual y progresiva se denomina crecimiento, así como el ordenamiento, organización y capacidad funcional de estas células se denomina maduración o desarrollo por lo que existe una estrecha relación en la normalidad del crecimiento y buen estado de salud.

Las variables que se utilizan tradicionalmente son el peso y la estatura del niño, además suelen agregarse mediciones básicas de crecimiento de segmentos, órganos o tejidos. Una de las mediciones más importantes que se suele realizar es la del perímetro cefálico que da cuenta del desarrollo cerebral, el mismo que hacia los 6 años de vida habrá alcanzado aproximadamente el 90 % de su tamaño (MenghELLO, 1997). Después del décimo mes de vida, en términos de velocidad de crecimiento el cerebro presenta una desaceleración constante, sin significar que deja de desarrollarse.

El desarrollo del niño se medirá por los logros o nuevos modos de conducta alcanzados en un tiempo significativo, buscando el análisis funcional en edades claves puede ayudar a detectar alteraciones y encontrar el tratamiento adecuado para el mismo (Menghello, 1997). Existen periodos críticos en la vida de los individuos en los cuales deben adquirir un crecimiento y desarrollo óptimo, si ha pasado este tiempo ciertas facultades decrecen la posibilidad de ser alcanzadas (Menghello, 1997). Este periodo crítico es el tiempo en que la acción de un estímulo o condición específica es requerida para el desarrollo normal (Erzurumlu, 2010). Contrastando con el periodo sensible, el cual se refiere a que no se puede limitar el aprendizaje a una edad concreta sino que la limitación dependerá de los estímulos necesarios para el desarrollo neural (Bruer, 1999), es decir, que mediante un proceso continuo de enseñanza será posible incorporar nuevas habilidades, ya que existe una capacidad adaptativa del sistema nervioso llamado neuroplasticidad (Erzurumlu, 2010). Un ejemplo claro es que no existe límites en cuanto al potencial del cerebro para aprender matemáticas, si no lo hace a los seis años el niño lo hará a los siete, ocho o nueve, pero no será así con gatear, caminar o hablar (Tokuhama, 2011).

### **0 -1 mes**

El comportamiento que se observa en un recién nacido es muy limitado ya que manifiesta actividades de tipo reflejo como son: la succión, deglución, llanto, entre otras (Flavell, 1987). Esta etapa se caracteriza por un comportamiento sensorio motor elemental y el contacto con el ambiente estimulará al recién nacido al desarrollo. Claro está que el desarrollo físico en este mes de vida se enmarcara en la somnolencia y la irritabilidad (Anrango, 2002). No tiene mucha tonalidad muscular por lo que no moverá su cuerpo ni intentará tener la cabeza erguida, pero en cuanto a la utilización de los

sentidos saber reconocer olores, calor y frío, y discriminar la frecuencia, tono y ritmo de los sonidos de manera en que reacciona a la voz humana (Anrango, 2002).

#### **1-4 meses**

El inicio de esta etapa se encuentra en el cambio de reflejos natos a pequeñas percepciones del recién nacido (Flavell, 1987). En el desarrollo físico se encuentra un bebé más activo y con un mejor control sobre los movimientos ya que durante los cuatro primeros meses los movimientos reflejos desaparecerán y la exploración de sus propios movimientos se convertirá en una de las características más importantes para comenzar a realizar actividades más complejas (Anrango, 2002). Se manifiesta en el niño la succión como inicio de placer y no solo amamantamiento, es decir, se lo ve chuparse el dedo. El infante debe ser capaz de jugar con su lengua y sus labios. Debe tener reflejo de succión cuando se lo coloca en posición horizontal y en brazos (Flavell, 1987). El infante será capaz de mantenerse boca abajo y sostenerse con los codos, pedalea cuando está boca arriba y sigue el movimiento de sus pies (Anrango, 2002). Su cuello podrá hacer movimientos más libres y dirigir su atención, también tendrá fortalecidos los músculos del pecho, tronco y estómago para girar cuando se encuentra boca arriba (Anrango, 2002). No podrá sostener objetos ya que el reflejo de prensa no ha desaparecido totalmente, aun así moverá pies y manos para intentar alcanzar toda clase de objetos (Anrango, 2002). Respecto a la visión del infante al ser una etapa refleja se requiere que los objetos sean asimilados no al esquema visual sino a una red de esquemas recíprocamente coordinados (Flavell, 1987). Es decir, el objeto en cuestión necesita un referente subjetivo que el bebé va a adquirir conforme sus experiencias. En este desarrollo físico, el niño observa detenidamente y puede enfocar sus ojos a la distancia (Anrango, 2002). El interés sobre un objeto lo anima a voltear cabeza y ojos simultáneamente. La audición del recién nacido estará llegando a su desarrollo completo, en el cual se irá modulando debido a la presencia

de diferenciación gradual de reacciones a los sonidos externos, prestará atención a los sonidos dependiendo de su intensidad y el alcance visual que tenga (Flavell, 1987). En este periodo de vida existirá una diferenciación respecto a la presión que realice el neonato en los objetos, es así que podrá mantener un contacto visual de sus propias manos mientras está siendo alimentado. El bebé emitirá sonidos al escuchar la voz de un adulto, se encuentra interesado en imitar varios tonos y hacer nuevos sonidos (Anrango, 2002). Al final de esta etapa, tendrá más control sobre sus esquemas visuales y sensorio motores (Flavell, 1987).

#### **4-8 meses**

Mientras el niño crece, su desarrollo físico se convierte en algo más notorio ya que el inicio de esta etapa se caracteriza por la repetición de adaptaciones casuales, es decir, que las adaptaciones no son anticipadas por el infante y las conoce por “casualidad”. Mientras el niño continúa su desarrollo pasa de hacer actividades que le parecen atractivas, a hacerlas por la reacción que tiene el medio ante ellas (Flavell, 1987). El infante en un principio mueve la sonaja porque le gusta el sonido que está creando, mientras que avanza tirará la sonaja porque la madre o alguien a su alrededor se la devuelve, dándole la atención que el niño buscaba. Al comenzar la exploración del mundo exterior el niño alcanza una intencionalidad en sus acciones (Flavell, 1987). Según Anrango (2002) el mayor logro en el desarrollo físico en esta etapa es llegar a sentarse firmemente, también el bebé es capaz de soportar su peso cuando se lo pone de pie y con ayuda puede dar pequeños saltos, vuelve la cabeza buscando objetos que han desaparecido de su campo visual o con fuente de sonido agradable, y comenzará a ponerse a gatas para tratar de desplazarse. Reaccionará con emotividad ante su imagen en el espejo o al ver niños de su edad. Al quinto mes el niño comenzará a repetir sonidos con las vocales y consonantes b, d, l, m y a partir del sexto mes utilizará expresiones monosílabas

como ma, mu, da, la, mamá, papá sin darles significado alguno (Anrango, 2002). En cuanto al desarrollo auditivo el niño puede localizar sonidos y disfrutar de juguetes que suenen (Anrango, 2002). Al final de esta etapa el niño debe ser capaz de darse la vuelta solo, ponerse de pie con ayuda, sentarse solo, procuran objetos, imitan sonidos del habla, se vuelve a la voz, es tímido con extraños y es capaz de jugar (Frankenburg, 1967).

### **8-12 meses**

El niño muestra libre movilidad, plasticidad y versatilidad en el funcionamiento cognoscitivo, uso de signos y lenguaje volviéndose más sociable (Flavell, 1987). El desarrollo físico en este periodo está predominado por la marcha, ya que el infante podrá gatear o movilizarse mientras se le dé la oportunidad (Anrango, 2002). Aprende a subir gradas pequeñas, a sostenerse en una mano mientras gatea y girar sin detenerse. Sus movimientos comienzan a ser más finos: inserta cosas en agujeros, rueda objetos circulares o cilíndricos, utiliza el dedo índice para señalar, toma y manipula objetos con ambas manos, utiliza objetos para atraer otros, abre cajas y las vacía, saca llaves de la cerradura, aumenta sus conductas de imitación, se pone de pie con ayuda (Anrango, 2002). Al inicio del onceavo mes el infante es capaz de ponerse de pie solo, impulsándose con sus rodillas o con las palmas de sus manos, puede agacharse sin caerse, sube y baja gradas, y ha superado la capacidad de pasar a través de obstáculos (Anrango, 2002). En esta etapa es normal que el niño comience a caminar solo, dependiendo de la estimulación adecuada; para cuando termine este periodo podrá dar paseos sin ningún ayuda (Anrango, 2002). En cuanto al desarrollo del lenguaje, el niño comenzará a llamar a mamá y papá como nombres específicos, sigue órdenes simples como “levanta las manos”, puede distinguir objetos cuando un adulto los nombra como “carro” (Anrango, 2002). En el desarrollo auditivo surgirán ciertos miedos a aparatos o ruidos muy fuertes, que desaparecerán con una explicación sobre los mismos (Anrango, 2002). Esta es una etapa

en la cual se puede anticipar el deseo del niño y la intencionalidad de sus acciones (Flavell, 1987). También es capaz de reconocer sus propias necesidades y al final de esta etapa comprenderá oraciones cortas de tres o menos palabras (Frankenburg, 1967).

### **12-18 meses**

En este periodo existe un gran desafío motor, ya que caminar es un juego en cual se ven envuelto el equilibrio, la coordinación y la independencia (Anrango, 2002) convirtiendo al niño en un explorador de su ambiente y, al mismo tiempo, se afianzará sus conocimientos al encontrar e investigar nuevos objetos (Flavell, 1987). Con su naciente autonomía el pequeño comenzará a ayudar a vestirse, intentará con botones y ojales, a abotonarse o desabotonarse, se quitará zapatos y medias, llevará por imitación el teléfono al oído, el cepillo a la cabeza o la cuchara a la boca aunque sin éxito de alimentarse, toma de tazas, se interesa por saber cómo son las cosas, de dónde suenan y qué se puede hacer con ellas (Anrango, 2002). El desarrollo físico del niño se vuelve una experimentación activa en la cual se lo ve muy animado por correr, trepar, agacharse, lanzar la pelota, rasgar, garabatear, abrir cajones, sacar objetos de su sitio, arrastrar o empujar cosas, zapatear, abrir y cerrar puertas, entre otras (Anrango, 2002). En el desarrollo del lenguaje durante esta etapa el niño aprenderá palabras más concretas y sobre objetos que se encuentren a su alcance, los adultos a su alrededor comprenderán el nuevo vocabulario que el niño creará para comunicarse, es así que si dice “nana” se podrá referir a la abuela, a una niña, o la cuchara dejando ver sus primeros intentos de comunicarse como un niño grande (Anrango, 2002). También se puede observar en esta etapa que las órdenes claras y concretas se cumplirán, y existirá una diferenciación clara entre el “sí” y el “no”, tanto como el niño lo use o le sea dicho (Anrango, 2002). En el desarrollo visual del infante existirá mejor memoria visual a largo plazo, es decir podrá encontrar objetos en una habitación en la que ya había estado (Anrango, 2002). Como

desarrollo auditivo en esta etapa el niño repetirá sonidos que hacen los objetos o los animales, como una vaca hace “mu” o un tren hace “chu-chu” (Anrango, 2002).

### **18 meses en adelante**

Ahora el desarrollo del niño irá avanzando conforme sus necesidades de explorar el mundo se vayan ampliando, es así que con el método de ensayo y error el infante logrará sus metas (Flavell, 1987). En esta etapa el niño seguirá afinando su motricidad, comenzará a hacer actividades por sí solo, se volverá sociable y buscará personas con quien jugar, el crecimiento seguirá siendo paulatino pero constante (Frankenburg, 1967). Si bien en esta etapa el niño tendrá un lenguaje muy limitado, existirá un sistema de signos que mostrarán los avances en la interacción y comunicación para expresar sus necesidades (Anrango, 2002). El juego es una parte importante para el desarrollo, la cual debe estimularse ya que contribuye con el desarrollo de la imaginación y de la creatividad (Anrango, 2002). El juego y la imitación son un paso de la asimilación y de la acomodación sensoriomotora que constituyen los comienzos de la representación (Piaget, 1982). De igual manera uno, de los objetivos primordiales en esta etapa será el control de esfínteres, ya que existe un desarrollo neuromotor adecuado (Anrango, 2002), y así seguirán aumentando las habilidades que caracterizan a un niño por su edad o su desarrollo físico.

Para medir los logros físicos y sociocognitivos que el niño va alcanzando en su desarrollo y crecimiento, la prueba estándar que se utiliza a nivel mundial es el Denver (1967) (citado en Menghello, 1997) ya que es muy fácil su aplicación, es necesario pocos insumos para llevarlo a cabo y una persona con poco entrenamiento es capaz de administrar el test y producir un resultado válido para la pediatría y la psicología.

## **2.2 Desarrollo cognitivo del niño**

Para el presente estudio, se utilizará el término cognición en la medida en la que la interpretación, representación y formación de modelos de la realidad forman parte de una dinámica que deviene de la internalización del sujeto y de la biología del mismo (Rodríguez, 2010). Es decir, no solo se tomará en cuenta el conocimiento y aprendizaje mediante reacciones químicas que se producirán en el cerebro, sino también la aparición de formas de conducta que son el resultado de intercambios del organismo y el medio interno y externo (Spitz, 1991).

La sobrevivencia del niño, después del nacimiento, dependerá enteramente de la persona que se encargue de su cuidado y ésta no solo será una supervivencia física, sino psicológica (Spitz, 1991). Es decir, el infante dedicará la mayor parte de su primer año de desarrollo a encontrar mecanismos y elaborar dispositivos de adaptación para la sobrevivencia. El bebé formará con su madre una “diada”, la cual es el resultado de una relación complementaria donde ella compensa las carencias del niño (Spitz, 1991). A lo largo del año el bebé se diferenciará de la madre. La estructura psíquica del hijo es fundamentalmente distinta a la de la madre, el desarrollo provocará la identificación de y complementariedad de sus personalidades. Según Spitz (1991) el concepto psicoanalítico del objeto libidinal, varía a lo largo de la vida ya que es una condición inherente a la maduración y diferenciación progresiva del niño, este concepto se encuentra en un orden diferente, al no ser constante ni idéntico a sí mismo, no se le puede caracterizar con coordenadas espaciales y temporales sino en términos de la historia personal. Esto difiere del objeto psicoanalítico ya que son relaciones entre un objeto y un sujeto, pero al mencionar al neonato que se refiere a un estado indiferenciado por lo tanto se hablará de la construcción de la psique desarrollando progresivamente parte del objeto libidinal (Spitz, 1991).

## **Etapa preobjetal**

Según Spitz (1991) la primera etapa del neonato se denomina “no diferenciada”, ya que las funciones del recién nacido no están suficientemente organizadas, exceptuando aquellas que se encargan de la supervivencia como la respiración, el metabolismo, la circulación y otras parecidas. Es decir que el recién nacido no puede distinguir una cosa de otra, no conoce la extensión de su cuerpo y percibe al pecho materno como parte de sí mismo. Esto sucederá durante el primer mes de vida, es así que ni si quiera conocerá las necesidades que él mismo tiene. Los estímulos que el neonato tomará en cuenta son los que irrumpen esta barrera de placer y desconocimiento con violencia y desagrado (Spitz, 1991).

El recién nacido no tiene imagen alguna del mundo, por lo que deberá mediante la estimulación sensorial comenzar a aprenderlo. Esta tarea conlleva el transformar estímulos en huellas mnémicas y así poder acceder a ellas durante el resto de la construcción psíquica y física de su vida. Las capacidades que transforman el mundo en experiencias significativas se construirán conforme el niño las vivencias. La primera es una barrera a la sobre estimulación que el neonato puede recibir, esto se desarrolla gradualmente durante muchos meses pero al principio tiene esta capacidad de dormir. La segunda, también tardará en desarrollarse y es de dotar significados a las imágenes. La tercera se deberá al ambiente, dejando que la madre sea la que regule las imágenes que el niño tenga. La cuarta, también se verá provista por la madre ya que será la que dotará al niño de calor de ser necesario, alimento, vestimenta, limpieza, entre otras. La última capacidad que el neonato debe experimentar es la de fomentar la reciprocidad con la madre proveyéndolo de señales significativas en su aparato sensorial (Spitz, 1991).

Hacia el principio del segundo mes el neonato empieza a percibir visualmente al adulto que se acerca. El ser humano aparece en el campo visual del infante siempre que busque satisfacer sus necesidades, pero al ser la hora del alimento en el que la madre toma atención explícita y el infante devuelve la mirada se convierte el rostro en huella mnémica como señal de la primera presencia satisfactor de necesidades y el niño seguirá los movimientos de esta señal (Spitz, 1991).

### **Etapa precursor del objeto**

Al comienzo del segundo mes de vida el rostro humano se vuelve claramente distinguible de entre todas las otras cosas; el niño le dedica atención prolongada. Una parte de la evolución psicosocial del bebé se muestra al tercer mes de vida cuando existe el reconocimiento por lo que será capaz de responder al rostro con una sonrisa, la misma que será la primera conducta dirigida e intencional del infante (Spitz, 1991). Después de algunos experimentos, Spitz (1991) identifica en el infante de tres meses que lo que reconoce del rostro humano son atributos secundarios y externos, no esenciales, es decir que reconoce una parte de la cara más no la individualiza o diferencia entre varias personas. Esta etapa se caracteriza por ser preobjeto, en otras palabras la parte del rostro al cual el niño reacciona es un signo del objeto que todavía no se ha dotado de significado. Esta fase es transitoria, de la percepción de cosas al establecimiento del objeto libidinal. Las “cosas” se distinguen de los objetos, ya que la historia particular hace que cierta energía psíquica se halle unida a una representación a un objeto (Spitz, 1991).

Al tercer mes el niño comenzará a reaccionar a los estímulos que siente en los diferentes sentidos, de esa manera se va a dar cuenta que puede oír, sentir, gustar, ver. La audición, como resultado de la maduración cerebral, se convierte en juego en donde el niño produce sonidos que lo alientan a seguir balbuceando. El niño pasa de ser receptor

del estímulo, que proviene de adentro, a perceptor del estímulo encontrado afuera (Spitz, 1991). El pensamiento comienza a surgir, ya que comienza a catexizar al objeto y se puede empezar a utilizar una división topográfica de la psique (Consciente, inconsciente y preconscious) (Spitz, 1991). Un yo rudimentario se observa a través de la coordinación y dirección de las operaciones gobernadas a esa edad por el infante (Spitz, 1991). La sonrisa en este punto se convierte en el precursor de todas las relaciones sociales que el niño tendrá.

### **Etapa libidinal**

Desde el nacimiento, el niño va a presentar un periodo de cambio que jamás en el resto de la vida aprenderá tanto en tan corto tiempo. Las transformaciones que comenzarán a partir de la sonrisa y el reconocimiento de rostros, tendrá cambios a modo de ensayo y error (Spitz, 1991). Del sexto al octavo mes, la sonrisa cambiará por un reconocimiento entre quién es un amigo o un extraño. Las conductas de respuesta pueden variar dependiendo del nivel de angustia que el niño tenga. Spitz (1991) hablará de la “angustia del octavo mes” y es la reacción que el infante muestra a alguien o algo desconocido y con quien no ha tenido una experiencia desagradable. Este episodio ocurre en la organización del niño como respuesta al no encontrar huella mnémica del extraño, más no a la ausencia o pérdida de la madre (Spitz, 1991). Por último, el bebé preferirá el rostro de la madre al de cualquier otra persona.

Tomando en cuenta la sonrisa en el primer mes y la angustia del octavo mes, se puede afirmar que el objeto ha quedado establecido cognitivamente y afectivamente en el infante. Una vez que el objeto queda establecido ya no se lo podrá confundir con ningún otro y se buscará formar un vínculo estrecho dotando al objeto de características únicas (Spitz, 1991). En esta fase, existe una activación de las operaciones mentales y secuencias

de acción resultantes a las mismas, aportando el funcionamiento del aparato del yo (Spitz, 1991). De esta manera se producirán límites entre el yo y el ello, y el yo y el mundo exterior. La organicidad de los estímulos a través de intercambios activos se ve enriquecida por la integración y estructuración del yo recientemente establecido (Spitz, 1991).

Una vez que el niño ha construido mecanismos de adaptación durante su primer año de vida y ha atravesado por la construcción de un Yo escindido que es capaz de dotar energía libidinal, también ha cruzado un desarrollo sensoriomotor precedente a la forma operatoria del pensamiento y las representaciones del mismo (Piaget, 1982). Se puede constatar que la naturaleza del infante lo llevará a seguir avanzando con su crecimiento y explorando de manera en la que sea capaz de un ajuste social tanto dentro de la familia como en la escuela o el ambiente al cual sea expuesto.

### **2.3 Desarrollo del niño con discapacidad auditiva**

#### **¿Qué es la deficiencia auditiva?**

Para poder llegar a una definición sobre la deficiencia auditiva y cómo influye en la vida de un niño, primero se debe conocer al oído. La anatomía de este órgano se encuentra dividida en oído externo, oído medio y oído interno; cada una de estas secciones tiene características funcionales y estructurales diferentes (Menghello, 1997). El oído externo está formado por un pabellón auricular, conducto auditivo externo el cual se encuentra limitado por la membrana timpánica. El pabellón auricular se forma por la unión de prominencias embrionarias y alcanza su configuración adulta hacia la vigésima semana de gestación; está unido al cráneo por piel, cartílago, músculos y tendones (Menghello, 1997). El oído medio o cavidad timpánica está ubicado entre la membrana timpánica y el laberinto óseo. Esta sección es un divertículo de la faringe, o una bolsa

hueca normal que forma el receso tubotimpánico (Menghello, 1997). En su porción más externa se construirá la trompa de Eustaquio o trompa faringotimpánica, ésta permite igualar la presión del oído con la presión atmosférica (Menghello, 1997). El oído medio es una cavidad llena de aire y contiene los tres huesecillos articulados entre sí. Estos son el martillo, el yunque y el estribo. El oído interno contiene el órgano periférico de la audición y el equilibrio, establece conexiones neurales con el nervio acústico, se encuentra la cóclea y el vestíbulo (Menghello, 1997).

Existen diferentes métodos diagnósticos para las afecciones en los oídos. La otoscopia es un procedimiento de observación del pabellón auricular, el conducto y las características del tímpano (Menghello, 1997). El método radiológico se utiliza por lo general en casos que se cree de malformación congénita, conocer las características de una infección o de evaluar las condiciones del conducto auditivo (Menghello, 1997). La audiometría se utiliza para evaluar la audición, este método ayuda a saber el nivel auditivo y, en caso de haber perdida, señalan dónde se ubica el daño anatómicamente (Menghello, 1997). La impedanciometría es una evaluación especializada en preescolares y lactantes en la medición de audición ya que no utiliza una respuesta condicionada como la audiometría, sino utiliza inervaciones de las membranas (Menghello, 1997).

Después de una evaluación cuantitativa sobre el déficit auditivo, se debe realizar una evaluación vinculada al ambiente en el cual se desarrollará el niño, con fin de encontrar la mejor forma de ayudar en el crecimiento óptimo del niño dentro de la sociedad (Diaz, 2005).

### **Hipoacusia**

Esta condición puede definirse como la disminución de la audición, en el espectro de leve a profunda (Menghello, 1997). La hipoacusia puede ser congénita o adquirida,

por lo tanto, puede ser causada por factores genéticos, neurosensoriales o por malformaciones del oído medio y/o externo o debida a otros problemas de oído medio (Arruti, 2002). La hipoacusia infantil no es difícil de reconocer si se hacen las observaciones adecuadas en el desarrollo del niño. Se puede observar que el bebé no voltea al llamarle, hace ruido excesivo al jugar, no muestra sobresalto ni se despierta ante cualquier ruido del ambiente, atiende solamente a las órdenes sencillas y básicas, sin mirar a quien habla, o es demasiado pasivo y no molesta. La detección temprana y el tratamiento oportuno ayuda al niño en un desarrollo social, emocional, intelectual y lingüístico adecuado (Menghello, 1997). La detección del déficit auditivo se puede clasificar dependiendo de la etapa en la adquisición de lenguaje en la que se encuentre el niño (Diaz, 2005). Si se da antes de la adquisición del lenguaje se llamará prelocutiva y después será postlocutiva, ambas con incidencia en el desarrollo de la capacidad lingüística del niño (Diaz, 2005). Un diagnóstico preliminar se realiza mediante un test llamado potenciales evocados auditivos del tronco cerebral, el cual establece la competencia y la integridad del sistema auditivo periférico y se lo puede realizar a partir del nacimiento (Zenker, 2007). Sin embargo no se puede obtener un diagnóstico definitivo hasta que el proceso madurativo este completo, el cual se da aproximadamente a los dos años de edad (Zenker, 2007). También se conoce que la causa no genética más frecuente es la infección intrauterina por citomegalovirus, este virus es familia del herpes, a un adulto promedio no le dará síntomas de la enfermedad pero un bebé puede tener consecuencias para toda la vida (Menghello, 1997).

### **Tipos de sordera**

La sordera se define como un trastorno que impide la audición a pesar de que el oído sea normal (Organización Mundial de la Salud, 2015). Según el nivel de pérdida auditiva se puede encontrar:

Pérdida auditiva leve que se refiere a una disminución que no interfiere con la percepción del lenguaje, es decir que la audición no repercute de manera significativa en el desarrollo del habla a menos que quien habla lo haga muy bajo (Díaz, 2005).

Pérdida auditiva moderada es aquella en la cual necesita utilización de audífonos puesto que la escucha para la comunicación se vuelve difícil. El proceso de aprendizaje escolar es afectado y suelen existir trastornos en la lectoescritura (Díaz, 2005).

Sordera severa es aquella en la cual el sujeto puede discriminar sonidos del entorno o de la persona que le habla, pero no podrá diferenciar la fonética del lenguaje oral (Díaz, 2005).

Sordera profunda es la pérdida total de audición en ambos oídos en la cual no se escucha sonido alguno y se muestra como una barrera natural a la captación del lenguaje hablado (Consejo Nacional de Igualdad de Discapacidades, 2013).

### **Personas sordas**

En el discurso médico se ha confundido la hipoacusia con el ser sordo (sordera severa y profunda) como una discapacidad de igual medida (Menghello, 1997). La discapacidad auditiva ha sido un problema para las sociedades ya que no se encuentra una anomalía fenotipo común, “solo” no pueden hablar u oír (Díaz, 2005). Es así que al buscar el modelo de humano normal se le impone al sordo ser oralista o saber leer labios, dejando a los signos como una opción auxiliar. Un hallazgo que no se esperaba dada la educación oralista fue que cuando los sordos se reunían entre ellos existían más señas que palabras dichas con los labios, es así como se buscó proponer que la lengua de señas es natural para los sordos (Díaz, 2005). El lenguaje se constituye como regulador de lazos sociales dado que ayuda a una interacción particular (Díaz, 2005). El discurso discapacitante que se desarrolla frente al sordo es excluyente referido a la idea de normalidad, esto quiere decir que las instituciones no verán al sordo como una persona que tiene un lenguaje

diferente sino que es excluido del lenguaje por no poder expresarlo oralmente (Diaz, 2005).

### **Desarrollo de un niño con discapacidad**

El lenguaje desempeña un papel fundamental en la educación, en el proceso de aprendizaje y en el desarrollo como ser social (Menghello, 1997). El sujeto con discapacidad auditiva no se excluye de las leyes que regulan el lenguaje, por ello se considera una psicología particular del sordo, sin considerar que afecte su estructuración psíquica (Diaz, 2005). La adquisición de la primera lengua de un niño debe ser asegurada para un desarrollo adecuado, sin ser privado de la participación activa en el aprendizaje del mismo (Menghello, 1997). Haciendo referencia a el derecho del niño de poder expresarse con naturalidad y que la comunicación sea recibida por el interlocutor. Es así que si la primera lengua es señante el sordo tiene derecho a expresar sus pensamientos, sentimientos y conocimiento de esa manera, sin ser impuesto una lengua oralista. En el sordo, al estar expuesto a un ambiente lingüístico, sea por lectura de labios o señas, se instaure el lenguaje natural de manera espontánea y sin esfuerzo. Se va incorporando la lengua por repetición y paulatinamente se irán apropiando de la lengua, dejando ver cómo las huellas mnémicas ayudan a tramitar sus emociones y esquemas cognitivos (Diaz, 2005). El niño tiene capacidad lingüística para desarrollar una lengua y organizarse internamente, también debe existir un ambiente lingüístico que brinde las condiciones para desarrollar esta capacidad; es así que con estas dos condiciones un niño oyente o un niño sordo con padres sordos no tendrán ningún problema con el lenguaje. El proceso se ve impedido cuando el niño es sordo y los padres son oyentes, debido a que poseen la capacidad pero la interacción del sujeto sordo con el ambiente lingüístico se ve enfrentado a una barrera auditiva que los padres no podrán compensar (Diaz, 2005). Para el niño sordo con padres oyentes representa un esfuerzo más grande adquirir la lengua de los

padres. Esto se explica en términos socio-lingüísticos ya que el niño sordo con padres sordos se verá envuelto en una cultura sorda desde el comienzo. Tendrá cultura propia y desarrollará una identidad dentro de esta cultura; mientras que el niño sordo con padres oyentes se verá inmerso en una cultura oyente que busca adaptarse a un ser que no va a encajar en efectos de lenguaje hablante. La comunidad en la que se desarrolle acogerá al niño pero existirán elementos que no estarán acorde a sus necesidades (Díaz, 2005). El niño sordo tiene una opción con sus padres, y esta es encontrar su identidad frente a las representaciones expuestas ante él (Díaz, 2005).

Este proceso de encontrar su identidad se lo puede denominar constitución subjetiva y se desarrolla con los tres tiempos del complejo de Edipo (Díaz, 2005). Hablar no solamente supone articular palabras o signar ya que también implica ser hablado por Otro, por esta razón lo que le pasa al sujeto sordo no es la discapacidad sino el lugar que se le ubica dentro del deseo de este Otro (Díaz, 2005). El Otro, con mayúscula, es un término utilizado para designar un lugar simbólico en la relación con el deseo (Roudinesco & Plon, 1999). El primer tiempo se da en la diada madre-niño. Este momento es en el cual no existe una indiferenciación psíquica por parte del niño con la madre (Díaz, 2005). Esto hace referencia a que la madre se encargará de descifrar, interpretar, significar y poner en palabras el llanto del bebé (Díaz, 2005). Durante este periodo la mamá hablará con el niño, pero no mantendrá un diálogo explícito sino que será quien habla por el niño de tal manera que brinde los significantes primordiales para armar el yo del bebé y cumplir su función materna (Díaz, 2005). El niño quiere ser el objeto de deseo y en esta etapa se verá alineado del deseo del otro, y la ley se da arbitrariamente introducida por la madre dejando la ley paterna develada bajo su propia concepción de metáfora paterna (Vega, 2015). Es así como da inicio al segundo tiempo de Edipo, se introduce al padre en la relación madre-hijo como agente que priva y

desprende la relación imaginaria en la que se encontraban hasta el momento (Roudinesco & Plon, 1999). Es decir, que la función paterna resulta de privar a la madre de la ilusión fálica en la cual el niño es ese falo faltante de su propia individuación, y al niño de su identificación imaginaria de ese falo de la madre (Vega, 2015). La castración simbólica comienza con la prohibición del incesto y para que sea efectiva es necesario que la madre regrese al padre, y este no se muestre dependiente del deseo de la madre (Vega, 2015). Según Lacan (1957) el punto nodal es aquel momento en el que el padre se manifiesta en el discurso de la madre y se convierte en el soporte de la ley, fundando una legalidad, esto no quiere decir que se necesita un padre real, siempre y cuando la madre lo incluya en su discurso y dé paso a la metáfora paterna. El tercer tiempo del Edipo culmina con el reconocimiento de la falta de la madre, y con la identificación del niño con el padre en la que ya no es el falo sino que lo tiene (Vega, 2015). Es decir, que se produce un pasaje de “yo ideal” hacia el “ideal del yo”, en donde el niño pasa a otro lugar de sujeto deseante gracias a la metáfora paterna (Diaz, 2005). Esta prohibición a la cual el niño se atiene no está dada por el padre sino por la cultura, y la instauración de la metáfora Paterna posibilita al niño el acceso al lenguaje, por lo tanto al orden simbólico (Vega, 2015). Entonces se supondría que los tres tiempos del Edipo también deberían operar en el proceso de construcción psíquica de un niño sordo ya que es de esta manera que se constituye la estructuración de identidad de cualquier niño, y esto se visualizará ya que el sordo también interactúa con personas dentro de una cultura, sea esta oyente o sorda (Diaz, 2005).

Cuando la discapacidad auditiva se diagnostica a tempranas edades o desde el nacimiento existe la preocupación sobre el lenguaje, el desarrollo, la escuela, la socialización, entre otras, por lo que se busca desde ese momento todo tipo de respuestas que ayuden a recuperar la audición y ubicar al niño dentro del mundo parlante (Diaz,

2005). Es así que después del diagnóstico de discapacidad auditiva, dependerá de los padres crear un ambiente en el cual el niño se sienta incluido, escuchado y amado por él mismo sin importar el previo diagnóstico, ya que el déficit auditivo no crea seres idénticos si no sujetos con singularidad definida desde la sordera como historia personal (Díaz, 2005).

Para concluir es importante conocer el desarrollo físico del niño ya que se puede hacer una descripción comparativa, con el fin de encontrar signos y señales de una deficiencia auditiva y proporcionar al niño las mejores herramientas para no presentar problemas en el desarrollo. Es decir, se podrá realizar en el análisis funcional de edades claves que pueden ayudar a detectar alteraciones y encontrar el tratamiento adecuado para el mismo (Menghella, 1997). El desarrollo cognitivo del niño permitirá el conocimiento y aprendizaje mediante reacciones químicas que se producirán en el cerebro, sino también la aparición de formas de conducta que son el resultado de intercambios del organismo y el medio interno y externo (Spitz, 1991).

En cuanto al desarrollo del niño con discapacidad auditiva, no se puede dar un diagnóstico definitivo hasta el tercer año de vida. La sordera es definida como un trastorno que impide la audición a pesar de que el oído sea normal (Organización Mundial de la Salud, 2015). El diagnóstico no cambiara la manera en la construcción subjetiva surge, ya que los padres deberán ejecutar las funciones dadas y promover una estimulación ambiental para el desarrollo más óptimo posible. Por lo que se ha decidido conocer la relación vincular de apego madre e hijo a través del test AQS.

## **CAPÍTULO 3**

### **ESTILOS DE APEGO EVIDENCIADOS EN PERSONAS CON DEFICIENCIA AUDITIVA**

El desarrollo de este capítulo expondrá el análisis y los resultados de la parte práctica de la investigación propuesta para el trabajo de disertación. Estará sustentado por el análisis teórico de los capítulos previamente expuestos, abordando la hipótesis de investigación, las características de la fundación y su población, la metodología utilizada, el análisis de los resultados y su discusión.

#### **3.1 Población**

Para la presente disertación se trabajó con cinco madres de entre 22 a 30 años de edad, con hijos de cinco años que se encuentren inscritos en primer año de básica y presentan el diagnóstico de deficiencia auditiva. Estos niños tienen con una sordera profunda, se encuentran en un proceso de aprendizaje de señas para la comunicación y de español como lenguaje escrito. La muestra está conformada por tres niñas y dos niños. Las madres no tienen conocimiento extenso de lenguaje de señas, por lo que asisten regularmente a clases para padres los fines de semana.

En el Ecuador según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos existen en el censo del año 2010, 14.483.499 personas con discapacidad permanente por más de un año (INEC, 2010), de las cuales 207.541 tienen discapacidad auditiva, se registran en la provincia de Pichincha 36.281 personas (INEC, 2010). En esta población se encuentra todo tipo de sordera; están incluidos los ancianos que ya no pueden escuchar por pérdidas propias de la edad y niños que nacen con deficiencia auditiva (CONADIS, 2013). La Federación Nacional de Personas Sordas del Ecuador (FENASEC), afirma “que los

sordos Ecuatorianos disfrutan de todos los derechos políticos y sociales del resto de la población, con excepción del derecho al obtener la licencia para conducir vehículos” (Oviedo, 2006). También afirma que “el Gobierno Ecuatoriano ofrece diferentes tipos de ayuda a las personas sordas, que abarca el acceso libre a servicios sociales a través del carné de CONADIS” (Oviedo, 2006).

En el Ecuador existen diferentes tipos de asociaciones y fundaciones que tienen un rol importante en la comunidad sorda y que impactan la comunidad de oyentes que las conocen; entre ellas se encuentra la Fundación Vivir la Sordera, la cual es un grupo de personas, tanto sordas como oyentes, que buscan cambiar la idea preconcebida de que la sordera hace a una persona incompleta o que le falta “algo”; y está constituida por personas profesionales en educación, jurisprudencia, filosofía, psicología, audiología, medicina y administración (Carrera, 2015). Una de las metas en la fundación es visibilizar la sordera y conocer cómo incide en los diferentes ámbitos de desarrollo de las personas sordas y sus familias, haciendo conciencia que esto no es un impedimento si no una manera de ampliar horizontes y enriquecer el mundo (Carrera, 2015). Entre la misión de la fundación se puede notar la dedicación a trabajar para que los niños sordos cuenten con un ambiente favorable donde puedan desarrollarse igual que otros niños (Carrera, 2015). También se encuentran en la continua tarea de buscar garantizar que las personas sordas accedan a información, educación, recreación y participación en la vida pública de la misma manera y en iguales condiciones que una persona oyente (Carrera, 2015).

En la fundación se comparte lo que la sordera significa en todos los ámbitos de la vida, es decir, se busca concientizar a la comunidad desde un punto de vista social, psicológico y antropológico (Carrera, 2015). Se busca proporcionar material educativo sobre la sordera, existe investigación permanente con publicación dentro y fuera del país (Carrera, 2015). Y se facilita el proceso frente a las personas sordas: atendiendo a la

persona sorda y a su familia, con creación de programas de formación y acompañamiento psicológico; se desarrollan programas de salud auditiva y detección de la sordera y por último realizan intercambios nacionales y extranjeros entre personas sordas y oyentes (Carrera, 2015). La fundación accede a colaborar en la presente disertación, debido al interés mostrado y provee la población necesaria para la muestra aleatoria que se utilizó.

### **3.2 Medición**

Para la evaluación del apego se ha utilizado el test AQS en forma de entrevista estructurada. El cual, proviene del inglés *Attachment Behavior Q-set* el cual tiene como finalidad la evaluación de la organización de la conducta de base segura (Conde, 2015) en un rango de edad de 12 meses a 60 meses (1 año a 5 años). El test consta de 90 ítems que describirán, en primera instancia la conducta del niño mediante la observación de la interacción entre el cuidador y el niño, después la descripción de un niño óptimamente seguro y finalmente el reporte del cuidador sobre la conducta del niño, este último se usó en la presente disertación como una entrevista estructurada reuniendo la información requerida. Waters (1995) fue el creador del test con 90 ítems en modelo de calificación Q Sort, se ha encontrado una moderada validez que converge con el procedimiento de la situación del extraño en un  $r= 0.31$  según 131 investigaciones con una muestra de 13,835 niños (Conde, 2015). También encontró que el apego desorganizado está relacionado con puntajes bajos en el AQS de  $r= 0,35$ , la validez predictiva fue comprobada como criterio de la sensibilidad de la madre en  $r= 0.39$  lo cual deja ver el tipo de validez del desarrollo socioemocional en  $r= 0.22$ , al final se demostró una validez discriminativa al encontrar una asociación baja con el temperamento del niño de  $r= 0.16$  (Conde, 2015). La validez se obtiene de dos series de medidas que tengan alguna forma de relación (Haber, 1973).

La validez del test se obtiene después de varios estudios en los que Waters (1995) adapta el test a su versión actual (versión 3.0) (Conde, 2015). Una relación positiva significa que los individuos obtienen calificaciones elevadas en una variable y también tienden a obtener calificaciones superiores en la otra. Una relación negativa significa que los individuos obtienen una calificación baja en una variable y alta en la otra (Haber, 1973).

El “criterio de seguridad” es el valor que se obtiene correlacionando la puntuación ideal, la cual es la calificación de los 90 ítems hecha por expertos y otros profesionales en 1995, con la puntuación obtenida en la aplicación del test ya que ésta indicará la seguridad de apego del niño en valores que pueden estar en el rango de -1 a 1 (Conde, 2015). Mediante el AQS también se puede obtener cuatro dimensiones de la conducta con una base segura, es por lo que las puntuaciones obtenidas se agrupan para tener una validez en cada una (Conde, 2015). El nivel de confianza en estadística no es más que un valor que determina la probabilidad de error que es inherente al test, y sirve para juzgar si los resultados son estadísticamente significativos o no (Haber, 1973). La calidez de las interacciones con la madre cuenta con diecisiete ítems con un nivel de confianza o significancia de 0.91, esto deja ver la disposición emocional del niño al interactuar con su madre y también el grado de obediencia en sus órdenes (Conde, 2015). El placer en el contacto físico con la madre, hace referencia a la interacción con ella y el confort que el niño obtiene, esta dimensión cuenta con siete ítems con un nivel de confianza del 0.80 (Conde, 2015). La interacción con otros adultos evalúa la disposición del niño para interactuar y la estimulación y soporte que le da la madre frente a otros adultos, este cuenta con trece ítems con una significancia de 0.81 (Conde, 2015). Y por último, la búsqueda de proximidad de la madre la cual relaciona la cercanía del vínculo con la madre con un total de trece ítems y un nivel de confianza de 0.77 (Conde, 2015).

### 3.3 Procedimiento

En cuanto a la metodología, primero se procedió a la revisión teórica que se encuentra en los dos capítulos anteriores de esta disertación. Después fue necesario ponerse en contacto con la Fundación Vivir la Sordera, la cual hizo posible el encuentro con madres oyentes de hijos con diagnóstico de sordera profunda que se encuentren comenzando la educación escolar en una institución pública que cumpla con los requerimientos de educación. Se seleccionaron a las madres que quisieran contribuir libremente en la disertación, y sus hijos se encuentren inscritos en primer año de educación básica sin sobre pasar los cinco años, además de contar con el diagnóstico de deficiencia auditiva. De esta manera se pudo localizar una muestra no probabilística aleatoria (Haber, 1973; Hernández, 1991) constituida por cinco madres y sus hijos. Se les presentó la propuesta de investigación seguida de un consentimiento informado con la finalidad de garantizar la comprensión y la voluntariedad en su participación, para finalizar se utilizó el test AQS en forma de una entrevista estructurada.

La variable independiente es el diagnóstico de deficiencia auditiva avalado por la Fundación Vivir la Sordera, siendo el grado de pérdida auditiva previa a la adquisición del lenguaje oral. La variable dependiente es la relación de apego madre e hijo que se ha construido hasta el periodo en el cual se aplicará la Escala AQS: *attachment behavior Q-set* (Waters, 1995) en su adaptación latinoamericana (Posada, 1999); los indicadores que el test toma en consideración son la calidez de las interacciones con la madre, el placer en el contacto físico con la madre, la interacción con otros adultos y la búsqueda de la proximidad de la madre.

Figura 1

Hipótesis y Metodología

Hipótesis	Variables	Indicadores	Metodología/ técnicas
<b>Debido a la deficiencia auditiva que tienen los niños sordos, en su mayoría se evidenciará apegos de tipo inseguro o ambivalente, ya que la madre no podrá comunicarse o dar escucha a su propio hijo</b>	Deficiencia auditiva	Tipo de sordera Grado de pérdida auditiva Periodo en que se produce el déficit	Diagnóstico de deficiencia auditiva avalado por la Fundación Vivir la Sordera
	Apego en la relación madre-hijo, dificultades de comunicación.	Calidez de las interacciones con la madre. Placer en el contacto físico con la madre. Interacción con otros adultos. Búsqueda de la proximidad de la madre.	Utilización del test QSort del apego, el cual se aplica en forma de entrevista estructurada.

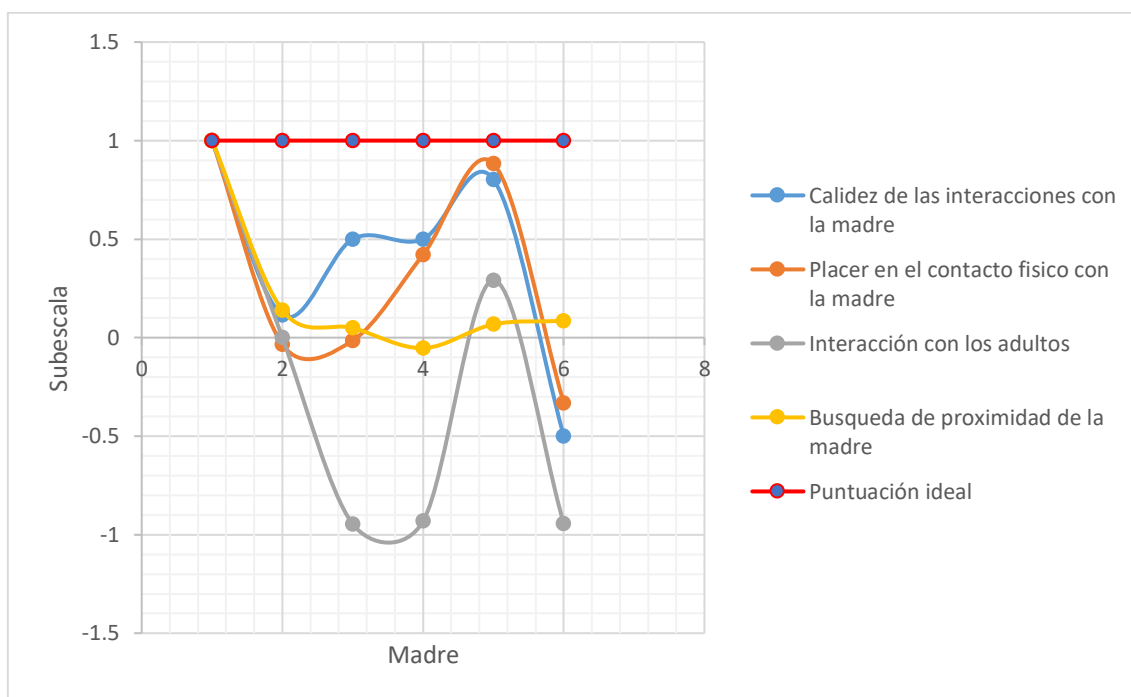
Fuente: María José Vargas, 2016

### 3.4 Análisis de resultados

La entrevista estructurada, realizada a cada madre participante, tuvo una duración aproximada de cuarenta y cinco minutos en la cual se investigó sobre la relación vincular madre e hijo que se encontraba desarrollada hasta el momento. Con esta información se obtuvo un resultado por subescalas del test, los cuales se interpretaron según la escala de resultados proporcionados del AQS. La visión que tienen las madres de sus hijos dependerá de la historia de vida y de cómo conlleva la madre la deficiencia auditiva.

Figura 2

*Subescalas AQS*



Fuente: María José Vargas, 2016

En el gráfico 1 se puede observar los valores obtenidos de las subescalas del test en las respuestas de cada madre. Para el primer caso estudiado, los ítems de la calidez de las interacciones con la madre hace referencia, como ya se ha mencionado antes, a la disposición y tono emocional del niño para interactuar con su madre y el grado de obediencia que éste le tiene (Conde, 2015). Por los puntajes obtenidos por la madre se

puede decir que en el valor total existe una correlación positiva debido a un historial de juego y exploración que revela dificultad en usar a la madre como fuente de información del ambiente ya que no logra conectarse emocionalmente con su hijo (Waters, 1987). Existe una respuesta ansiosa al test acompañada de inmadurez incapacitando la comprensión del niño frente a la respuesta buscada de la madre en público (Waters, 1987). La ansiedad lleva al niño a buscar una empatía emocional con la madre, es así como si ella no lo saluda él tampoco buscará saludarla (Waters, 1987). El niño llora cuando quiere que la madre lo atienda o le dé lo que necesita, esto se debe exclusivamente a la falta de comunicación que existe entre los dos y la respuesta se torna ansiosa cuando la madre no tiene habilidades para reconocer la molestia del niño, en este caso concreto la madre no conoce la manera de comunicarse con el niño oralmente y desconoce del lenguaje de señas.

La siguiente subescala se refiere al placer y confort que se obtiene de la interacción madre e hijo (Conde, 2015). Como se puede observar la correlación es casi inexistente entre la puntuación de los expertos y la respuesta de la madre, es decir, la relación que la madre ha intentado construir no ha logrado una proximidad y contacto que se espera en una base segura. (Waters, 1987).

La interacción con los adultos evalúa la disposición del niño para compartir y disfrutar del contacto físico y emocional con otros adultos a partir de la estimulación y soporte que le da la madre (Conde, 2015). También, se encontró que la seguridad para enfrentarse a un extraño o acostumbrarse a la presencia no son satisfechas por la madre, al contrario el niño buscará una exploración en base al contexto que se presenta en cada ocasión (Waters, 1987).

Por último, esta subescala demuestra la relación de cercanía del niño a su madre, con la cual se siente seguro (Conde, 2015). La puntuación obtenida refleja que los ciclos

entre el juego o la exploración son cambiantes debido a que no existe proximidad por parte de la madre, por lo que el niño se sentirá seguro siendo un extraño en el juego y prestándole más atención a la madre y dónde se encuentra (Waters, 1987). Además se refleja que la madre no muestra señales de fácil acceso para que el niño la pueda seguir por lo que al buscar proximidad se observa la inhabilidad del niño en expresar sus deseos hacia la madre, frecuentemente recurrir al llanto (Waters, 1987). . “Es que depende del humor, porque a veces se levanta y no quiere saber nada de mí y se va; pero cuando quiere estar de mimado ahí ya no quiero y él solito se va” (NN1, 2016) Se cree que esta inhabilidad se da por la falta de comunicación en las dos vías, la madre debería habilitar el lenguaje no oral para lograr ser una base segura de exploración ante el niño

De igual manera en el gráfico 1 se puede observar los resultados de las subescalas obtenidas por el caso con la madre 2. De la calidez de las interacciones con la madre se obtuvo una puntuación que refleja lo que es la acción de compartir para el niño ya que busca información en la madre como base segura y su interacción (Waters, 1987). Se puede describir la relación de la madre como una sensibilidad maternal que se está construyendo, en la cual le da paso al niño para tenerla como base segura pero hay momentos donde la madre no responde adecuadamente a las necesidades del niño (Waters, 1987). También se reconoció que el niño no conoce exactamente el momento para regresar a la madre, a pesar de que ella lo llame, y debido a la exigencia de la madre no se conoce si es exigencia o interferencia con la exploración del niño (Waters, 1987). A pesar de la poca sensibilidad materna se puede concluir que el niño en cuestión se mantiene en la construcción de un apego seguro a pesar de las diferencias de comunicación.

El placer en el contacto físico con la madre tiene una correlación muy baja lo cual significa que existe una falla de proximidad y placer en el contacto (Waters, 1987). Pero

al mismo tiempo deja ver que aunque existe una falla en el acercamiento, en el dúo la madre es la única que podrá consolarlo y con quien disfrutará descansando en su falda. En la interacción con otros, la madre encuentra dificultad para dar confianza y seguridad a su hijo frente a objetos o personas extrañas (Conde, 2015), es decir no muestra empatía referente a la búsqueda de información o aceptación hacia situaciones a las cuales el niño no se había enfrentado antes (Waters, 1987). Mientras la madre se encuentra observando el niño deberá actuar recíprocamente hacia un extraño, lo cual no sería la primera opción si ésta no se encontrara allí (Waters, 1987). La palabra que lo define frente a los extraños es timidez, no le preocupa obtener atención de ellos o ser el centro de atención, se encuentra ocupado en sus propias actividades (Waters, 1987). "Si a mi hijo no le interesa salir a saludar a las visitas, solo le gusta jugar en su cuarto y nunca se aburre" (NN2, 2016). A pesar de la dificultad de contacto físico y emocional con otros, este niño disfruta del contacto con sus abuelos.

En la búsqueda de proximidad de la madre, no existe una correlación significativa, lo que demuestra que la base de juego es segura ya que no se enfoca en la localización de la madre, por lo sabe que tiene acceso cada vez que retorne a ella (Waters, 1987). El niño accede a pedir ayuda a la madre, pero debido a que no existe una comunicación oral de dos vías, esta ayuda no es satisfecha. Por lo que el niño usa el llanto como herramienta para buscar a la madre y ella lo acepta atendiéndolo de la mejor manera posible aunque esto no ayude a crear un apego seguro.

En el mismo gráfico se observa la puntuación obtenida por el caso de la madre 3 el cual se convierte en contradictorio, ya que la calidez de las interacciones con la madre obtiene una puntuación moderadamente alta, lo que significa que la madre se presenta como base segura pero el niño por lo general ignora las órdenes de la madre. La contradicción se muestra en la falta de reciprocidad respecto a la afectividad con la que

el niño trata a la madre, dejándolo ansioso e inseguro sobre cómo actuar frente a su presencia ya que es ella la que interfiere negativamente durante el juego y la exploración (Waters, 1987). Este pequeño usualmente se enoja y se queja con la madre, quien no sabe si cooperar o interferir con lo que el niño solicita (Waters, 1987). El disconfort es mostrado mediante un llanto exagerado hasta obtener lo que desea, los teóricos del apego asocian este comportamiento con el cuidado insensible, comunicación limitada, habilidades en el juego y la exploración interrumpidos (Conde, 2015).

En el placer en el contacto físico con la madre tiene una falla que se ve aplacada por la ansiedad que muestra la madre: “no le gusta que le esté abrazando o besando, pero se queda nomas ahí sentada al lado cosiendo o jugando a la cocinita” (NN3, 2016) . Sobre la interacción con otros adultos la madre no muestra mucha disponibilidad pero los demás adultos se muestran atentos con el niño y sin la aprobación de la madre, el niño no se atreverá a acercarse (Waters, 1987).

En cuanto a la búsqueda de proximidad de la madre el niño desarrolla habilidades para no pedir ayuda a la madre, lo cual suele confundirse con una supuesta independencia del niño pero en realidad se presenta una base insegura (Waters, 1987). La madre no sabe reconocer si la situación por la que el niño se ha asustado, se encuentra alegre o está llorando es genuina y amerita una reacción de afecto o no (Waters, 1987). Como búsqueda de afecto la madre deberá solicitarla en voz alta como “abrázame o ayúdame” (NN3, 2016) “no sabe hacer caso hasta que se le explica qué quiero, así como que se hace la que no entiende y solo con señas entiende...ni para dormir me abraza así solita” (NN3, 2016).

En el gráfico 1 observamos los resultados de las subescalas obtenidas por el caso de la madre 4, el cual en la calidez de las interacciones con la madre permite visualizar una figura de apego desorganizada la cual tiene dificultad para manifestarse como fuente de

información sobre el ambiente, se asocia este comportamiento con el cuidado insensible, comunicación limitada y habilidades de juego y exploración interrumpidos (Waters, 1987). El comportamiento del niño se organiza en torno a llorar para conseguir la comunicación necesaria con la madre (Waters, 1987). “antes sí era bien lloroncita, por todo lloraba y hasta creíamos que le dolía lo que no tenía en las orejas... no, no ahora que ya es sorda y está en esta escuela sabemos que puede decir qué quiere igual que sus hermanas y no solo llora... Todavía es difícil porque esas señas no sabemos pues” (NN4, 2016).

En la siguiente subescala no existe gran placer por el contacto físico con la madre, no buscará mimos ni encontrarse en su falda cuando siente discomfort (Waters, 1987). En cuanto a la interacción con los adultos no es de agrado del niño iniciar contacto con los visitantes desconocidos, pero sentirá garantía y confianza en cuanto a sus familiares o sus abuelos. Esto dependerá mucho de la confianza mediante el apoyo de la madre y la seguridad brindada de extraños que intenten conocerlo, es decir la madre deberá actuar como base segura y decirle que está bien saludar con los visitantes (Waters, 1987).

La búsqueda de proximidad de la madre deja ver características de inseguridad como el no poder ser consolada cuando la madre la levanta en brazos, jugar sin perder de vista a la madre pero perdiéndose ella de la vista de su madre, la ayuda obtenida por parte de su figura se convierte en algo intrusivo y desorganizado (Waters, 1987).

El gráfico 1 denota al caso de la madre 5 como el que tiene una puntuación más baja, esto se debe a la dificultad del niño para mantener el interés por el medio ambiente y lo reconfortante de la proximidad de la madre a pesar de no tener la habilidad de comunicarse ni verbalmente ni por medio de afectos ordenados. Referente a la calidez de las interacciones con la madre se percibe una madre intrusiva que no fomenta la

exploración ni el juego compartido, convirtiéndolo en un niño exigente e impaciente que se queja y llora a menos que la madre haga lo que él quiere enseguida (Waters, 1987). “Si como le decía el problema con estos niños es que hasta que uno no entienda que las señas sirven para entendernos ellos lloran y lloran, y ese llanto feo porque como ni se escuchan” (NN5, 2016)

La subescala de placer en el contacto físico con la madre deja ver que el niño siente gran cantidad de angustia al ser acunado ya que no encuentra placer en los brazos de su madre debido a un vínculo sin base segura (Waters, 1987). En cuanto a la interacción con otros adultos, el niño no suele encariñarse con facilidad ya que no muestra respuestas emocionales positivas ni empáticas (Waters, 1987), esto se debe a la poca predisposición de los adultos que se encuentran a su alrededor a comprender el lenguaje de señas con agrado. En cuanto a la búsqueda de proximidad de la madre el niño no la buscará ni tampoco buscará su mirada mientras juega, esta distancia provoca que la madre no monitoree la actividad del niño, por lo que no existe oportunidad de ofrecer contacto, consuelo, ayuda, o interacción (Waters, 1987).

Figura 3

*Tipos de Apego*

Madre	Índice global	Tipo de apego
1	-0,14	Apego ansioso ambivalente
2	0,19	Apego ansioso evitativo
3	0,04	Apego ansioso ambivalente
4	0,11	Apego ansioso evitativo
5	-0,21	Apego ansioso ambivalente

Fuente: María José Vargas, 2016

En conclusión, gracias a las respuestas de la madre 1 se puede conocer que el niño se encuentra en un apego ansioso ambivalente (Ainsworth, 1978). Debido a la dificultad de

la madre para relacionarse con su hijo, se cree que la incapacidad de comunicación oral del niño vuelve el vínculo más frágil y se riga a un contacto donde la madre se muestra alguna veces atenta y otras rechazante, por lo que mantiene una relación por medio de satisfacciones apresuradas y momentáneas aumentando la ansiedad del niño en el contacto.

En el caso de la madre 2 se puede concluir que este dúo madre e hijo se encuentran reorganizando su apego, pero al momento se muestra un apego ansioso evitativo (Ainsworth, 1978), con rasgos de base segura; esto se debe a que la madre ya conoce el lenguaje de señas y cómo se maneja la comunidad sorda pero todavía no se habitúa a tener un hijo sordo. “él es el hijo sordo y ya pues todos debieron aprender a signar para que él no se sintiera mal” (NN2, 2016).

En el caso 3 se encuentra mucha ansiedad por parte de la madre por como debe manejar a su hijo y cómo actuar frente a sus necesidades, el niño se muestra ambivalente (Ainsworth, 1978) frente a las actitudes de su base segura sin saber cómo interactuar ante miedos o alegrías. Esto se refleja en lo mencionado por la madre: “estaba en una escuela que se adaptaba a sus necesidades, hasta le enseñaban a hablar pero no se adaptaba en esa escuela y cuando me contacté con la fundación y me entrevistaron, yo me di cuenta que podía jugar tranquila con estos niños y ya lo traje” (NN3, 2016); ella se encuentra en un proceso de aprendizaje y aceptación sobre la deficiencia auditiva de su hijo, esto se debe al trabajo realizado por la fundación y el cambio visible en las actitudes del niño en el ingreso a la escolaridad.

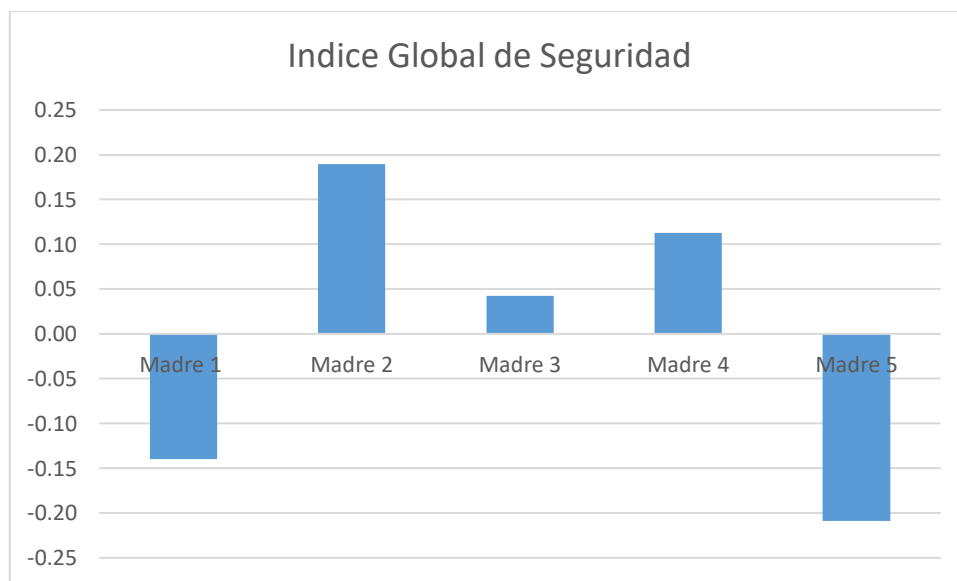
En el caso número 4 se puede concluir que muestra un apego ansioso evitativo (Ainsworth, 1978) en el cual la madre no conoce la manera de aproximarse a su hijo y satisfacer la necesidad de apego, ya que todavía se encuentra en una posición de discapacidad o de que le ha “faltado algo... si quierámos ponerle esos audífonos para que

hable como sus primos, pero no pudo vino sin eso” (NN4, 2016). La fundación se colabora en gran labor con esta madre ya que se encuentra reestructurando el vínculo por medio del lenguaje de señas y la comprensión de la comunidad de sordos. “Si pues, aquí les enseñan a ser persona normales, así como que se casan, aprenden a leer y no como los mongolitos ellos si están perdidos” (NN4, 2016).

Finalmente en el caso 5 se encontró un apego ansioso ambivalente (Ainsworth, 1978), el cual se presenta cuando no existe reciprocidad en los afectos o en la satisfacción de necesidades. También se puede observar un manejo pobre de la comunicación, ya que la herramienta de las señas se debería utilizar en todo momento no solo en la escuela. La familia no la utiliza con el concepto de “todos mis hijos deben ser iguales y hay que hablarle para que entienda” (NN5, 2016); dejando ver como la discapacidad si tiene una desventaja en la vida de esta niña dentro del ambiente familiar.

Figura 4

*Índice Global de Seguridad*



Fuente: María José Vargas, 2016

Como se puede observar en el gráfico 2 la correlación de Pearson entre el puntaje ideal obtenido por los expertos (Conde, 2015) y los resultados obtenidos de cada una de las madres, se obtiene una puntuación baja y media. Según Díaz (2015) el que los sordos “solo” no puedan hablar u oír es el principal problema que tiene la sociedad frente a la comunidad sorda, por lo que la comunicación es esencial para lograr encajar. Como los niños que se han tomado en cuenta para el estudio realizado no tienen la capacidad de comunicarse oralmente han sido relegados a esa figura rota dentro del vínculo familiar. Se puede explicar que la serie de sistemas que la madre debe proporcionar a su hijo para crear el vínculo de apego está influenciado bajo el título de discapacidad o de “él no puede hacer eso” (NN2, 2016). Por la tanto la puntuación denota que la madre tiene dificultad en lograr la proximidad adecuada para crear un vínculo sin ansiedad y recíproco, en la mayoría de los casos.

Se encontró como características en común entre los participantes varios ítems de cada sub escala. Los niños presentes en este estudio son impacientes con sus madres, puede deberse a que ellas no respondan inmediatamente o respondan de forma inapropiada. La sensibilidad o predisposición de las madres incluye un bajo umbral para la detección de señales infantiles, la distinción entre la cooperación frente a la interferencia en el comportamiento del niño en curso, la disponibilidad física y psicológica, y la aceptación de las necesidades y demandas del infante (Waters, 1987). Por último, el comportamiento más significativo de los niños, es el llanto, lo que los teóricos del apego asocian como método para obtener lo que desean al recibir un cuidado insensible, habilidades de comunicación limitadas y el juego y la exploración interrumpidos (Conde, 2015;Waters, 1987).

## CONCLUSIONES

La investigación se basó en conocer y analizar el estilo de apego, su principal autor lo consideraba como el vínculo que une al niño con su madre, siendo éste un producto de la actividad de una serie de sistemas de conducta (Bowlby, 1998). Por lo tanto se ha podido constatar el tipo de apego que los participantes obtienen a través de la Escala AQS. En la mayoría de los casos los resultados fueron los esperados, ya que muestran que no se logra la proximidad adecuada para crear un vínculo sin ansiedad y sin reciprocidad entre madre e hijo.

El apego se desarrolla por medio de complejos sistemas de conducta (Bowlby, 1998), la variación que se encuentra en los diferentes tipos de apego se desarrollaran gracias a la intensidad de contacto proporcionado por la madre. La propuesta deja ver qué clase de relación de apego permitió la madre que el niño desarrolle a pesar del diagnóstico de deficiencia auditiva. La muestra obtenida refleja un apego inseguro y ambivalente debido a la falta de comunicación oral, ya que durante el desarrollo del vínculo la intensidad de contacto del cuidador será reflejado en las emociones, seguridad, y supervivencia física. (Spitz, 1991),

Según Díaz (2005) las leyes del lenguaje no excluyen a las personas sordas en cuanto a aprender a comunicarse, es decir que se buscará una forma diferente de comunicación la cual se ve evidenciada en la relación que tiene el sujeto con su medio ambiente y las relaciones afectivas que puede lograr en el mismo. Por lo que el proceso identificatorio del niño dependerá del proceso de duelo de la madre frente al hijo imaginado, a la historia de vida y la predisposición materna para acoger y enseñar al niño (Bowlby, 1998 ).

## RECOMENDACIONES

En cuanto al apego, debido a la falta de accesibilidad de las madres y la escasa capacidad de respuesta hacia un hijo con deficiencia auditiva se recomienda incrementar la estimulación emocional de la madre para crear seguridad en las acciones y respuestas que tendrá frente al niño a pesar de la falta de comunicación oral

Como agente externo de la comunidad sorda en el Ecuador y en especial de la ciudad de Quito, desde un punto imparcial y con poco conocimiento sobre el manejo de las instituciones que ayudan a los sordos, se recomienda a la comunidad de Sordos del Ecuador fortalecer como una cultura y reclamar por sus derechos, pues no debe existir discriminación entre no oyentes, implantados, hipoacústicos, etc., ya que solo fomentan a la desunión y que la información llegue distorsionada a las autoridades competentes y no se pueda concretar las políticas públicas que se necesitan para mantener la comunidad de sordos.

La Fundación Vivir la Sordera ha buscado la mejor forma de adaptar la cultura sorda y la cultura oyente para que las dos encajen y se fundan en una nueva cultura de amor. Desde allí el papel que viene desempeñando frente a los padres de familia de hijos sordos, es maravilloso, ya que no solo busca su aceptación si no una nueva identidad para un hijo que vino al mundo “roto”. Si bien el recibir un diagnóstico como la deficiencia auditiva o la sordera profunda no es fácil, se recomienda acudir a la ayuda de los profesionales para buscar la mejor manera de conllevar esta noticia desde el principio.

Para la construcción de una identidad, la estructuración subjetiva debe contemplar factores tanto internos como externos sostenidos en la relación vincular primaria. Es decir

el sujeto sordo debe sentirse como tal y debe otorgársele características de sordo. Con esto no se hace referencia a una discriminación frente a la discapacidad, sino esto permite tomar consciencia frente a la identidad la cual está constituida en la comunidad de sordos. Por lo tanto, se recomienda que un niño con diagnóstico de deficiencia auditiva sea tratado como un niño “normal”, ya que no se ha encontrado ninguna diferencia representativa en el niño sordo; igual va a jugar, correr, llorar, explorar entre otras, de igual manera la madre o el cuidador se verán en la tarea de enseñar lo que el mundo es.

Para futuras investigaciones, se sugiere analizar la incidencia del lenguaje en la vida del sordo. Ya que quedan muchas dudas y más preguntas sobre la comunicación, el lenguaje y el silencio por el cual atraviesa un sordo en su estructuración y en la cotidianeidad. La presente investigación se ha centrado en el análisis del niño sordo, su diagnóstico y el vínculo de apego, debido a eso no se ha buscado profundizar en la comunidad, comunicación, entre otras.

## BIBLIOGRAFÍA

- Ainsworth, M. B. (1978). *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*. London: Hillsdale.
- Anrango, M. I. (2002). *Estimulación Temprana* (Septima ed.). Bogota: Gamma S.A.
- Arruti, I. (2002). Hipoacusias en la edad infantil. Diagnóstico y tratamiento. *ANALES Sis San Navarra*, 25(2), 73-84.
- Aulagnier, P. (2005). *Un intérprete en busca de sentido* (Segunda ed.). Buenos Aires: Siglo Veintiuno.
- Barroso, O. (2014). El apego adulto: La relación de los estilos de apego desarrollados . *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 4, 1-25. Retrieved 05 22, 2016, from [http://www.psicociencias.com/pdf\\_noticias/Apego\\_Adulto.pdf](http://www.psicociencias.com/pdf_noticias/Apego_Adulto.pdf)
- Bowlby, J. (1998 ). *El apego*. Argentina: Paidós.
- Bowlby, J. (1998 ). *El Apego y la Pérdida* (Vol. II). Barcelona: Paidós.
- Bruer, J. T. (1999). *"The Myth of the First Three Years"*. New York: The free press.
- Bueso, J. (2015). Prueba de Tamizaje del Desarrollo de Denver II (DDST-II). Buenos Aires.
- Carrera, X. (2015, noviembre). *Fundacion vivir la sordera ecuador*. Retrieved from <http://vivirlasordera.com/index.php>
- CONADIS, C. N. (2013). *Agenda nacional para igualdad en discapacidades 2013-2017*. Quito: Secretaria Nacional de Planificación.
- Conde, L. (2015). Qsort de apego (AQS). Lima, Perú: Grupo de investigación relaciones vinculares y desarrollo socioemocional.
- Consejo Nacional de Igualdad de Discapacidades. (2013). *Guía sobre discapacidades*. Quito: CONADIS.
- Diaz, E. (2005). *El sujeto sordo en el lenguaje* (primera ed.). Buenos Aires: Irojo.
- Elizalde, M. (2005). Historia o enajenación. *Revista Subjetividad y Cultura*, 1-3. Retrieved from <http://subjetividadycultura.org.mx/wp-content/uploads/wp-post-to-pdf-cache/1/historia-o-enajenacion-un-interprete-en-busca-de-sentido.pdf>
- Erzurumlu, R. S. (2010). *Critical period for the whisker-barrel system*. *Experimental Neurology*. New Orleans: Exponeurol. Retrieved 12 05, 2009, from <http://doi.org/10.1016/j.expneurol.2009.12.025>

- Eyras, M. C. (2007). *La teoría del apego fundamentos y articulaciones de un modelo articulador*. Montevideo: Universidad Católica de Uruguay.
- Flavell, J. (1987). *La psicología evolutiva de Jean Piaget*. Buenos Aires: Paidós.
- Frankenburg, W. K. (1967, August). The Denver Developmental Screening Test. *The Journal of Pediatrics, Volume 71*, 181-191.
- Haber, A. (1973). *Estadística General*. Massachusetts: Fondo Educativo Interamericano.
- Hernández, R. (1991). *Metodología de la investigación*. Mexico: MCGRAW-HILL.
- INEC, I. N. (2010). *Población por condición de discapacidad, según provincia, cantón, parroquia y área de empadronamiento*. Quito: Unidad de procesamiento-dirección de estudios analíticos estadísticos -GALO LÓPEZ.
- Klein, M. (1946). Notas sobre algunos mecanismos esquizoides. "*The International Journal of Psycho-Analysis*", XXVII, 99.
- Lacan, J. (1957). *Seminario 5 Las Formaciones del Inconsciente*. Buenos Aires: Paidós.
- Menghella, J. (1997). *Pediatría* (Quinta ed.). Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Miller, J. A. (2001). *Del edipo a la sexuación*. Buenos Aires: Paidós.
- Oliva, A. (2004). Estado actual de la teoría del apego. *Revista de Psiquiatría y psicología del niño y adolescente*, 65-81.
- Organización Mundial de la Salud. (2015, marzo). *Organización Mundial de la Salud*. Retrieved from Organización Mundial de la Salud: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs300/es/>
- Oviedo, A. (2006, marzo 9). *Cultura Sorda*. Retrieved from <http://www.cultura-sorda.org/>
- Piaget, J. (1982). *La formación del símbolo en el niño*. Mexico: Fondo de Cultura económica.
- Posada, G. J. (1999). *Maternal care and attachment security in ordinary and emergency contexts*. *Developmental Psychology*, 30(6), 1379-1388. doi: 10.1037/0012-1649.35.6.1379.
- Repetur, K. (2005). Vínculo y desarrollo psicológico: la importancia de las relaciones tempranas. *Revista Digital Universitaria*, 6 (11), 1-15. Retrieved 05 22, 2016, from [http://www.revista.unam.mx/vol.6/num11/art105/nov\\_art105.pdf](http://www.revista.unam.mx/vol.6/num11/art105/nov_art105.pdf)
- Rodríguez, A. (2010). *Investigaciones Estratégicas*. Retrieved from Problemas y teorías integrales: <http://supervivir.org/docu.html>
- Roudinesco, E., & Plon, M. (1999). *Diccionario de Psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós Iberica.
- Sánchez, C. (1990). *La increíble y triste historia de la sordera*. Argentina: Creprosord.
- Spitz, R. (1991). *El primer año de vida del niño*. Mexico: Fondo de cultura económica.

- Tokuhama, T. (2011). *Mind, Brian, and Education Science*. New York: W.W. Norton and Company.
- Vega, V. (2015). *El complejo de edipo en Freud y Lacan*. Buenos Aires: Universidd de Buenos Aires. Retrieved 2016, from [http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios\\_catedras/obligatorias/055\\_adolescencia1/material/archivo/complejo\\_edipo.pdf](http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/055_adolescencia1/material/archivo/complejo_edipo.pdf)
- Waters, E. (1987). *Attachment Q-set (Version 3)*. New York: SUNY Stony Brook. Retrieved 05 15, 2016, from [http://www.psychology.sunysb.edu/attachment/measures/content/aqs\\_items.pdf](http://www.psychology.sunysb.edu/attachment/measures/content/aqs_items.pdf)
- Waters, E. (1995). *Appendix A: The attachment Q Set*. En E. Waters, B. Vaughn, G. Posada & K. Kondo-Ikemura (Eds.), *Caregiving, cultural, and cognitive perspectives on secure base behavior and working models: New Growing Points of Attachment Theory and Research. Monographs o. Theory and Research*. Monographs of the Society for Research in Child Development 60(2-3), 234-246. doi: 10.2307/1166181.
- Zenker, F. (2007). Potenciales evocados auditivos. *Centro de Información y Conocimiento*, 1133-1163.

### **Entrevistas**

- NN1. (2016, Junio 18). Entevista estructurada AQS. (M. J. Vargas, Interviewer)
- NN2. (2016, mayo 10). entrevista estructurada AQS. (M. J. Vargas, Interviewer)
- NN3. (2016, Junio 25). Entrevista estructurada AQS. (M. J. Vargas, Interviewer)
- NN4. (2016, junio 25). Entrevista Estructurada AQS. (M. José, Interviewer)
- NN5. (2016, Junio 25). Entrevista Estructurada AQS. (M. J. Vargas, Interviewer)

## ANEXOS

### Test Qsort de Apego

Número	Pregunta	Calificación	Respuesta
1	El niño comparte fácilmente las cosas. O deja que la mamá las coja cuando él las está usando si ella las pide?		
2	¿Cuándo el niño regresa a donde su mamá después de jugar, algunas veces está quejoso sin una razón clara?		
3	¿Cuándo el niño está molesto o enfermo, acepta que otros adultos (distintos a la madre) lo consuelen?		
4	¿El niño es cuidadoso y delicado con los juguetes y animales domésticos?		
5	¿El niño se interesa más por personas o cosas?		
6	¿Cuándo el niño está cerca de su mamá y ve algo con lo que quiere jugar, va hasta donde está lo que quiere sin quejarse y sin llevar a mamá con él?		
7	¿El niño sonríe fácilmente a las personas?		
8	¿Cuándo llora fuerte y el llanto dura mucho?		
9	¿El niño es alegre y juguetón la mayoría del tiempo, o suele estar triste y molesto?		
10	¿El niño frecuentemente se resiente o llora cuando la mamá lo pone en la cama para que haga la siesta, o cuando es momento de acostarse?		
11	¿Frecuentemente abraza o busca contacto con la mamá sin que lo pida?		
12	¿El niño se acostumbra rápidamente a personas o a cosas con las que inicialmente es tímido o lo asustan?		
13	¿Cuándo el niño está molesto debido a que la mamá se va, continúa llorando o incluso se molesta después de que ella se ha ido? ¿O deja de llorar inmediatamente después de que la mamá se va?		
14	¿Cuándo el niño se encuentra algo nuevo con qué jugar, se lo lleva a su mamá o se lo muestra desde donde él está?		
15	¿Si la mamá le pide, el niño está dispuesto a hablar con gente nueva a mostrarles los juguetes o lo que él puede hacer?		
16	¿El niño prefiere juguetes que son modelos de seres vivos o pelotas, bloque de plástico o madera etc.?		
17	¿El niño pierde interés rápidamente en los adultos desconocidos para él si ellos hacen cualquier cosa que les molesta?		
18	¿El niño sigue las sugerencias de su mamá, o ignora sus sugerencias a menos que ella ordene hacerlo?		
19	¿Cuándo la mamá le dice que traiga algo o que le de algo, el niño obedece? (desobediencia)		
20	¿El niño ignora la mayoría de caídas o llora por tropezones que no son mayor cosa?		

21	¿Cuándo el niño juega en casa, está pendiente de la localización de su mamá, la llama de vez en cuando o no está pendiente?		
22	¿El niño actúa como un padre afectuoso con muñecos, animales domésticos o bebés, o no tiene muñecos animales o bebés con quien jugar?		
23	¿Cuándo la mamá se sienta con otros miembros de la familia o es afectuosa con ellos, el niño trata de ganarse el afecto para él?		
24	¿Cuándo la mamá le habla firmemente o le alza la voz, el niño se resiente. Lo lamenta o se apena por haberla disgustado (no lo califique como característico si el niño se molesta simplemente debido a la voz alta o si se asusta simplemente porque lo pueden castigar)?		
25	¿Es fácil para la mamá saber dónde está el niño Cuando él juega fuera de su vista, o el niño llama y habla Cuando está fuera de la vista, o nunca juega fuera de la vista de la mamá?		
26	¿El niño llora cuando la mamá lo deja con en la casa con el papá, un abuelo, o con alguien que lo cuide?		
27	¿El niño se ríe cuando la mamá le "toma el pelo" o se enoja, o la mamá nunca le molesta al niño?		
28	¿El niño disfruta relajándose en las piernas de la madre, o prefiere relajarse en el suelo o en un asiento, o nunca se sienta quieto?		
29	¿Algunas veces e niño atiende tan profundamente a algo que parece que no oye cuando la gente le habla?		
30	¿El niño se enoja fácilmente con juguetes?		
31	¿El niño quiere ser el centro de atención de su mamá, es decir si la mamá está ocupada o está hablando con alguien el interrumpe, o no le importa ser el centro de atención?		
32	¿Cuándo la mamá dice no o lo castigan el niño deja de comportarse mal por el momento, o hay que repetirle varias veces no?		
33	¿Algunas veces el niño le indica a la mamá que quiere que lo ponga en el suelo e inmediatamente después protesta o quiere que lo levante otra vez?		
34	¿Cuándo el niño se fastidia por que la mamá lo deja, se sienta donde esta y llora, o le sigue a la mamá llorando, o no se fastidia?		
35	¿El niño es independiente de la mamá, es decir, prefiere jugar por si solo o prefiere jugar cerca de ella?		
36	¿Cuándo el niño juega usa a la mamá como base, es decir, se y juega o se acerca a la mamá y luego se vuelve a ir a jugar? ¿O permanece jugando lejos de la mamá u se acerca solo si es llamado?		
37	¿El niño es bien activo, prefiere juegos activos que calmados?		
38	¿El niño es exigente e impaciente con la mamá, se molesta y persiste a menos que la mamá haga lo que quiere inmediatamente?		
39	¿Frecuentemente el niño es serio Cuando está jugando lejos de la mamá o solo con sus juguetes?		

40	¿El niño examina en gran detalle objetos o juguetes nuevos, trata de usarlos de diversas formas o trata de desarmarlos?		
41	¿Cuándo la mamá le dice al niño que le siga lo hace, o no le sigue a la mamá?		
42	¿El niño reconoce Cuando la mamá está molesta, él se calma o se molesta también?		
43	¿El niño no está pendiente de la localización de su madre?		
44	¿El niño pide y disfruta cuando la mamá lo alza, abraza o arrulla?		
45	¿Al niño le gusta bailar o cantar la música que escucha?		
46	¿El niño camina y corre sin tropezarse?		
47	¿Si la mamá sonríe y le demuestra que es por diversión, el niño acepta y disfruta se lanzado al aire o mecido en las piernas, o se molesta incluso si la mamá le demuestra que para divertirse?		
48	¿El niño rápidamente deja que nuevos adultos cojan o compartan cosas que él tiene si ellos se las piden?		
49	¿Corre hacia la mamá con una sonrisa tímida cuando personas que él no conoce llegan de visita, o se enoja?		
50	¿La reacción inicial del niño cuando hay visitas es ignorarlas o evitarlas incluso si eventualmente interactúa con ellas?		
51	¿Al niño le gusta el contacto físico con las personas que visitan la casa cuando juega con ellas? ¿o el niño no juega con las visitas?		
52	¿El niño tiene problemas manipulando objetos pequeños o armando cosas pequeñas?		
53	¿Cuándo la mamá lo alza, el niño pone sus brazos alrededor de la mamá o en sus hombros, o no hace esfuerzo por ser alzado ni sostenerse?		
54	¿El niño actúa como si pensase que la mamá interferirá en sus actividades cuando ella simplemente trata de ayudarlo con algo?		
55	¿El niño copia de la mamá varios comportamientos o formas de hacer las cosas que ha observado de ella?		
56	¿El niño se vuelve tímido o pierde interés cuando alguna actividad parece ser que podría ser difícil?		
57	¿El niño no le tiene miedo a nada, o es temeroso?		
58	¿El niño usualmente ignora adultos que visitan la casa, o lo halla baste interesante incluso si es un poco tímido al principio?		
59	¿Cuando el niño termina una actividad o termina de jugar con un juguete, generalmente encuentra algo más que hacer son regresar a la mama entre actividad y actividad?		
60	¿Si la mamá lo reasegura diciéndole que "está bien", "no va a pasar nada" el niño se acerca o juega con cosas que lo asustan? Inicialmente lo asustan		
61	¿Juega bruscamente con la mamá? ¿Empuja, rasguña o muerde cuando participa en juegos activos?		
62	¿Cuándo el niño está de buen ánimo es probable que se mantenga a si todo el día, o su ánimo es muy cambiante?		
63	¿Incluso antes de intentar hacer cosas por el mismo, el niño trata de conseguir alguien que le ayude?		

64	¿El niño disfruta subirse encima de la mamá cuando juega con ella?		
65	¿El niño se molesta fácilmente cuando la mamá lo hace cambiar de una actividad a otra?		
66	¿El niño le toma cariño fácilmente a gente adulta que visita la casa y que es amigable con él?		
67	¿Cuándo la familia tiene visita, el niño quiere que los visitantes le presten bastante atención?		
68	¿En promedio el niño es una persona más activa que la mamá?		
69	¿Rara vez le pide ayuda a la mamá? ¿A menudo le pide ayuda a la mamá?		
70	¿El niño rápidamente saluda a la mamá con una gran sonrisa cuando ella entra al cuarto donde él está?		
71	¿Si la mamá lo alza cuando está asustado o molesto, el niño deja de llorar y se recupera rápidamente?		
72	¿Si las visitas se ríen o aprueban lo que el niño hace, lo repite varias veces?		
73	¿El niño tienen un juguete favorito o una cobija que carga por la casa o lleva a la cama cuando va a acostar o que carga cuando está molesto?		
74	¿Cuándo la mamá no hace inmediatamente lo que él quiere, el niño se comporta como si ella no lo fuera hacer: protesta se enoja, se pone hacer otras cosas, etc.?		
75	¿En la casa, el niño se pone molesto cuando la mamá sale del cuarto dónde están?		
76	¿Cuándo se le da a escoger, prefiere jugar con juguetes a jugar con personas adultas?		
77	¿Cuándo la mamá le pide que haga algo, el niño rápidamente entiende lo que la mamá quiere, obedece?		
78	¿El niño disfruta ser abrazado o alzado por personas distintas a sus padres o abuelo?		
79	¿El niño se molesta con la mamá fácilmente?		
80	¿El niño usa las expresiones faciales de la mamá como fuente información cuando algo parece amenazante o de riesgo?		
81	¿El niño llora para conseguir que la mamá haga lo que él quiere?		
82	¿Cuándo el niño juega, pasa la mayoría de su tiempo con solo algunos juguetes o actividades favoritas?		
83	¿Cuándo el niño está aburrido va a donde la mamá buscando algo que hacer?		
84	¿El niño hace al menos un esfuerzo por ser limpio y ordenado en la casa?		
85	¿Al niño lo atraen fuertemente nuevas actividades y juguetes nuevos?		
86	¿El niño trata de lograr que su mamá lo imite, o cuando ella lo hace por sí misma, él se da cuenta rápidamente y lo disfruta?		
87	¿Si la mamá se ríe o aprueba algo que el niño hace, él lo repite una y otra vez?		
88	¿Cuándo algo molesta al niño, él se queda dónde está y se pone a llorar?		

89	¿Cuándo el niño juega con algo, sus expresiones faciales son fuertes y claras?		
90	¿Si la mamá se va muy lejos el niño la sigue y continua jugando en el nuevo sitio donde ella está?		

## Consentimiento Informado

El presente es un consentimiento de fe de su participación voluntaria en esta investigación, la cual pretende ampliar el conocimiento sobre el estilo de apego que se evidencia en la interacción de la relación madre e hijo en personas con deficiencia auditiva. Esta investigación será presentada como disertación de la estudiante María José Vargas con cedula de identidad 1721545331, para obtener su título de grado de Psicología Clínica en Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Su participación tiene como objetivo recolectar información anónima acerca de usted, la reacción con su hijo y otros aspectos de su vida, en especial, con la deficiencia auditiva del mismo. El proceso consiste en responder a una entrevista estructurada, que consta de la aplicación de un test llamado QSORT apego. La actividad tiene una duración aproximada de 45 minutos o hasta 1 hora. La calidad de información que usted provea es importante para los fines de esta investigación. Por favor, sea honesta y abierta al responder las preguntas. La información será registrada en grabación de audio y mediante algunos apuntes realizados por la estudiante. Estos registros serán manejados de manera confidencial.

Recuerde que se conservara el anonimato de la información recolectada. Es decir, no se pondrá en descubierto su identidad. Se utilizaran números, no nombres para designar a los participantes y los datos específicos que puedan dar pistas de su identidad serán omitidos o modificados, sin alterar el contenido que sirva a los fines de esta investigación. Cabe decir que su participación es totalmente voluntaria: tiene la opción de colaborar con esta investigación y también la opción de negarse a hacerlo o de retirarse en medio de ella si así lo desea. Su colaboración informada es importante, por lo que si tiene alguna duda adicional, contáctese al 0997741711 con la estudiante María José Vargas quien puede ampliar la información de ser el caso. Puede conocer los resultados de esta investigación cuando haya finalizado y sea publicada.

Yo, \_\_\_\_\_ con CI \_\_\_\_\_, declaro que acepto participar en esta investigación de manera voluntaria y he obtenido información de calidad que me permita tomar esta decisión con libertad.

Quito, \_\_\_\_\_ del mes \_\_\_\_\_ del 2016.

\_\_\_\_\_

Firma autorizante

\_\_\_\_\_

Firma de la estudiante