

Fortalecer la Autoestima en Niños con Discapacidad Auditiva

**Universidad Antonio Nariño**

**Facultad de Ciencias Humanas**

**Programa de Psicología**



**PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA PARA FORTALECER LA  
AUTOESTIMA EN NIÑOS DE 8 A 12 AÑOS CON DISCAPACIDAD AUDITIVA A  
PARTIR DE UNA REVISION DOCUMENTAL**

**Robin Andry Rocha Masmela**

**Ibagué – Colombia**

**2020**

**Universidad Antonio Nariño**

**Facultad de Ciencias Humanas**

**Programa de Psicología**



**PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA PARA FORTALECER LA  
AUTOESTIMA EN NIÑOS DE 8 A 12 AÑOS CON DISCAPACIDAD AUDITIVA A  
PARTIR DE UNA REVISION DOCUMENTAL**

**Robin Andry Rocha Masmela**

**Docente Asesor**

**Ps. Mag. Helmer Chacón Peralta**

**Ibagué – Colombia**

**2020**

**Nota de aceptación**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Docente asesor**

---

**Jurado lector**

---

**Jurado 2**

**Ibagué, noviembre 2020**

### **Agradecimientos**

Agradezco profundamente a mi familia que me acompañó en cada paso y decisión que tomé para mi formación. A mi madre y a mi padre que durante toda la vida han trabajado por brindarme la educación y acompañamiento que he necesitado. De igual manera, agradezco a la universidad y a los docentes por el conocimiento y la experiencia de la educación superior.

**Muchas gracias.**

## Tabla de contenido

<b>Introducción .....</b>	<b>11</b>
<b>Referente Teórico.....</b>	<b>18</b>
Antecedentes .....	18
<b>Marco Teórico .....</b>	<b>23</b>
Autoestima .....	23
<i>Definición</i> .....	23
Discapacidad auditiva .....	28
<i>Clasificación</i> .....	29
Etapa del desarrollo del ciclo vital .....	32
Teoría del modelo psicológico cognitivo conductual .....	34
Inclusión educativa.....	37
Protocolo de intervención.....	39
<i>Principios de la intervención</i> .....	40
Marco legal.....	41
<b>Metodología .....</b>	<b>41</b>
Criterios de Inclusión .....	42
Fuentes de información .....	42
Procedimiento.....	42
<b>Resultados .....</b>	<b>42</b>
Análisis e interpretación de resultados.....	42

<b>Discusión y conclusiones</b> .....	<b>47</b>
<b>Referencias</b> .....	<b>53</b>
<b>Anexos</b> .....	<b>61</b>

**Listado De Tablas**

Tabla 1. Posibilidades de audición y lenguaje de acuerdo al grado de pérdida auditiva ..... 28

Tabla 2. Año y país de publicación..... 43

Tabla 3. Tipo de documento ..... 44

Tabla 4. Características de la muestra..... 45

Tabla 5. Programa de intervención utilizado y número de sesiones ..... 46

## Lista de Figuras

<i>Figura 1.</i> Jerarquía de las necesidades de Maslow.....	24
Figura 2. Peso, altura, habilidades motoras, desarrollo de los diferentes órganos. Fuente: (Delgado Losada, 2015).....	33
Figura 3. Etapas del desarrollo del ciclo vital. Fuente: Delgado, M. (2015).....	36



**Protocolo de Intervención Psicoeducativa para Fortalecer la Autoestima en Niños de 8 A 12 Años con Discapacidad Auditiva a Partir de una Revisión Documental**

**Resumen**

Es importante entender que la deficiencia auditiva, hipoacusia o sordera consiste en la disminución o pérdida de la audición. Una de las principales consecuencias de la pérdida de audición es la limitación de la capacidad de la persona para comunicarse con los demás generando sensación de soledad, problemas de autoestima, aislamiento y frustración. Aspectos que, tienen repercusiones directas en la educación, puesto que la opinión que los sujetos tengan de su competencia, es fundamental para obtener un buen desempeño escolar, las experiencias de éxito o fracaso. La presente revisión documental, plantea como objetivo general el diseño de un programa de intervención psicoeducativa para fortalecer la autoestima en niños con discapacidad auditiva. Esta investigación fue realizada bajo el paradigma empírico analítico, con un enfoque documental. Los resultados fueron el diseño de un protocolo y la revisión documental necesaria para el mismo. Teniendo en cuenta la revisión realizada, se encontró que en Latinoamérica existen pocos protocolos de intervención de la autoestima en esta población, y en particular en Colombia no se han desarrollado investigaciones o programas recientemente. Del mismo modo, se encontró que los resultados sobre la efectividad de dichos protocolos son poco concluyentes.

Esta revisión, intentó responder al vacío del conocimiento que existe en torno al tema, y resulta de gran relevancia para la comunidad académica y científica que desee aportar al fortalecimiento de la autoestima en la población de niños y niñas con discapacidad auditiva

**Palabras clave:** Deficiencia auditiva, autoestima, protocolo de intervención psicoeducativo, Colombia.

**Psychoeducational Intervention Protocol to Strengthen Self-esteem in Children 8-12 Years  
with Hearing Disability Based on a Documentary Review**

**Abstract**

It is important to understand that hearing deficiency, hearing loss, or deafness consists of decreased or lost hearing. One of the main consequences of hearing loss is the limitation of the person's ability to communicate with others, generating feelings of loneliness, self-esteem problems, isolation and frustration. Aspects that have direct repercussions on education, since the opinion that the subjects have of their competence, is fundamental to obtain a good school performance, the experiences of success or failure (Rosenberg, 1995).

The present research aims to design a psycho-educational intervention program to strengthen self-esteem in children with hearing disabilities. This research was conducted under the analytical empirical paradigm, with a documentary approach. The results were the design of a protocol and the documentary review necessary for it.

**Keywords:** Hearing impairment, Self-esteem, psychoeducational intervention protocol, Colombia.

El presente trabajo de investigación, corresponde a una revisión documental sobre el estado actual de los protocolos de intervención de la autoestima en niños y niñas con discapacidad auditiva.

El propósito principal es realizar una búsqueda exhaustiva de información relacionada con los protocolos de intervención de la autoestima desarrollados en Latinoamérica y España en la población de niños y niñas con discapacidad auditiva.

Esta investigación, es de gran utilidad en el ámbito académico, pues Brinda información importante con relación a las características de la autoestima en esta población. Además, facilita la aplicación de herramientas de intervención, ya que muestra el estado actual de protocolos usados, y a partir de ahí, crear nuevas y mejores herramientas.

Finalmente, esta revisión permitió identificar el vacío de conocimiento que hay en torno al tema, lo cual reafirma la importancia de continuar realizando revisión documental y diseñando protocolos de intervención de esta problemática.

La deficiencia auditiva, hipoacusia o sordera, consiste en la disminución o pérdida de la audición, las causas de deficiencia auditiva son múltiples y las diferencias Individuales muy grandes: pueden producirse alteraciones de distinto grado en el desarrollo del lenguaje, el habla y la voz, así como en el desarrollo cognitivo y de las habilidades sociales (Garaigordobil, 2010).

Dentro de las variables fundamentales que determinan el tipo de deficiencia auditiva son: el momento en el que se produce la pérdida auditiva, lo que permite diferenciar entre deficiencias prelocutivas (congénitas o acaecidas durante los tres primeros años de vida) y post/acutivas; El grado de pérdida auditiva, según el cual se distingue entre hipoacusia leve o ligera, profunda y total o anacusia (ausencia de resto auditivo) y por último la estructura fisiológica alterada (Santana y Torres, 2003).

Asimismo, la Organización Mundial de la Salud, OMS, en el año 2019 estimó que 466 millones de personas en todo el mundo padecen pérdida de audición discapacitante; de las cuales 34 millones son niños y niñas y de estos casos 1100 millones de jóvenes (entre 12 y 35 años de edad) los cuales están en riesgo de padecer pérdida de audición por su exposición al ruido en contextos recreativos. Se calcula que, en el 2050, más de 900 millones de personas, es decir, una de cada 10 sufrirá una pérdida de audición.

Una de las principales consecuencias de la pérdida de audición es la limitación de la capacidad de la persona para comunicarse con los demás, en los niños con pérdida de audición, el desarrollo del habla se suele retrasar, dichos problemas de comunicación pueden tener efectos importantes en la vida cotidiana y generar sensación de soledad, problemas de autoestima, aislamiento y frustración (OMS, 2019). Según Villalba (1996), con frecuencia, el niño sordo o hipoacúsico percibe que no le entienden o incluso que él mismo no comprende lo que la otra persona intenta decirle. Además, se siente comparado con el resto continuamente o ignorado en

aquellas áreas en las que sí puede rendir igual que los demás, perjudicando notablemente el grado de satisfacción en sus relaciones interpersonales, su rendimiento académico, así como el desarrollo de su autoestima y su auto concepto.

Es importante tener en cuenta que, la autoestima resulta una variable crítica en personas con deficiencias auditivas (Satapathy y Singhal, 2012); al tener una discapacidad sensorial que no les permite relacionarse de una manera socialmente aceptada; hace que se generen sentimientos de frustración que impactan de manera directa en el autoreconocimiento y la imagen propia; por lo que el amor propio y la autoestima se ve afectada. Esto se evidencia en la niñez y juventud; durante el crecimiento se da la comparación social la cual desempeña un papel fundamental en el desarrollo de la autoestima, puesto que la persona se evalúa en comparación con los otros (Allen & Gilbert, 1995). Lo cual promueve la generación de pensamientos negativos en base a la limitación auditiva, lo que supone una amenaza potencial para la autoestima y un riesgo para la salud (Pérez & Garaigordobil, 2007).

La baja autoestima tiene consecuencias directas sobre la prevalencia de ideación suicida o intento de suicidio en adolescentes, por el contrario, la autoestima positiva protege a los niños y adolescentes frente a la aflicción mental y el pesimismo (Erikson, 1994). Por ende, el desarrollo adecuado de la autoestima constituye un factor protector de varios problemas psicológicos (Ceballos-Ospino, 2015); por ejemplo, las consecuencias de una baja autoestima repercuten en el desarrollo socioemocional del niño, así como en el ámbito escolar. Muchos niños con una valoración negativa de sí mismos experimentan ansiedad, miedos injustificados, enfermedades psicosomáticas e hipersensibilidad (Zamora Lorente, 2012, p.5). En este mismo sentido, se puede ampliar la descripción de las consecuencias de una baja autoestima en lo niños:

Estado de insatisfacción consigo mismo, se echará la culpa de todos sus fracasos, presentará continua indecisión, deseará complacer a los demás por miedo a decir que no, mostrará excesiva culpabilidad, acusándose y condenándose tanto por conductas por personas que no suelen ser objetivas, permanente irritabilidad (sentirse mal por todo), tendencia a sentirse negativo con lo que ocurre (Rios Tolejano, 2009, p.2).

Un estudio reciente del Instituto de Investigación en Atención Primaria Jordi Gol (2019), detectó que los más jóvenes tienen un grado de distorsión de su imagen corporal más elevado, de igual forma, la autoestima ha presentado gran correlación con variables que interfieren en su desempeño académico. (Montesdeoca & Villamarín, 2017).

Teniendo en cuenta estos aspectos, es especialmente importante desde el punto de vista psicológico el: auto-concepto, auto-imagen, auto-realización y auto-conocimiento, puesto que, los niños, niñas y adolescentes consolidan su sentido de la identidad (OMS, 2017), y acabará consolidando su personalidad, la cual estará determinada por la seguridad o inseguridad en sí mismo y en los demás (Hidalgo, Fierro, & Vicario, 2017), construyendo una teoría positiva o negativa sobre sí mismos que tendrá una importancia decisiva para el resto de su vida (López, 2015).

Una autoestima saludable es fundamental porque favorece: un mejor estado de ánimo y estado de bienestar general, motivación y energía, reduce la probabilidad de sufrir problemas de carácter psicológico y social (OMS, 2018) posicionándose desde un comportamiento digno hacia uno mismo, capacidad de autocuidado y de proteger los propios intereses legítimos y derechos, hacer uso de las propias habilidades y capacidades con satisfacción (IMA, 2017).

En Colombia, los daños de oído, pérdida de audición y sordera son considerados como un problema de salud pública, porque van en aumento y pueden ser incapacitantes; donde cerca de 7

millones de personas padecen de problemas de audición y al menos 500 mil son sordos totales (Ministerio de Salud Protección Social, 2017).

Aspectos que, tienen consecuencias en la educación, puesto que la opinión que los sujetos tengan de su competencia, es fundamental para obtener un buen desempeño escolar, las experiencias de éxito o fracaso, bajo un juicio de capacidad o incapacidad crean en el estudiante, actitudes que favorecen u obstaculizan el éxito escolar (Rosenberg, 1995). Con lo anterior, se ha encontrado que los estudiantes con baja autoestima se caracterizan porque, tienden a percibir mayor infelicidad en todos los aspectos de su vida: carecen de confianza en sí mismos, se aíslan socialmente, sufren rechazo por parte de sus compañeros, son más agresivos, tiene comportamientos delictivos y tienden a presentar algunas psicopatologías (Self-esteem, & Adolescents, 2017).

Se considera que los niños con necesidades educativas especiales (NEE), requieren de apoyos adicionales para su educación puesto que se encuentran en desventaja, física, psicológica y social (Bautista, 1993). Su educación trata de un proceso mediante el cual, los niños adquieren las pautas y normas de comportamiento, así como los valores y actitudes propios del grupo social y cultural al que pertenecen a través de la interacción con su entorno interpersonal y contextualizado (Pérez & Garaigordobil, 2007).

El sistema educativo colombiano ha tenido una deuda histórica con los niños y niñas en condición de discapacidad, sea física, cognitiva o funcional; las políticas de inclusión hasta hace muy poco comenzaron a estar en la mira del Ministerio de Educación Nacional, y el tema hasta ahora está en la agenda de las instituciones educativas, sean públicas o privadas. Como consecuencia de lo anterior, la escuela en nuestro país no está preparada para atender a los niños en condición de discapacidad: los docentes no están preparados, las instalaciones no están

adecuadas y no existen los protocolos de atención; es en este último punto en donde se concentra esta investigación.

La revisión documental arrojó como resultado que existen pocos estudios y aún más pocos protocolos diseñados; en donde se entrelacen el fortalecimiento de la autoestima en población infantil con discapacidad auditiva; esto hace más relevante esta investigación.

Teniendo en cuenta lo expuesto anteriormente, se plantea la siguiente pregunta de investigación ¿Cuáles son las características de los protocolos de intervención de la autoestima en niños y niñas con discapacidad auditiva?

Para realizar esta investigación se planteó como objetivo general Realizar una revisión bibliográfica sobre el estado actual de los protocolos de intervención psicoeducativo, para fortalecer la autoestima en niños de 8 a 12 años con discapacidad auditiva.; igualmente se plantearon los siguientes objetivos específicos del protocolo de intervención

Identificar distintos diseños de protocolos basados en la evidencia empírica en niños con discapacidad auditiva y con el componente de la autoestima, que sirvan como fundamento para la construcción de un nuevo instrumento.

Describir las características de los protocolos para mejorar la autoestima en niños con discapacidad auditiva.

Diseñar un protocolo de intervención con base en la revisión documental.

La justificación de esta investigación se basa en la condición de vulnerabilidad que sufren los niños con discapacidad auditiva, se hace necesario generar herramientas efectivas de promoción y prevención que permitan ser un reforzador positivo en la autoestima, lo cual se puede



lograr a través de un protocolo de intervención psicoeducativo; en el que se incluyen un conjunto de procesos que, en su idoneidad, tiene en cuenta que la autoestima es una de las principales fuentes de motivación de los niños con discapacidad auditiva.

Esta investigación pretende brindar las herramientas psicoeducativas para una actuación temprana en niños y niñas con discapacidad auditiva, desde la transformación de los procesos educativos, mediante la elaboración de un protocolo. Esta investigación busca impactar en la cultura escolar abierta a la inclusión de niños, niñas con este tipo de discapacidad sensorial. También busca promover hábitos saludables que influyan directamente sobre sus competencias cognitivas, sociales, y procesos psicológicos de autoreconocimiento, autoimagen, y autoconcepto, para así minimizar los comportamientos de riesgo que puedan alterar el desarrollo de los niños con discapacidad auditiva. (Ausubel, 1997).

Por ende, esta investigación busca beneficiar desde el campo de la psicología educativa a los niños y niñas con discapacidad auditiva, al intervenir en la vida de los participantes en forma positiva en una etapa constituida de desafíos: inicio y consolidación de la vida escolar, y consolidación de los procesos de constitución de la identidad y en particular para los niños con discapacidad auditiva: integración tanto social como escolar; puesto que atender las necesidades educativas de todos los niños y que éstos estén en igualdad de condiciones y oportunidades que permite tener una educación de calidad.

El diseño de un protocolo de intervención psicoeducativo, ayuda a promover los niveles de autoestima favorables, contribuye a mejorar las relaciones socio afectivas en el aula, favoreciendo los procesos de aprendizaje que favorecen el poder enfrentar diversas situaciones que se puedan presentar en el ambiente escolar.

En términos curriculares, la política educativa nacional tiene como pilar para la inclusión educativa de niños con Necesidades Educativas Especiales, el apoyo en herramientas psicológicas; puesto que se hace necesario promover en el sistema educativo la normalización de la inclusión educativa para los niños neurotípicos y sin discapacidades sensoriales y así buscar una auto-aceptación de las limitaciones auditivas de los niños que las poseen. Lo anterior con el fin de lograr una mejor convivencia con un trato menos restrictivo, ya que el objetivo de la inclusión es brindar respuestas apropiadas al amplio espectro de necesidades de aprendizaje, tanto en entornos formales como no formales de la educación como lo es la autoestima.

Este protocolo también va a permitir complementar y fortalecer su proceso escolar en los niños; a través de la creación y dotación de material educativo, consistente en una cartilla con la forma de ejecución del protocolo.

## **Referente Teórico**

### **Antecedentes**

En la Universidad Pontificia de Salamanca, España Taberero, Serrano y Rosario, (2017), realizaron un estudio titulado “Estudio comparativo de la autoestima en escolares de diferente nivel socioeconómico”, con el objetivo analizar si las experiencias derivadas de la diferente situación sociocultural pueden tener alguna repercusión en la valoración personal de la autoestima de los alumnos de segundo ciclo de educación infantil y de primer ciclo de educación primaria.

Participaron 1,757 niños y niñas de edades comprendidas entre los 3 y los 7 años de edad con diferente el nivel socioeconómico. Los resultados mostraron un efecto de interacción entre la variable nivel socioeconómico y la variable sexo. Se evidencia un efecto significativo del factor nivel socioeconómico. Se concluyó algunos de los grupos sociales estudiados presentan déficits

en su autoestima con relación a otros grupos de su edad y sexo, vemos la necesidad de poner en práctica programas de intervención escolar con los que mejoran la autoestima en los grupos más desfavorecidos.

En Santa Marta, Colombia, se realizó un estudio por Ospino y Colorado (2015) titulado “Ideación suicida, depresión y autoestima en adolescentes escolares de santa marta”, fue una investigación tipo no experimental descriptivo, se contó con 739 adolescentes estudiantes de los grados noveno, décimo y undécimo en un colegio perteneciente a la Unidad Administrativa de Organización Escolar (UAOE) N° 5 de la ciudad de Santa Marta en edades comprendidas entre 15 a 19 años, para la recolección de los datos se auto aplicó el Inventario de Depresión de Beck.

Los resultados arrojados evidencia que estadísticamente existe entre depresión e ideación suicida una correlación significativa, lo cual señala que a mayor nivel de depresión presente en lo sujetos, mayor riesgo de ideas suicidas o tienen alta probabilidad que las presenten en algún momento de su vida, concluyendo así que, los adolescentes que presentan sintomatología depresiva y autoestima deteriorada merecen especial tratamiento, intentando la reducción de muertes por suicidio y el aumento de la esperanza de vida en los jóvenes.

Por otro lado, un estudio de pre prueba y post prueba titulado “Propuesta de intervención educativa para la prevención de la conducta suicida en adolescentes en la ciudad de Manizales (Colombia)” realizado por Daza, Nieto y Londoño (2017), con el objetivo de realizar una intervención educativa para la prevención de la conducta suicida en adolescentes entre los grados 6° a 8° de un colegio de la ciudad de Manizales el cual conto con la participación de 103 adolescentes, se aplicaron las pruebas: Adicionalmente se aplicaron la escala de Riesgo Suicida de Plutchik, la encuesta mito o realidad, escala de Asertividad de Rathus, y escala de autoestima de Rosenberg.

Conto con una intervención de 8 sesiones, con los estudiantes participantes divididos en 4 grupos arrojó que, al comenzar la investigación, en la realización del pre-test se detectó un factor de riesgo suicida positivo y baja autoestima, se observa que en todos los casos la diferencia entre el pos-test y el pre-test resultó significativa los resultados permiten evidenciar la pertinencia y eficacia de la intervención en adolescentes.

Schoeps, Tamarit, González y Castilla (2019), realizaron un estudio titulado “Competencias emocionales y autoestima en la adolescencia: impacto sobre el ajuste psicológico”, con el propósito de estudiar el impacto de las competencias emocionales y la autoestima en el ajuste psicológico de los adolescentes, teniendo en cuenta las diferencias de sexo y de edad. Participaron 855 adolescentes españoles entre 12 y 15 años de edad.

Se evaluaron mediante el Cuestionario de Habilidades y Competencias Emocionales (ESCQ), la Escala de Autoestima de Rosenberg (RSE) y el Cuestionario de Fortalezas y Dificultades (SDQ), los resultados indicaron diferencias significativas de sexo, pero no con respecto a la edad en donde los chicos obtuvieron un nivel de autoestima más alto que las chicas. El análisis de los resultados señaló que las competencias emocionales y la autoestima se relacionan con menos problemas emocionales y conductuales, los resultados ponen de manifiesto el rol predominante de la autoestima para predecir el ajuste psicológico de los adolescentes, especialmente los síntomas emocionales.

Por último, un estudio realizado en Jamaica por Gardner y Lambert (2019) titulado “Examinar la interacción de la autoestima, la inteligencia emocional y la edad con depresión durante la adolescencia” con una muestra de 334 adolescentes jamaicanos de 10 a 18 años ( $M = 14.74$ ,  $DE = 1.95$ , 51% niños) completaron encuestas que miden la autoestima, el TEI y los síntomas depresivos.

Tuvo con resultado que, los adolescentes mayores reportaron mayores síntomas depresivos y menos autoestima en comparación con los adolescentes más jóvenes, y las correlaciones mostraron que menos autoestima y TEI se asociaron con más síntomas depresivos, este estudio indica la importancia de futuros estudios en el Caribe para examinar estas asociaciones a lo largo del tiempo, dadas las significativas diferencias de edad reveladas.

En referencia a los antecedentes de protocolos para el fortalecimiento de la población infantil con discapacidad auditiva, El Ministerio de Salud y protección social colombiano publicó hace algunos años el protocolo: “Somos todos oídos” Manual de buenas prácticas en salud auditiva y comunicativa. Ministerio de Salud y Protección Social, el cual buscó ser:

...un documento para conocer, aprender, aplicar y contar sobre la salud auditiva y comunicativa, en el marco de la promoción de la salud. Contiene información de carácter pedagógico que facilita el aprendizaje y desarrollo de capacidades para el cuidado de la salud, adopción de conductas protectoras, medidas para intervenir los riesgos y fomento de estilos de vida saludable; integra aspectos relacionados con la transformación positiva de entornos, mejoramiento de condiciones de vida y cambio de conductas, para que las personas tomen decisiones conscientes y autónomas sobre su propia salud. (Molano Cubillos, 2013)

La Consellería de Educación (2019), Universidad de Formación Profesional, de la Xunta de Galicia, España; publicó recientemente un protocolo para la atención educativa al alumnado con discapacidad auditiva. El cual, se concentra en detección temprana de la condición de audición baja y sordera, así como brindar herramientas para su manejo a familiares y docentes; propiciando un ambiente de inclusión educativa.

En este mismo sentido, se encuentra la Guía para profesionales en distintos ámbitos: Atención temprana a niñas y niños sordos (2007); obra fruto del trabajo colectivo de los profesionales de la Fundación CNSE para la Supresión de las Barreras de Comunicación. Esta guía, se concentra en brindar herramientas para las familias en el proceso de inclusión escolar de niños con discapacidad auditiva.

Dentro del campo de las investigaciones académicas, se encuentra la tesis de maestría de Ezzitzen Leire Velasco Renobales (2015) titulada, “Propuesta de protocolo de actuación ante alumnos sordos para profesores de formación y orientación laboral (fol).” La cual, se centra en brindar herramientas a los docentes y profesionales que atienden a niños escolarizados con discapacidad educativa.

Siguiendo con las guías y protocolos dirigidos a profesores y profesionales que atienden población infantil con discapacidad auditiva; se encuentra la guía elaborada por la agrupación de Personas Sordas de Zaragoza y Aragón, ASZA, (2010); titulada: “Estrategias, Recursos y Conocimientos para poner en práctica con alumnos sordos y/o con discapacidad auditiva Guía para profesores.”, la cual tiene especial relevancia por ser un documento elaborado por población con discapacidad auditiva para niños en la misma condición; busca dar herramientas a docentes para el fortalecimiento de la autoestima.

Dentro de las investigaciones y protocolos propuestos desde la academia, también se encuentra la tesis de maestría de Esther Moreno Martín (2017) titulada “Intervención socioeducativa con niños y niñas sordos(as), propuesta de mejora para para un IATYS (Instituto de atención temprana y seguimiento).” Este trabajo se centra en especialmente en fortalecer en la población infantil con discapacidad auditiva sus habilidades de bilingüismo: lenguaje de señal y lengua oral; con el objetivo de fortalecer su autoestima e inclusión escolar y social.

Otro estudio realizado es el de Ramos, S (2013), propone un protocolo de atención titulado: “Alumnos con discapacidad auditiva necesidades y respuestas educativas.” El cual busca brindar herramientas conceptuales y prácticas para la atención de niños con discapacidad auditiva dentro del sistema educativo.

### **Marco Teórico**

Para una mejor comprensión de los aspectos relevantes de esta investigación, se abordan a continuación los fundamentos teóricos la autoestima, discapacidad auditiva protocolo de intervención, etapas del ciclo vital, inclusión educativa y teorías del modelo psicológico.

#### **Autoestima**

##### ***Definición***

La autoestima, es entendida como la estimación que tiene de su propia valía, el valor que le atribuye a su identidad (Harrison, 2014). Es la opinión propia que le permite al individuo expresar un sentimiento de autovaloración, el cual se manifiesta con una actitud positiva o negativa respecto a sus capacidades y necesidades (Tobergte & Curtis, 2014). Esta investigación se apoya en el modelo teórico para la autoestima, de la teoría psicológica conocida como la jerarquía de necesidades propuesta por Abraham Maslow en el año de 1943.



Figura 1. Jerarquía de las necesidades de Maslow

La jerarquía de necesidades postula que conforme los seres humanos van satisfaciendo sus necesidades básicas, desarrollan necesidades y deseos más elevados, los cuales se explican a continuación:

*Las necesidades fisiológicas:* comprenden la necesidad de alimento, agua, oxígeno, sueño y sexo.

Por *necesidades de seguridad:* Maslow alude al menester del individuo de un entorno relativamente estable, seguro y predecible para vivir.

Referente al *sentido de pertenencia y el amor:* a todos nos motiva la búsqueda de relaciones íntimas y de sentirnos parte de diversos grupos, como la familia y los compañeros.



Maslow (1954) concibe dos tipos de *necesidades de reconocimiento*: Primero, tenemos el deseo de competir y de sobresalir como individuos. Segundo, necesitamos el respeto de los demás: posición, fama, reconocimiento y apreciación de nuestros méritos. Cuando estas necesidades no se satisfacen, el individuo se siente inferior, débil o desamparado. La sana autoestima proviene del esfuerzo personal, el cual da por resultado logros y el respeto de los demás.

*la autorrealización*, es decir, que aprendan a explotar sus talentos y capacidades. La forma que adopta esta necesidad varía de una a otra persona.

Explica que, aun cuando se satisfagan estas necesidades, las personas siguen sintiéndose frustradas o incompletas a menos que experimenten la autorrealización, es decir, que aprendan a explotar sus talentos y capacidades.

La forma que adopta esta necesidad varía de una a otra persona, el sentido de identidad, el éxito en alguna actividad y el compromiso con un sistema de valores son tan esenciales para el bienestar psicológico como la seguridad, el amor y la autoestima.

De igual forma, (Murk, 1999), definió la autoestima como aquella evaluación que realiza y mantiene comúnmente el individuo en referencia a sí mismo, por tanto, la autoestima no es solo un sentimiento, implica factores perceptuales y cognitivos.

Branden (1993) menciona que, la autoestima consiste en dos componentes:

a. La confianza de poder pensar y enfrentar los desafíos de la vida, confiar en la capacidad de uno mismo, para pensar, aprender, elegir, tomar decisiones correctas para así superar los retos y producir cambios.

b. El respeto por uno mismo, o la confianza en su derecho a ser feliz, confianza en que las personas son dignas de logros, éxito, amistad, respeto, amor, así como a tener derecho de aceptar nuestras necesidades y carencias.

Asimismo, señala que el fomento de la autoestima debe integrarse con programas escolares al menos por dos razones:

1. Apoyar a los estudiantes en su desempeño académico, promoviendo la adaptación, apartarse de las drogas, evitar embarazos, entre otras.

2. Como ayuda para una correcta preparación psicológica ante el mundo en el que la mente es el principal activo capital (Branden, 1994).

La autoestima tiene una estructura multidimensional (Hattie,1992), uno de los conceptos más relevantes con relación al sí mismo es el autoconcepto, el cual refiere a un juicio o evaluación sobre cuán positiva o negativamente se percibe un sujeto en un área de su vida (Harter, 1999). Se puede considerar la autoestima como un aspecto del autoconcepto (Berk, 1998).

Para González (1999), el auto concepto hace referencia a aspectos cognitivos o de conocimiento. Se define como el conocimiento y las creencias que el sujeto tiene de él mismo en todas las dimensiones y aspectos que lo configuran como persona (corporal, psicológica, emocional, social, entre otros). Así, los términos que se pueden intercambiar con autoconcepto son los de self (Hattie, 1992):

*Autovaloración.* La percepción o juicio que el individuo hace de sí mismo. Junto con los ideales, las metas y los propósitos. (Bozhovich, 1976).

*Autoidentidad.* Los contenidos asignados a partir de su experiencia, sus anhelos y sus deseos sobre sí misma (Legarde, 2000).

*Autoimagen.* Es la aceptación positiva, de lo que se refleja a otros, la cual está basada en el aspecto personal y el cuidado que se tiene de sí mismo, lo que conlleva a la aceptación, amarse y quererse (Vernieri, 2006).

*Autopercepción.* Concepto del sí mismo y en función de éste, procesa y organiza la información de su contexto en una estructura que le proporciona la base de principios para actuar en el presente y en el futuro (Sáez & Vega, 1989).

*Autoconocimiento.* El conocimiento de la forma de ser, ideas sobre la propia conducta, experiencias, gustos, limitaciones, habilidades, entre otros (Herran, 1998).

Aquellos otros términos intercambiados más habitualmente con la autoestima son:

*Autoconsideración.* Definida como la capacidad para aceptarse y respetarse a uno mismo, interiorizar sentimientos y dar valor a los eventos extrínsecos permitiendo la manifestación de sentimientos positivos y negativos en torno a las circunstancias (Mayer, Salovey y Caruso, 2010).

*Auto aceptación- Autorespeto.* Este implica la aceptación incondicional de los demás y de uno mismo, añadiendo al ser humano como el principal responsable de actuar para cambiar las cosas con el fin de vivir mejor, sin ignorar sus limitaciones y condicionamientos. (Ellis, 1989).

*Autoevaluación.* Aquella centrada en las mismas personas que son las únicas que tienes derecho en realidad de evaluarse a sí mismas, con el fin de superar sus propias limitaciones relacionadas con la capacidad y la oportunidad de ejercer poder para una transformación (Sánchez & Arias, 2016).

### Discapacidad auditiva

La sordera es la dificultad o la imposibilidad de usar el sentido del oído debido a una pérdida de la capacidad auditiva parcial (hipoacusia) o total (cofosis), ya sea unilateral o bilateral. Ésta puede ser hereditaria o puede ser consecuencia de una enfermedad, traumatismo, exposición a largo plazo al ruido, o medicamentos agresivos para el nervio auditivo (Lardoeyt, Reyes, Glenys, León, 2010).

A continuación, se describen las posibilidades de desarrollo de lenguaje con el grado de pérdida auditiva que presenta una persona (Alonso, 2001):

**Tabla 1.** Posibilidades de audición y lenguaje de acuerdo al grado de pérdida auditiva

Nivel	Intensidad de la pérdida	Audición	Desarrollo del Lenguaje
0/25 Db	No significativa	Perciben el habla y los sonidos sin grandes dificultades.	El lenguaje oral se desarrolla en forma natural.
25/40 dB	Leve	Escucha y discrimina sonidos a una intensidad moderada. Las dificultades se pueden presentar con los sonidos débiles o distantes y en lugares con mucho ruido	El lenguaje oral se desarrolla sin grandes dificultades, aunque pueden existir algunas imprecisiones, como por ej. vela/pela o madre /padre. La comprensión también se encuentra conservada.
40/60 dB	Moderada	La comprensión del lenguaje oral se apoya sustantivamente en la vía visual y en la Lectura Identifica y discrimina sonidos a corta distancia y siempre que la contaminación acústica no sea muy alta.	En esta intensidad se emite la conversación en forma natural, por lo tanto, con ayuda de audífonos es probable que el niño/a desarrolle lenguaje oral por vía auditiva. Sin embargo es posible que exista dificultad con la discriminación de algunas palabras.

60/90 dB	Severa	La voz no se oye sin embargo, es posible escuchar sonidos de relativa intensidad tales como aquéllos que provienen de objetos como un piano o un automóvil, entre otros.	Gran dificultad en la producción y comprensión del lenguaje oral, su desarrollo se logra por medio de apoyos específicos (visuales, táctiles y kinésicos). Mayor facilidad para la producción y comprensión de la lengua de señas.
90 ó Más dB	Profunda	Escucha sólo sonidos de alta intensidad o volumen como aquéllos que provienen de objetos como una motocicleta, un tren o un avión entre otros. La voz no se oye.	Pueden ser conscientes de altos sonidos y vibraciones, pero no pueden comprender cada palabra amplificada. La producción de lenguaje oral se logra sólo a través de apoyos específicos. Mayor facilidad para la producción y comprensión de la lengua de señas

**Fuente:** <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Discapacidad-Auditiva.pdf>

*Nota.* Recuperado de “Guías de apoyo técnico-pedagógico: necesidades educativas especiales en el nivel de Educación Parvularia”

**Clasificación.** La discapacidad auditiva posee distintas clasificaciones las cuales están presentes según el origen, gravedad o ubicación (Barcena, 2010):

1. Por el momento de aparición de la lesión:

*Sordera prelocutiva.* Cuando se presenta antes de la aparición del lenguaje (puede ser de origen congénito o adquirido y surge antes de los dos años aproximadamente).

*Sordera perilocutiva.* Aparece en el periodo crítico de la adquisición del lenguaje, entre los dos y los cinco años.

*Sordera postlocutiva.* La sordera surge después de la adquisición y consolidación del lenguaje. A partir de los cinco años, aproximadamente.

2. Por el grado de la pérdida.

*Audición normal.* El umbral de la audición, es decir, la intensidad mínima con la que se empieza a oír, se sitúa entre los 0 y 20 dB (decibelios).

*Pérdida leve o ligera.* El umbral de la audición está entre 20 y 40 dB.

*Pérdida media o moderada.* El umbral de audición está entre 40 y 70 dB.

*Pérdida auditiva severa.* El umbral se sitúa entre 70 y 90 dB.

*Pérdida profunda.* El umbral es superior a los 90 dB.

*Cofosis.* Es la falta total de respuesta auditiva.

3. Por la localización de la lesión.

*Sorderas de transmisión o conductivas.* La lesión está situada en el oído externo o medio. La onda sonora no es conducida hasta el oído interno, la cóclea no la recibe y a los núcleos centrales llega el estímulo con poca intensidad, pero de forma correcta. Por eso, al incrementar el volumen la persona puede entender lo que oye.

*Sorderas neurosensoriales o de percepción.* Es una forma irreversible de pérdida auditiva. La onda sonora viaja a través del oído externo y medio, pero la cóclea o el nervio auditivo están lesionados, la persona no puede entender el mensaje porque le llega deformado.

*Sorderas mixtas.* Están presentes las dos lesiones y se suman las dos pérdidas. Siempre que sea posible, será necesario eliminar la lesión conductiva para mejorar la audición.

Generalidades de la comunicación. Los trabajos de Vigotsky (1978) mostraron que la comunicación juega un papel rector no sólo en el momento de enriquecerse el contenido de la conciencia infantil y asegurar al niño nuevos conocimientos y habilidades, sino también en la determinación de la estructura de la conciencia, la construcción de los conocimientos en el caso de un niño sordo depende en gran medida de la interacción con los adultos (Triado, 1991).

Durante los primeros cuatro meses de vida los niños sordos al igual que los oyentes emiten lloros y balbuceos, además de una gama de movimientos corporales que reciben la atención de los cuidadores. Hacia los 4 meses en el niño sordo los balbuceos disminuyen hasta llegar a desaparecer (Gregory y Mogford, 1981), el niño sordo no percibe cuando su madre cesa de hablarle y por tanto no se dan intercambios vocales, importantes para la interacción (Bruner, 1978). Durante la etapa prelingüística los padres del niño sordo deben ser conscientes que han de buscar todos los recursos a su alcance para establecer una interacción positiva que permita a sus hijos avanzar cognitivamente y socialmente (Triado, 1991).

Es importante tener en cuenta que regularmente, las dificultades auditivas tienen que ver con un daño en el órgano sensorial (oído) del sistema nervioso periférico (SNP), lo que dificulta la recepción de la información sonora por ende la presencia de dificultades auditivas no implica dificultades intelectuales (Marchesi, 1998).

De igual forma, una dificultad auditiva no implica tener restricciones para comunicarse, ser sordo no implica necesariamente la mudez, el desarrollo de lenguaje oral o lengua de señas depende del grado de pérdida auditiva, no obstante, las personas sordas comparten como característica común, la necesidad de contar con información por vía visual para comunicarse (González & Hernández, 2005).

Impacto psicológico de la discapacidad auditiva. La hipoacusia puede ser significativo, con eventuales consecuencias para el bienestar social, funcional y psicológico de la persona afectada. Esto está dado debido a que no se comprende bien el proceso de la enfermedad, ni se tienen herramientas para detener su progresión (Garg, R. Singh, S. Chadha & Agarwal, 2008). Las variables psicológicas que se han asociado con hipoacusia son múltiples: depresión, problemas de autoestima, soledad, ansiedad, somatización y funcionamiento social pobre (Chia, Wang, Rochtchina, Cumming & Mitchell, 2007).

Lo anterior, tiene relación a que las dificultades en la comunicación afectan la interacción con otras personas, y este fundamental aspecto de las actividades de la vida diaria puede generar un impacto negativo en la calidad de vida (Belzner, 2009).

### **Etapas del desarrollo del ciclo vital**

La rama de la psicología encargada de estudiar el desarrollo del ciclo vital es la psicología del desarrollo; emplea una perspectiva multidimensional para entender el desarrollo del ser humano; de las dimensiones: biológica, cognitiva y socioemocional. Las tres entrelazadas dan cuenta de un determinado aspecto del desarrollo humano:

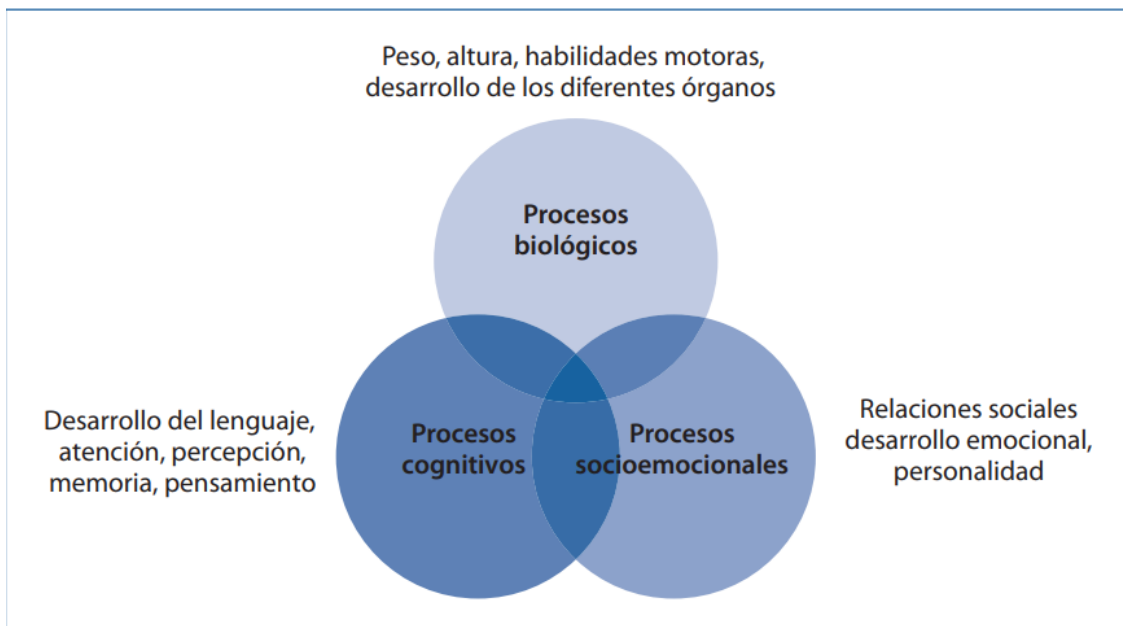
La biológica estudia los cambios de naturaleza física o fenotípica: los reflejos, los cambios en peso y estatura, las habilidades motoras, el desarrollo del cerebro y de otros órganos del cuerpo, los cambios hormonales de la pubertad, la adultez y la vejez.

La cognitiva estudia los cambios en los procesos cognitivos tales como el lenguaje, la memoria, la atención o el pensamiento.

La socioemocional estudia los cambios en las relaciones con otras personas, los cambios en la personalidad y los cambios emocionales.



Los cambios son cuantitativos: cantidad y nivel de las capacidades que el individuo ha adquirido o tiene posibilidad de adquirir en determinado momento del desarrollo; y cualitativos: calidad de las capacidades adquiridas. Los cambios cuantitativos se aprecian con más facilidad y se pueden medir mejor que los cualitativos, ya que para su evaluación existen múltiples escalas y pruebas que permiten conocer si el nivel de ejecución de un individuo en una determinada área del desarrollo se corresponde o no con el desarrollo «normal», con lo esperado para su edad cronológica. Cada persona tiene un ritmo de crecimiento y desarrollo propio y distinto de las demás. Todas las personas siguen la misma ruta del desarrollo, pero cada uno lo hace de manera particular y experimenta los acontecimientos de distintas maneras, cada individuo es único e irrepetible (Delgado Losada, 2015).



**Figura 2.** Peso, altura, habilidades motoras, desarrollo de los diferentes órganos. Fuente: (Delgado Losada, 2015).

### **Teoría del modelo psicológico cognitivo conductual**

El modelo cognitivo conductista hace un aporte importante para el uso de los métodos científicos aplicados al estudio del comportamiento, parte del supuesto de que sólo se puede estudiar científicamente aquello que puede ser observado y medido. El desarrollo del ciclo vital es función del aprendizaje de las experiencias vividas en el entorno; lo que tiene como consecuencia que las diferencias individuales en el desarrollo se deben a las diferencias en la historia de los individuos y en sus experiencias.

Los referentes conceptuales son el condicionamiento clásico de Pavlov, el condicionamiento operante de Skinner y la teoría cognitivo-social de Bandura. El condicionamiento clásico de Pavlov, se da cuando un ser vivo responde de una manera específica a un estímulo neutro que normalmente no provoca ese tipo de respuesta. Pavlov estableció la relación entre el estímulo y su correspondiente respuesta. Watson y Rayner (1920) probaron esta idea en humanos al enseñar al pequeño Albert a sentir temor ante un estímulo. Primero permitieron que el niño jugara con una rata blanca de laboratorio, sin mostrar temor alguno hacia el animal. Más tarde Watson empezó a emitir un fuerte ruido detrás de la cabeza de Albert cuando éste jugaba con la rata, que hacía que el niño llorara. Tras siete apareamientos rata-ruido, Albert comenzó a mostrar temor a la rata cuando ésta se acercaba. El niño había sido condicionado a temer a la rata y además sus respuestas de temor se generalizaron a otros objetos blancos y peludos (Harris, 1979).

El condicionamiento operante de Skinner (1974) dice que la conducta depende de las consecuencias de las acciones; las cuales determinan las nuevas conductas. Por ejemplo, si un comportamiento es seguido por una recompensa, es más probable que se repita que si es seguido por un castigo. La respuesta voluntaria se ve fortalecida o debilitada por su asociación con consecuencias positivas o negativas. Se diferencia del condicionamiento clásico en que la

respuesta que se condiciona es voluntaria y propositiva en lugar de automática. Se ha utilizado en la modificación de conducta para fomentar la ocurrencia de conductas deseables y reducir la incidencia de las que no se desean. Se ha aplicado, entre otras finalidades, para la intervención en alteraciones del comportamiento tales como agresividad, irritabilidad, desinhibición y otras conductas no deseables.

La teoría cognitivo-social de Bandura (1986) establece que el aprendizaje se da por observación de la conducta de otra persona, por el seguimiento de un modelo; la conducta se aprende a través de la observación de lo que les sucede a los otros, sin necesidad de la experiencia directa. Considera que el comportamiento, la cognición y el entorno son factores fundamentales en el desarrollo del individuo.

Las teorías cognitivas ponen el énfasis en los pensamientos conscientes, se concentran en los procesos que permiten al individuo conocer, entender y pensar. La teoría cognitiva del desarrollo más influyente es la propuesta por Jean Piaget, quien describe detalladamente el proceso del desarrollo, así como su explicación. Para él, el desarrollo cognitivo es el resultado combinado de la maduración del cerebro y el sistema nervioso y la adaptación al ambiente.

Piaget (1936) empleó cinco categorías con las cuales describe el desarrollo: Esquema, Asimilación, Acomodación, Adaptación y Equilibrio. El esquema es una estructura mental, un patrón de pensamiento del individuo que le permite una mejor adaptación al entorno. La asimilación se refiere a la acción del individuo sobre los objetos que lo rodean e implica responder a una situación nueva usando los esquemas previos. La acomodación se refiere al ajuste de nuestros esquemas previos para incorporar nuevas formas de hacer algo. La adaptación es el proceso mediante el cual los niños ajustan su pensamiento para las situaciones cambiantes, es la búsqueda

continua del equilibrio entre ambos mecanismos. Y es precisamente el deseo de equilibrio entre ambos mecanismos lo que impulsa y motiva al niño por los estadios del desarrollo.

Además, Piaget consideraba que el individuo atraviesa una secuencia continua e invariable de estadios, cada uno caracterizado por distintas formas de organizar la información y de interpretar el mundo. estableció el desarrollo cognoscitivo en cuatro etapas: período sensoriomotor (de los 0 a los 2 años), en el que se observan manifestaciones preverbales; periodo preoperacional (de los 2 a los 7 años), durante el cual se inicia la formación de los conceptos; periodo de las operaciones concretas (de los 7 a los 11 años), caracterizado por un pensamiento lógico, y periodo de las operaciones formales (a partir de los 11 años), en el que hay un predominio del pensamiento abstracto y se pasa de las hipótesis a las acciones.

Para Piaget todos los niños pasan por estas fases en el mismo orden, pero no necesariamente a la misma edad, es decir, existe un patrón universal del desarrollo cognoscitivo. Piaget aportó a la psicología del desarrollo una teoría que trata de explicar cómo el individuo va construyendo activamente el conocimiento desde niño.

Tabla 10.1. Etapas del desarrollo del ciclo vital	
Etapa	Período de edad
Prenatal	Desde la concepción al nacimiento
Neonatal	Del nacimiento hasta los 2 años
Infancia	
primera infancia	De los 2 a los 6 años
segunda infancia	De los 6 a los 12 años
Adolescencia	
preadolescencia	De los 12 a los 14 años
adolescencia	De los 14 a los 18 años
adolescencia tardía	De los 18 a los 20 años
Juventud	De los 20 a los 40 años
Madurez	De los 40 a los 65 años
Vejez	De los 65 años en adelante

**Figura 3.** Etapas del desarrollo del ciclo vital. **Fuente:** Delgado, M. (2015)

## **Inclusión educativa**

La inclusión se puede definir desde diferentes autores y épocas. Según la Moliner, (2013), es:

... el proceso de abordar y responder a la diversidad de necesidades de todos los alumnos a través de prácticas inclusivas en el aprendizaje, las culturas y las comunidades y reducir la exclusión dentro de la educación. Implica cambios y modificaciones en el contenido, los enfoques, las estructuras y las estrategias, con una visión común que cubra a todos los niños del rango apropiado de edad y una convicción de que es responsabilidad del sistema ordinario educar a todos los niños. (p. 10).

El término inclusión lo resalta Acosta (2013) como:

...una actitud que engloba el escuchar, dialogar, participar, cooperar, preguntar, confiar, aceptar y acoger las necesidades de la diversidad. Concretamente, tiene que ver con las personas, en este caso, las personas con discapacidad, pero se refiere a las personas en toda su diversidad. (Inclusión Educativa, párr. 3).

En el documento que presentó al Ministerio de Educación Nacional de Colombia “Colombia, hacia la educación inclusiva de calidad”, hace la siguiente aclaración sobre los términos Integración e inclusión:

El incluir implica el dejar participar y decidir, a otros que no han sido tomados en cuenta. El objetivo básico de la inclusión es no dejar a nadie fuera de las instituciones, tanto en el ámbito educativo y físico, así como socialmente. (Ortiz, citado en Ramírez, 2015, p. 6).

La inclusión cambia según los lugares y tiempos en los cuales se piensa y aplica; pero se encuentra como regularidad el deseo de mejorar cada día la sociedad. Históricamente hablando, al lado del desarrollo histórico, siempre se ha presentado un proceso educativo y con este una forma

de integración o separación de aquellos niños con capacidades diferentes. En algunos momentos de la historia, ha prevalecido el enfoque de exclusión; dándoles diversas denominaciones inicialmente: “Anormales”; en el siglo XV, “inocentes”; en el siglo XVI, “sordos”; en el siglo XVIII, “sordos y ciegos”; en el siglo XIX, “sordos, ciegos, deficientes mentales”; en el siglo XX, “sordos, ciegos, deficientes mentales, deficientes físicos, inadaptados, autistas, superdotados, con trastornos de aprendizaje” y actualmente, “alumnos con necesidades educativas especiales” (Vargaz, Paredes & Chacón, 2012, p. 49).

Si bien es cierto el tema es reciente en la educación colombiana, ya se han creado instituciones especializadas para el acercamiento de las personas diversamente hábiles, basadas completamente en atención psico-pedagógica; así como espacios en las escuelas públicas. La Organización de las Naciones Unidas, ONU, propuso unos lineamientos mundiales para los procesos de inclusión; en este orden de ideas, La Organización de las Naciones Unidas para la Educación y la Cultura, UNESCO (1994), la define de la siguiente forma:

La inclusión es vista como un proceso de dirección y respuesta a la diversidad de necesidades de todos los aprendices a través de la participación en el aprendizaje. Las culturas y las comunidades deben reducir la exclusión en y desde la educación. Esto implica cambios y modificaciones en contenido, enfoques, estructuras y estrategias, con la visión común que cubre a todos los niños en un rango apropiado de edad y la convicción de que es responsabilidad del sistema regular, educar a todos los niños de la sociedad [...] La educación inclusiva como enfoque busca dirigirse a las necesidades de aprendizaje de todos los niños, jóvenes y adultos concentrando la atención específicamente en aquellos que son vulnerables a la marginalización y la exclusión. (p. 4)

En el ámbito colombiano, se han presentado algunas propuestas que continúan con los lineamientos de la ONU, en cuanto a generar políticas de inclusión para menores diversamente hábiles; sin embargo, son muy incipientes.

### **Protocolo de intervención**

Respecto a este tema, Bisquerra R. (1998), sostiene que un protocolo de intervención es una representación que refleja el diseño, la estructura y los componentes esenciales de un proceso de intervención en orientación. Desde un enfoque similar, Riart (1996), entiende que en un protocolo se necesita una planificación y ejecución en determinados períodos de unos contenidos, encaminados a lograr unos objetivos establecidos a partir de las necesidades de las personas, grupos o instituciones inmersas en un contexto determinado.

Por otro lado, Rodríguez Espinar (1993), define un plan o proyecto de intervención como un conjunto de acciones que ya sean sistemáticas o planificadas, están basadas en necesidades específicas y orientadas a unas metas, como respuesta a esas necesidades, con una teoría que lo sustente. Los programas de intervención deben pretender tener énfasis en la prevención, desarrollo e intervención social esto articulado a un proceso social o educativo.

Las características de un protocolo de intervención pensado desde un proyecto:

Todo proyecto comporta una serie de actividades de duración determinada. Esto diferencia a los proyectos de prestación de servicios, que suponen un proceso continuo.

En los proyectos se combina la utilización de recursos humanos, técnicos, financieros y materiales.

Todo proyecto tiene que alcanzar productos y resultados, de acuerdo con los objetivos previstos en su diseño y conceptualización.

Encaminado a la consecución de objetivos globales de desarrollo de los alumnos.

Integrando dicha intervención en las experiencias cotidianas de aprendizaje.

En la que todos los agentes educativos participan, incluidos los orientadores, con funciones claramente delimitadas.

Que exige la creación de un vitae propio de orientación.

Para ser desarrollado a lo largo de toda la escolaridad.

Evaluando los efectos / resultados de la intervención ejecutada.

Atendiendo las necesidades de formación para los propios ejecutores de la intervención.

***Principios de la intervención.***

Reducción de los factores de riesgo y potenciación de los de protección, aprovechando las potencialidades personales y los recursos familiares y sociales con los que cuenta el joven para solucionar sus problemas.

Intervención individualizada o grupal, atendiendo a las características individuales y sociales de cada menor y adolescente, así como a su entorno familiar.

Intervención flexible y dinámica, evitar las intervenciones rígidas y moralistas y adaptarlas al proceso que vaya realizando el menor.

Evitar etiquetas.

Primacía de la intervención educativa, fomentando habilidades y ofreciendo recursos mitigando factores de riesgo en sus comportamientos.

Acompañamiento del adolescente y la familia.



Compromiso activo.

Importancia de la familia puesto que tiene un papel fundamental en el desarrollo del adolescente, por eso y siempre que sea posible, se debe implicar y contar con su apoyo ya sea como objeto de intervención y/o como agente terapéutico. (Social & Pastor, 2016.)

### **Marco legal**

Esta revisión documental se rige bajo la ley 23 de 1982, por medio de la cual se regulan los derechos morales y patrimoniales que la Ley concede a los autores los derechos de autor. De acuerdo con esta ley. Los autores de obras científicas gozarán de protección para sus obras en la forma prescrita por la ley. Adicionalmente, en el marco de esta ley, los derechos del autor recaen sobre las obras científicas, las cuales incluyen: los libros, folletos, artículos u otros escritos. Esto sugiere que el uso indebido de la información con autoría de otra persona, o la incorrecta citación de la misma, corresponde a plagio.

### **Metodología**

El presente estudio se desarrolla por medio de una revisión documental, ya que se remite a la implementación de métodos y técnicas de búsqueda y procesamiento de la información. Además, bajo este tipo de investigación, los resultados se presentan de forma sistemática y coherente a través de un documento científico. El tipo de diseño corresponde al no experimental, de corte teórico, ya que se lleva a cabo una búsqueda sobre un tema específico. Cabe mencionar que estos diseños teóricos se suscriben trabajos en los cuales se lleve a cabo una revisión y compilación de investigaciones acerca de un tema o metodología de investigación específica. (Guevara, Citado en Jiménez 2016)

### **Criterios de Inclusión**

Estudios desarrollados en Latinoamérica y España en el periodo comprendido del 2010 al 2020, en el cual se evidencie la utilización protocolos de intervención de la autoestima en niños y niñas con discapacidad auditiva. Para el análisis de la información se construyó una matriz de análisis a partir de unas categorías y subcategorías bien definidas.

### **Fuentes de información**

Las fuentes de información utilizadas para la búsqueda y recolección de datos fueron las bases de datos facilitadas por la Universidad. Además, la información se recolectó bajo las categorías y subcategorías planteadas en la matriz categorial.

### **Procedimiento**

En primera instancia, se definieron las categorías desde las cuales se iba buscar y recolectar la información. Posteriormente, se construyó la matriz de análisis, desde la cual se consideraron las categorías y subcategorías de análisis. Adicionalmente, se realizó la búsqueda y de vació la información en la matriz.

Por otra parte, se inició el escrito final de acuerdo a la guía de elaboración de trabajos de grado de la Universidad.

## **Resultados**

### **Análisis e interpretación de resultados**

En este apartado, se encuentran consignados los resultados obtenidos y su interpretación de A continuación, se presentan los resultados de la revisión documental. En este apartado se describe el análisis los artículos encontrados, entre investigaciones propiamente dichas y protocolos de intervención, con base en las categorías en la matriz de análisis de contenido. Se

revisó un total de 17 artículos, tomando como referencia para la búsqueda aquellos publicados en los últimos 10 años, desde 2010 hasta 2020.

En la tabla 2. Se describen los resultados encontrados bajo las categorías año y país de publicación.

**Tabla 2.** Año y país de publicación

<b>Año</b>	<b>Colombia</b>	<b>Guatemala</b>	<b>España</b>	<b>Chile</b>	<b>Argentina</b>	<b>Ecuador</b>	<b>Nicaragua</b>
2010			1	2			
2011		2			1		1
2012							
2013			1				
2014			1				
2015	1		1			1	
2016							
2017			2				
2018							
2019	1		1			1	
2020							
<b>Total, por año</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>7</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>1</b>

Fuente: Autoría propia

De acuerdo con la tabla 2, se tiene que, de los 17 artículos analizados, 2 se realizaron en Colombia en los años 2015 y 2019. Del mismo modo, en Guatemala en el año 2011 se llevaron a cabo 2 investigaciones relacionadas con la autoestima de niños con sordera. Por otra parte, en España se realizaron 7 investigaciones que abarcaban las variables de interés:

Discapacidad auditiva y autoestima. En Chile, se realizaron 2 investigaciones durante el año 2010. En Argentina y Ecuador se realizaron investigaciones relacionadas con el tema durante los años 2011 y 2015 respectivamente. Finalmente, en el 2011 se realizó una investigación sobre situación psicosocial de niños con deficiencia auditiva en niños, en Nicaragua.

Continuando con el análisis, en la tabla 2 se relacionan los hallazgos en torno a la categoría Tipo de documento; se describen cuántas de las investigaciones encontradas fueron artículos, trabajos de grado de pregrado, programas de intervención o tesis doctorales:

**Tabla 3.** Tipo de documento

<b>Tipo de documento</b>				
Artículo	Trabajo de grado de pregrado	Tesis doctoral	Programa de intervención	Trabajo de Fin de Máster
6	7	1	2	1

Fuente: Autoría propia

En la tabla 3 se evidencia que, dentro de los hallazgos de la presente revisión documental, 6 corresponden artículos de investigación publicados en revistas indexadas. Por otra parte, 6 son trabajos de grado para optar títulos de pregrado, encontrados en diferentes repositorios de universidades Latinoamericanas. En la búsqueda que se realizó, se encontraron solo 2 programas de intervención que involucraran las variables de interés. Una tesis doctoral y un Trabajo de Fin de Máster.

En la tabla 3 se describirán los hallazgos encontrados con relación a la categoría Características de la muestra, para esto se tendrán en cuenta las subcategorías edad y diagnóstico, esto con miras a determinar cuántas de las investigaciones se centran en evaluar o intervenir la autoestima en niños y niñas con discapacidad auditiva; hipoacusia o sordera profunda.

**Tabla 4.** Características de la muestra

Documento	Características de la muestra	
	Edad de los participantes	Diagnóstico
1	0-5 años	Sordera profunda
2	Niños y adolescentes en edad escolar	Sordera profunda
3	Niños y adolescentes en edad escolar	Sordera profunda
4	0 a 6 años	Problemas auditivos
5	9 a 16 años	Sordera profunda
6	Niños de edad escolar	Sordera profunda
7	8 a 17 años	Niños con sordera profunda y oyentes
8	Niños y adolescentes de edad escolar	Sordera profunda
9	Niños y adolescentes en edad escolar	Discapacidad sensorial
10	Niños en edad escolar	Discapacidad auditiva
11	Adolescentes	Sordera profunda
12	Niños y niñas de edad escolar	Deficiencia auditiva
13	8 a 48 meses	Sordera profunda
14	3 a 5 años	Sordera profunda
15	7 a 12 años	Sordera profunda

Fuente: Autoría propia

En cuanto a las características de la muestra en los trabajos revisados, se tiene que los diagnósticos en los que se centró la investigación son los de sordera profunda y discapacidad auditiva, solamente en uno se abordó el tema de discapacidad sensorial a nivel más amplio. Del mismo modo, con relación a las edades correspondientes a la muestra, la mayoría de los trabajos revisados centraron sus estudios en niños de edad escolar, es decir, entre los 7 y 16 años de edad. Un par de investigaciones se centraron en la intervención en edades tempranas, pues abordaron sus intervenciones en niño de 0 a 6 años.

Finalmente, de los 17 documentos revisados, solo 2 correspondían a programas de intervención de la autoestima, esto evidencia de cierta manera el vacío de conocimiento que hay en torno al tema.

Conviene, entonces, analizar el tipo de programa utilizado para la intervención, con el fin de identificar si se trata de protocolos de elaboración propia de los investigadores, o si se utilizaron instrumentos ya existentes. En este orden de ideas, se encontró que ambos protocolos fueron elaborados por los investigadores, esto tiene sentido, en tanto que no hay investigaciones en torno al tema. La tabla 4 muestra las características con relación al proceso de intervención.

**Tabla 5.** Programa de intervención utilizado y número de sesiones

Número de sesiones	Tipo de programa utilizado	
	Diseñado por los investigadores	Programa de estimulación existente
5	1	
10	1	
Total, por programa	2	0

Fuente: Autoría propia

Como se puede evidenciar, ambos protocolos de intervención fueron elaborados por los investigadores de acuerdo a las necesidades y características de los niños. No se tomó como referencia ningún otro programa previamente elaborado, debido a que no se encuentran protocolos de intervención recientes en esta población (Guillén, 2013). Cabe mencionar, igualmente, que las sesiones propuestas en ambos protocolos oscilan entre 5 a 15, esto depende en gran medida de las particularidades tanto individuales como grupales de la muestra.

## **Discusión y conclusiones**

Ahora bien, se pretende realizar la discusión del presente trabajo, a la luz de los objetivos y resultados encontrados en cada una de las investigaciones revisadas. En este orden de ideas, en la investigación realizada en Bogotá, Colombia durante el año 2015, cuyo objetivo era “Desarrollar estrategias educativas y sensibilizadoras que permitan el mejoramiento del apego entre niños con discapacidad auditiva y sus madres”. Se plantearon 3 fases de una guía de intervención. Desde un enfoque cualitativo, las autoras proponen recolectar información por medio de una encuesta evaluativa. Sin embargo, aún no se tiene reporte de los hallazgos encontrados.

Por otro lado, la investigación realizada en Medellín, en el año 2019 tenía por objetivo “Comprender los cambios que se generan en las dinámicas familiares por la presencia de un niño entre 8 y 10 años con discapacidad auditiva que en el año 2019 hacen parte de la fundación Óyeme”. Los resultados obtenidos evidencian que, aunque pase un tiempo relativamente largo desde el diagnóstico de la discapacidad auditiva, las familias parecen experimentar un duelo para asimilar el diagnóstico. Pese a esto, las familias suelen tener una adecuada disposición frente a los procesos de evaluación e intervención psicológica.

Del mismo modo, en la investigación titulada “La autoestima en el niño silente y su relación con el proceso de oralización”, que tenía como objetivo identificar los factores psicológicos y niveles de autoestima que incidían en la adquisición del lenguaje oral en 10 niños con discapacidad auditiva, se hallaron resultados que indicaban que los niños evaluados presentaban una baja autoestima, caracterizada por un pobre conocimiento y aceptación de sí mismos, de las circunstancias que los rodean. Igualmente, se identificó que el 50% de los niños evaluados se perciben avergonzados de su condición y subestiman sus habilidades. Esto indica una baja

autoevaluación de las capacidades. Del mismo modo, los niños manifestaron sentirse vulnerados por las personas oyentes, al sentir que no son respetados ni aceptados (Tebalán, 2011).

Asimismo, en el estudio de casos realizado por Guillén (2013) como anteproyecto de Tesis doctoral, y que tenía como objetivo “Analizar los efectos de un programa de intervención para mejorar el autoconcepto, autoestima y relaciones sociales de niños con discapacidad auditiva” se implementó un programa de intervención basado en la musicoterapia. Dentro de la metodología planteada destaca el uso de la observación y la entrevista para poder diseñar un protocolo que respondiera a las necesidades y características de los niños con discapacidad auditiva. En esta investigación se enfatiza en la importancia de tener un registro de las variables a intervenir, antes y después de la implementación del programa, esto con el objetivo de determinar la efectividad. Para el análisis de los resultados, se propone un enfoque mixto. Sin embargo, hasta la fecha no se tienen reportes de los hallazgos encontrados en este protocolo de intervención.

A partir de la revisión documental y los hallazgos encontrados, se evidencia la enorme necesidad de crear programas o protocolos de intervención de la autoestima para la población de niños y niñas con algún tipo de discapacidad auditiva, ya que no se encontraron suficientes programas diseñados para esta población. Sin embargo, se encontraron numerosas investigaciones que sugieren que los niños con discapacidad auditiva frecuentemente presentan bajo niveles de autoestima. Esto, además, se hace importante teniendo en cuenta el rol que cumple para autoestima en la adaptación, las relaciones sociales y el ajuste emocional frente a las demandas del entorno, específicamente en la edad escolar.

Por otra parte, los pocos protocolos encontrados, surgieron de revisiones documentales o investigaciones que evidenciaban el vacío en torno al tema, por esta razón surgen como



elaboraciones propias de los investigadores y están conformados por fases muy concretas y actividades específicas para el fortalecimiento de la autoestima y los demás componentes del Yo (Autoconfianza, autoaceptación, autoimagen, autoconcepto).

Los protocolos encontrados destacan por tener una duración breve, se entiende, entonces, que no se trata de “sobrestimular” o saturar a los niños, sino de aportar al fortalecimiento de sus habilidades. Igualmente, se halló que es importante involucrar a docentes y familiares en las diferentes actividades propuestas. Esto, ya que, aunque la autoestima es un componente personal, está permeado por las relaciones sociales.

Ahora bien, dentro de los objetivos planteados en esta revisión, se tiene que se pretendía establecer las principales diferencias, y características que identifiquen la mejor versión, para la fundamentación conceptual y práctica, en la construcción de una guía de protocolo para mejorar la autoestima en niños con discapacidad auditiva. Sin embargo, dados los pocos protocolos encontrados, el cumplimiento de este objetivo no fue posible, teniendo en cuenta que no existes suficientes programas al respecto. Además, cabe tener en cuenta que los protocolos revisados tienen estructuras y fundamentaciones conceptuales y metodológicas similares. Se construirá, entonces, un protocolo que tomará como bases elementos importantes de los protocolos hallados, sin priorizar en uno en específico.

En conclusión, el propósito principal de esta investigación fue realizar una revisión bibliográfica para diseñar un protocolo de intervención psicoeducativo para fortalecer la autoestima en niños de 8 a 12 años con discapacidad auditiva (Ver anexo 1).

Teniendo en cuenta lo anterior, los protocolos encontrados en Latinoamérica en los últimos años, evidencian poco interés científico relacionado con el tema. Sin embargo, las investigaciones

revisadas reconocen la importancia de implementar este tipo de programas en niños con discapacidad auditiva. En este sentido, existe evidencia científica que sugiere que los niños con discapacidad auditiva pueden presentar bajos niveles de autoestima, autoconcepto, autoimagen y autoconfianza.

Los protocolos revisados tienen aspectos en común, tales como el hecho de que han sido elaboraciones propias de los investigadores, tienen una corta duración, reconocen la importancia de hacer una evaluación previa de los niveles de autoestima para determinar la pertinencia de las actividades propuestas, luego de la aplicación del protocolo también se sugiere evaluar para identificar la efectividad del programa. En este sentido, el abordaje metodológico planteado resulta generalizable para futuras investigaciones y diseños de programas o protocolos de intervención en esta población. En el protocolo elaborado a partir de esta revisión documental, se sugiere evaluar el nivel de autoestima previamente con el fin de tener una descripción clara y confiable al respecto.

Por otra parte, dentro de las limitaciones de esta revisión, se encuentra la contingencia por Covid-19, lo cual impidió implementar el protocolo de intervención que se elaboró. Por tanto, se espera que investigaciones o revisiones futuras puedan implementarlo y determinar su efectividad. En este orden de ideas, y teniendo en cuenta las limitantes mencionadas, el problema planteado en la investigación no fue resuelto en su totalidad.

Del mismo modo, cabe mencionar que a lo largo de la revisión documental y posterior diseño del protocolo de intervención, se presentaron inconvenientes tanto a nivel teórico como metodológico, ya que, en primer lugar, no se encontraron instrumentos de evaluación de la autoestima validados en Colombia. Este aspecto es de vital importancia porque antes de aplicar el protocolo de intervención, es necesario evaluar el nivel de autoestima de los participantes. En

segundo lugar, la pandemia por Covid-19 impidió la implementación del protocolo, por tanto, la caracterización del nivel de autoestima y la eficacia del protocolo no pudo llevarse a cabo.

Partiendo de lo anterior, futuras investigaciones deben apuntar a este tema, ya que se trata de una población frecuentemente olvidada. Además, las instituciones educativas que tienen en sus aulas niños y niñas con discapacidad auditiva, frecuentemente carecen de las herramientas necesarias para la adecuada intervención.

Por otra parte, este trabajo resulta pertinente para el programa de psicología de la UAN y para los estudiantes de la universidad que se deseen investigar en torno al tema, ya que de alguna forma acorta el camino para la búsqueda documental que permita conocer el estado del arte de la cuestión, además, evidencia las limitaciones y éxitos en los aspectos metodológicos de las investigaciones existentes en cuanto al diseño de programas de intervención de la autoestima dirigido a la población infantil con discapacidad auditiva.

Finalmente, el proceso de investigación, rastreo y búsqueda de la información, contribuye a la formación personal y profesional, dado que brinda herramientas teóricas y rigurosidad metodológica que pueden ser aplicadas en diversos ámbitos o escenarios de la psicología. Por esta razón, gracias a esta revisión surgió un protocolo de intervención para mejorar la autoestima en niños con discapacidad auditiva.

Se recomienda, a partir de los hallazgos encontrados y el procedimiento llevado a cabo para llegar a esto, se plantean recomendaciones que se deben tener en cuenta para futuras revisiones documentales. En este orden de ideas, se sugiere continuar realizando investigaciones en torno al tema y la problemática planteada, pues se evidenció un vacío de conocimiento importante en países latinoamericanos y, específicamente, en Colombia.

Además, se sugiere ampliar la búsqueda de la información y extenderla a nivel mundial, no solo artículos publicados en español. Esto permitirá tener un espectro más amplio de búsqueda. Del mismo modo, permitirá que los hallazgos sean mucho más concluyentes.

Finalmente, se recomienda que futuras investigaciones cuenten con mayor tiempo para la búsqueda de la información y para la redacción del documento final.

## Referencias

- Acosta, F. (2013). Inclusión educativa, empeño de la U. Gran Colombia.  
<http://www.cronicadelquindio.com/noticia-completa-nota-59259>
- Allen, S, y Gilbert, P. (1995). Asocial comparison scale: Psychometric properties and relationship to psychopathology. *Personality and Individual Differences*.
- Álvarez, V. y Fernández, J. (1998). El modelo de intervención por programas. *Revista de Investigación Educativa*, 16, 2, 79 – 123.
- Alonso, P, (2001) El acceso a Códigos Alfabéticos en Niños Sordos: Papel de la palabra complementada en un Modelo Educativo Bilingüe. [Tabla 1]. *Rev Logop Fon Audiol XXI*.
- Antona, A., & Madrid, J. (2013). “*CGCOP\_Adolescencia y salud.*” Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. Madrid, España.
- Ausubel, D., Novak, J, & Hanesian, H. (1997). *Psicología educativa: un punto de vista cognitivo*: Trillas: México.
- Agrupación de Personas Sordas de Zaragoza y Aragón (ASZA). (2010). *Estrategias, Recursos y Conocimientos para poner en práctica con alumnos sordos y/o con discapacidad auditiva* Guía para profesores. Gobierno de Aragón. España.
- Barcena, S. (2010). *Desafíos en la escuela: Guía de orientación para la inclusión de alumnos con necesidades educativas especiales en el aula ordinaria*. Escuelas católicas, EDELVIVES.
- Belzner, B.C. SealChildren with cochlear implants: a review of demographics and communication outcomes *Am Ann Deaf.*, 154 (3) (2009).

- Berk, L. (1998). El yo y la comprensión social. En L.A. Berk. *Desarrollo del niño y del adolescente* (pp.571-623). Madrid, España
- Bozhovich, L. I. (1976). *La personalidad y su formación en la edad infantil*. La Habana: Pueblo y educación.
- Branden, N. (1983). *El respeto hacia uno mismo*. Barcelona: Paidós.
- Branden, N. (1994). *Los seis pilares de la autoestima*. Barcelona: Ediciones Paidós.
- Bruner, J. "From communication to language. *Cognition*", 1978, 3, 255-287.
- Ceballos, G., Suárez, Y., Suescún, J., Gamarra, L., González, E., & Sotelo, A.. (2015). Ideación suicida, depresión y autoestima en adolescentes de Santa Marta. *Duazary*, 12(1), 15-22.
- Chia, J.J. Wang, E. Rochtchina, R.R. Cumming, P. Newall, P. Mitchell. (2007) "Hearing impairment and health-related quality of life: the Blue Mountains Hearing Study" *Ear Hear*, 28.
- Delgado, L. (2015). *Fundamentos de Psicología*. Editorial Médica Panamericana.
- Erikson, Erik H. (1993), "Las ocho edades del hombre", en *Infancia y sociedad*, Buenos Aires, Ediciones Hormé.
- Ferrel-Ortega, F., Vélez-Mendoza, J., & Ferrel-Ballestas, L. (2014). Factores psicológicos en adolescentes escolarizados con bajo rendimiento académico: depresión y autoestima. *Revista Encuentros*, 12(2), 35-47.
- Fundación CNSE para la Supresión de las Barreras de Comunicación. (2007). *Atención temprana a niñas y niños sordos. Guía para profesionales de los distintos ámbitos*.

- Garaigordobil, M. y Oñederra, J.A. (2010). La violencia entre iguales: Revisión teórica y estrategias de intervención. Madrid: Pirámide
- Garg, R. Singh, S. Chadha, A.K. Agarwal (2008) Cochlear implantation in India: a public health perspective Indian J Med Sci., 65 (3)
- González & Hernández (2005). “*Guías de apoyo técnico-pedagógico: necesidades educativas especiales en el nivel de Educación Parvularia*”. [Tabla 1] División de Educación General del Ministerio de Educación de Chile (MINEDUC)
- Güemes-Hidalgo, M., Ceñal González-Fierro, M., & Hidalgo Vicario, M. (2017). Pubertad y adolescencia. *Revista de Formación Continua de La Sociedad Española de Medicina de La Adolescencia*, V (1), 1–22.
- Gutiérrez-Saldaña, P., Camacho-Calderón, N., & Martínez-Martínez, M. L. (2007). Autoestima, funcionalidad familiar y rendimiento escolar en adolescentes. *Atencion Primaria*, 39(11), 597–601.
- Gregory, S., y Mogford, K. (1981) *Early language development in deaf children*. En B. Woll., S. Kyle, y M. Denchar (Eds). Perspectives on BSL and deafness. London. Croom Helm.
- Harter, S. (1986). Processes underlying children self-concept. En J. Suls (Ed). Psychological Perspectives in the self. Vol. 3. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Hattie, J. (1992). Self-concept. Hillsdale, NJ: Erlbaum
- Harrison, S. (2014). *La Autoestima*. Puerto Rico: PONCE.
- Herrán Gascón, A. de la (1998). La conciencia humana. Madrid: Editorial San Pablo
- IMA. (2017). Catalá, España. Fundación de imagen y autoestima.

Kemph, J. P. (1969), Erik H. Erikson. Identity, youth and crisis. New York: W. W. Norton Company, 1968. Syst. Res., 14: 154-159.

Lardoeyt Ferrer, José Reyes, Silva, G, Norma Elena de León Ojeda, Milton Jijón, Alex Camacho (2010) *Caracterización etiológica de la discapacidad intelectual en la República del Ecuador*. Rev Cubana Genet Comunit.

Lagarde, M (2000) *Claves feministas para la mejora de la autoestima*, Madrid: Horas y Horas, p.61

López, F. (2015). Adolescencia. Necesidades y problemas. Implicaciones para la intervención. *Revista Adolescere*.

Marchesi, A., (1998). El Desarrollo Cognitivo y Lingüístico de los Niños Sordos, perspectivas educativas. Alianza: Madrid

Maslow, A., (1943). Higher and lower needs, en *Journal of Psychology*, 25, 1943, pp. 433-436

Maslow, A. (1954). Motivación y personalidad. Ediciones: Díaz de Santos, S.A

Marcial, R (1996). Juventud y grupos de pares, en *Desde la esquina se domina*, Zapopan, El Colegio de Jalisco.

Mayer, J, Salovey, P y Caruso, D (2010). Models of emotional intelligence. En R.J Sternberg (Ed). *The handbook of intelligence* (pp. 396-420). New York: Cambridge University Press.

Melcon, M. A. y Melcon, M. A. (1991). Educación en la autoestima. *Revistas científicas complutense de educación*: Edit. Univ. Complutense. Madrid.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2014). Guía metodológica para integrar la Equidad en las Estrategias, Programas y Actividades de Salud.



- Ministerio de Salud Protección Social (2017). Salud Auditiva y Comunicativa Subdirección de Enfermedades No Transmisibles; Dirección de Promoción y Prevención.
- Molano, N. (2013). “Somos todos oídos” Manual de buenas prácticas en salud auditiva y comunicativa. Ministerio de Salud y Protección Social. Bogotá.
- Moliner, O. (2013). Educación inclusiva. España: Universitat Jaume I. <http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/72966/s83.pdf?sequence=1>
- Moreno, E. (2017). Intervención socioeducativa con niños y niñas sordos(as) Propuesta de mejora para para un IATYS (Instituto de atención temprana y seguimiento). Magister universitario en intervención e investigación socioeducativa. Universidad de Oviedo. España.
- Mruk, C. (1999) Self Esteem, Research, Theory and practice. New York.:Springer Publishing Company
- Monroy, A. (1995) Pubertad, adolescencia y cultura juvenil. En: Organización Panamericana de la Salud. La salud del adolescente y del joven. Washington, D.C.: OPS; 1995;27-35.
- OMS (2019). Salud de los adolescentes. Génève: WHO.
- Pérez, J y Garaigordobil, M (2007). Deficiencia auditiva: autoconcepto, autoestima y síntomas psicopatológicos; Facultad de Psicología. Universidad del País Vasco
- Pérez, M. (2006). Desarrollo de los Adolescentes III. Identidad y Relaciones Sociales. Antología de lecturas. *El Reloj de Arena. Culturas Juveniles En México*, 94–111.
- Ramos, S. (s.f.). Alumnos con discapacidad auditiva necesidades y respuestas educativas. Escuelas Católicas.

- Ramírez Espejo, P. (2009). Una maestra especial: María Montessori. *Innovaciones y Experiencias Educativas*, (14), 3-4. Malaga: Nerja.
- Ramírez, W. (2017). La inclusión: una historia de exclusión en el proceso de enseñanza-aprendizaje. *Cuadernos de Lingüística Hispánica*. 30. Julio - diciembre 211 – 230.
- Riart, J. (1996). Funciones General y Básica de la Orientación. En: M. Álvarez & R. Bisquerra. (Coords): *Manual de orientación y Tutoría*. Barcelona: Praxis.
- Rodríguez-Naranjo, C., & Caño-González, A. (2012). Autoestima en la adolescencia: análisis y estrategias de intervención. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, 12(3), 389-403.
- Rodríguez, A. (2008). El autoconcepto físico y el bienestar/malestar psicológico en la adolescencia. San Sebastián: Universidad del País Vasco.
- Rodríguez, G. V. (2010). Guía para padres y madres. *Como Ayudar a Un Hijo Durante Sus Primeros Años De La Adolescencia, I*, 1–23.
- Rosenberg, M., Schooler, C., Schoenbach, C. y Rosenberg, F. (1995). Global Self-Esteem and Specific Self-Esteem: Different Concepts, Different Outcomes. *American Sociological Review*.
- Santana, R, y Torres, S. (2003). Desarrollo comunicativo-lingüístico en el niño sordo profundo. En M. Puyuelo y J. A. Rondal (Eds.), *Manual de desarrollo y alteraciones del lenguaje. Aspectos evolutivos y patología en el niño y el adulto* (pp. 205-252). Barcelona: Masson
- Santrock, J. (2006). *Psicología de la educación*. Editorial Mc Graw Hill. México.

- Satapathy, S., y Singhal, S. (2012). Predicting social-emotional adjustment of the sensory impaired adolescents. *Journal of Personality and Clinical Studies*.
- Social, S., y Pastor, B. (2016). *Intervención con adolescentes y familias*. 1–30.
- Tobergte, D. R., & Curtis, S. (2013). China's Banking Reform: Problems and Potential. *Eu - Central Asia Monitoring*.
- Triado, C (1991). "Actividades sensomotrices y adquisición del lenguaje. *Anuario de Psicología*", 26, 88-108.
- Valdez, R. (2017). Intento Suicida en Adolescentes en México; *Salud Pública Mex* 2010;52:324-333.
- Vargas, H, Paredes, C y Chacón, J. (2012). *Historia de la Educación Especial*. San Cristóbal, Venezuela: Universidad Pedagógica experimental Libertador.
- Velasco, E. (2015). Propuesta de protocolo de actuación ante alumnos sordos para profesores de formación y orientación laboral (fol). Tesis de grado, Máster en formación del profesorado de educación secundaria obligatoria, bachillerato, formación profesional y enseñanzas de idiomas. Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación. Facultad de Educación. Universidad Complutense de Madrid. Madrid.
- Vernieri, M. (2006). *Adolescencia y autoestima*. 2ª ed. Buenos Aires: Bonum.
- Vigotsky, L. S. (1978) *Desarrollo de los procesos psicológicos superiores*. Grijalbo. Barcelona.
- Villalba, A. (1996). *Atención Educativa de los alumnos con NEE derivada de una deficiencia auditiva*. Valencia: Consejería de Cultura, Educación y Ciencia de Valencia.

Xunta de Galicia. (2019). Protocolo para la atención educativa al alumnado con discapacidad auditiva. Consellería de Educación, Universidade e Formación Profesional. Galicia. España.

Zamora, M. J. (2012). El desarrollo de la autoestima en la educación infantil. Tesis de Grado. Maestría en Educación Infantil, Facultad de Educación, Universidad Internacional de La Rioja. España.

## **Anexos**

### **Anexo 1. Protocolo de intervención**

#### **Presentación**

*Turi Tamaiti*, es una expresión del idioma Maurí que significa *niño que no escucha*; Este idioma es hablado por las comunidades nativas en Nueva Zelanda; el siglo pasado estuvo a punto de desaparecer por la imposición del idioma inglés como lengua oficial por parte del gobierno. En este siglo que inicia ha encontrado apoyo en el gobierno y la comunidad y está resurgiendo. La cultura Maorí tiene una concepción interesante frente a las condiciones diferentes en las personas: con respecto a los jóvenes o niños que tienen capacidades distintas o discapacidades, se les trata *a su propio ritmo y en su propio espacio*; eso pretende este protocolo de intervención: diseñar un ambiente psicopedagógico en donde los niños con discapacidad auditiva puedan fortalecer su autoestima en medio de su proceso escolar.

La autoestima alberga las emociones y sentimientos que un sujeto tiene sobre sí mismo, y está permeada por factores como las relaciones sociales, la crianza, de características de personalidad y de condiciones físicas y de salud que pueden afectar positiva o negativamente la percepción que una persona tiene de sí misma.

Los niños con discapacidad auditiva frecuentemente presentan características sugerentes de un bajo nivel de autoestima. En una investigación realizada por Tebalán en 2011, se encontró que los niños con discapacidad auditiva evidencian alteraciones en la autoimagen y niveles bajos de autoaceptación, al percibirse avergonzados de su condición y al subestimar sus habilidades.

El objetivo de este protocolo de intervención es brindar estrategias que permitan fortalecer la autoestima en niñas y niños con discapacidad auditiva en edad escolar. Esto con el fin de favorecer el adecuado desarrollo de la personalidad y las habilidades sociales en esta población.

Este protocolo podrá ser implementado por estudiantes de pregrado, posgrado y profesionales de la salud mental que deseen identificar las características de la autoestima en esta población, y fortalecerlas en caso de encontrar bajos niveles en esta dimensión emocional y sus componentes.

### **Introducción**

El presente protocolo de intervención psicoeducativa para el fortalecimiento de la autoestima en los niños con discapacidad auditiva, surge a partir de una revisión documental acerca del tema, en la cual se evidenció el vacío de conocimiento que existe en torno a las características y necesidades emocionales y afectivas de esta población. Además, se busca involucrar al entorno más cercano rodea al niño, esto teniendo en cuenta que la autoestima es una construcción personal basada en las relaciones que el individuo establece con el medio.

La autoestima se define como la valorización que un individuo tiene acerca de sí mismo a partir de las experiencias recogidas a lo largo de su vida. Estas experiencias se relacionan con aspectos emocionales, cognitivos y conductuales, y se van desarrollando y fortaleciendo durante el ciclo vital. Las manifestaciones de una baja o alta autoestima se evidencian a través del discurso de las personas, de la forma en que se relacionan con el mundo y de sus interacciones personales (Panesso & Arango, 2017).

La autoestima es, a su vez, un elemento básico para la construcción de la identidad personal. Permite al individuo observar y reconocer sus propias acciones en un contexto determinado. En este sentido, se trata de un conjunto de percepciones que un sujeto tiene acerca de sí mismo, las cuales se desarrollan a partir de las interpretaciones que hace de su experiencia personal (Santos- Morocho, 2019).

Ahora bien, en los niños y niñas con discapacidad auditiva, se pueden observar conductas relacionadas con un bajo nivel de autoestima, tales como poca flexibilidad mental, falta de motivación, poca adaptación al cambio e inseguridad. La autoestima cobra especial relevancia en los niños y niñas con discapacidad auditiva, dado que permite el desarrollo de la creatividad, favorece la autonomía e independencia y facilita el surgimiento de relaciones sociales sanas. Asimismo, es el insumo para el desarrollo y establecimiento del proyecto de vida personal (Tebalán, 2011).

El diseño e implementación de este protocolo de intervención, es importante dado que un adecuado nivel de autoestima es indispensable para que otros procesos, habilidades y estadios del desarrollo se fortalezcan. La autoestima está relacionada con las adecuadas habilidades académicas, con el aprendizaje, y las adecuadas relaciones interpersonales y familiares. Un niño con un nivel alto de autoestima, tendrá igualmente mejores estrategias de afrontamiento y esto a su vez fortalecerá su bienestar emocional en general.

## **Fundamentación Teórica**

### **1. Autoestima**

La autoestima se entiende como una necesidad humana indispensable. Corresponde a los sentimientos y actitudes que las personas tienen hacia sí mismas, y dota de las

herramientas que el individuo necesita para hacer frente a los obstáculos y problemas que se le presentan a lo largo de la vida. La autoestima tiene un componente en el marco de lo social, ya que constituye el punto de partida para el desarrollo adecuado de las relaciones humanas. En este orden de ideas, la autoestima influye en el aprendizaje, los procesos creativos, e involucra una serie de habilidades emocionales y afectivas. Con relación a esto, un nivel de autoestima alto implica sentirse valioso, y por ende es una de las variables más importantes para la autonomía, la adaptación y el éxito en la vida (Catalá, Boqué, & Caruana, 2011).

Teniendo en cuenta lo anterior, la autoestima se constituye como base fundamental en la formación personal de los niños. Procesos como el aprendizaje y el desarrollo social dependen en gran medida de la presencia de unos adecuados niveles de autoestima (Giménez, 2013).

El desarrollo de la autoestima en niños dependerá de diversos factores, y se fundamenta en una continua construcción de las características de personalidad. En este sentido, dependerá en gran medida de la interacción con el medio. En el correcto desarrollo de la autoestima influyen factores biológicos, cognitivos y emocionales. Asimismo, hay una gran influencia de la información recibida de padres, maestros pares (Catalá, Boqué, & Caruana, 2011).

### ***1.1 Elementos de la autoestima***

Según Musayon (2019) la autoestima, es considerada como un espectro que implica una serie de componentes que determinan el desarrollo personal y emocional de los niños, los cuales se describen a continuación:



*Autoconcepto:* Hace referencia a las creencias que un individuo tiene acerca de sí mismo. En otras palabras, resume lo que una persona piensa de sí misma.

*Autoconocimiento:* Conocerse a sí mismo, se concibe como un elemento relevante para el amor propio.

*Autoconfianza:* Implica el conocimiento que el sujeto tiene de sus propias capacidades y habilidades.

*Autoimagen:* Se refiere al hecho de cómo el sujeto se percibe a sí mismo, qué tanto se gusta y agrada. Este componente posee elementos desde lo físico, pero también desde lo emocional.

*Autoaceptación:* Implica la aceptación de lo que somos, cómo nos vemos, cuáles son nuestras capacidades, talentos y defectos.

De acuerdo con lo anterior y según (Catalá, Boqué, y Caruana (2011), la autoestima se forma a partir de la sensación de satisfacción que el niño experimenta. En este sentido, hay algunas condiciones que determinan la presencia de un sano nivel de autoestima, estos son: Vinculación, singularidad, poder y los modelos o pautas.

La vinculación corresponde a la sensación de pertenecer a un grupo en el cual se pueden crear vínculos afectivos. Estos grupos incluyen al núcleo familiar, la relación con los pares, el desarrollo de habilidades sociales. Por su parte, la singularidad hace referencia a la aceptación de las condiciones propias, de aquellos aspectos que nos hacen ser lo que somos; esto incluye cualidades, atributos, talentos. El poder puede entenderse como sinónimo de autoeficacia e implica que el niño se sienta con la capacidad y habilidades para modificar las

circunstancias que rodean su vida. Finalmente, son necesarios referentes y modelos que permitan contrastar lo que somos con lo que vemos en ellos y así construir las bases de una sana autoestima.

## 2. Discapacidad Auditiva

La discapacidad auditiva se considera como una de las discapacidades sensoriales que se presentan con mayor frecuencia. Este tipo de discapacidad está determinada por una deficiencia ya sea a nivel anatómico o fisiológico y que afecta específicamente al oído. En niños, la detección temprana es fundamental, puesto que en este periodo se maduran funciones como la expresión y comprensión del lenguaje verbal y no verbal. Además, la intervención temprana cobra especial relevancia, dado que durante las primeras etapas del ciclo vital el cerebro es más plástico, por tanto, la estimulación de la autoestima en niños con discapacidad auditiva debe realizarse en este periodo (APASU, 2017).

### 2.1 Clasificación de la discapacidad auditiva

La discapacidad auditiva puede clasificarse en términos de la localización del daño o lesión. En este sentido, cuando la lesión se presenta en el oído externo, se habla de una *hipoacusia conductiva*, esta se caracteriza por una pérdida leve de la audición. Con frecuencia, el paciente con este tipo de discapacidad puede obtener resultados de tratamiento favorables usando audífono o recurriendo a intervención quirúrgica. Por otra parte, cuando la lesión se halla en el oído interno, esto se traduce en una *hipoacusia neurosensorial*, en la cual se afecta la percepción del sonido, ya que el nervio auditivo se encuentra afectado y, por tanto, no podrá conducir la información a la corteza auditiva de asociación, es por esto que

es individuo escuchará de manera distorsionada aun cuando haga uso de audífonos amplificadores (Guillén, 2013).

Por otro lado, de acuerdo a la clasificación de la Bureau International d'AudioPhonologie (BIAP) (1997), la discapacidad auditiva puede clasificarse de la siguiente manera según la manifestación clínica del daño:

- Hipoacusia leve: Pérdida hasta 30 decibeles
- Hipoacusia moderada: Entre 30 decibeles y 65 decibeles
- Hipoacusia severa: Hasta 90 decibeles
- Anacusia: Pérdida total de audición

A continuación, se plantea el diseño metodológico y los objetivos que pretenden alcanzarse con el presente protocolo de intervención.

### **Diseño Metodológico**

Como se mencionó, este protocolo de intervención pretende brindar estrategias que permitan fortalecer la autoestima en niñas y niños con discapacidad auditiva en edad escolar. Del mismo modo, brinda orientación a los estudiantes y profesionales de la salud mental que deseen implementarlo.

### **Objetivos y competencias básicas**

#### **Objetivo general**

Brindar estrategias que permitan fortalecer la autoestima en niñas y niños de edad escolar con discapacidad auditiva.

### **Objetivos específicos**

Identificar el nivel de autoestima en niñas y niños con discapacidad auditiva mediante la aplicación de la Escala de Rosenberg de la Autoestima **(Ver anexo 1)**

Fortalecer la autoestima a través de actividades aplicables en el salón de clases.

Fortalecer el autoconcepto a través de la expresión verbal de emociones

Fortalecer la autoconfianza y favorecer el desarrollo de la identidad personal

Reconocer la importancia de dar y recibir afecto

Favorecer el autoconocimiento

Fortalecer la autoaceptación

### **Destinatarios**

El presente protocolo de intervención, va dirigido a los niños y niñas en edad escolar con discapacidad auditiva. Se espera que este protocolo sea aplicable a todos los niños con estas características.

### **Contenidos**

A continuación, se describirán los contenidos que se abordarán en la propuesta, a partir de los objetivos planteados:

Tabla 1. *Contenidos de la propuesta de intervención*

<b>Contenidos</b>	<b>Objetivo</b>
Autoconcepto	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar aspectos positivos de sí mismo</li> <li>• Consolidar el reconocimiento personal a través de la expresión de emociones</li> </ul>
Autoconfianza	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fortalecer la valoración adecuada de sí mismo</li> <li>• Facilitar la comunicación emocional</li> </ul>
Autoimagen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reflexionar sobre cómo se percibe</li> <li>• Identificar emociones sobre sí mismo</li> </ul>
Autoconocimiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Favorecer el desarrollo de la identidad personal</li> </ul>
Autoestima	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconocer la importancia de recibir y dar cariño</li> <li>• Estimular el pensamiento positivo sobre sí mismos</li> <li>• Reflexionar sobre ellos mismos</li> </ul>

### **Fases**

A continuación, se realiza una descripción de las diferentes fases que constituyen el protocolo de intervención:

Fase 1: Planificación del protocolo: Esta fase inicia con la revisión documental y la evidencia del vacío de conocimiento en torno al tema. Posteriormente, se plantean los objetivos y contenidos específicos para su abordaje.

Fase 2: Diseño de las actividades que constituyen el protocolo de intervención.

Fase 3: Evaluación de la autoestima: Esta fase se lleva a cabo a partir del instrumento EDINA (Ver anexo 1)

Fase 3: Desarrollo de las actividades propuestas (Se espera que quienes deseen aplicar el presente protocolo, realicen 1 actividad por semana).

Fase 4: Divulgación de hallazgos y logros obtenidos: Se sugiere a quienes apliquen este protocolo, mostrar los hallazgos que se encuentren y los logros obtenidos con la aplicación del protocolo de intervención.

### **Actividades**

El presente protocolo de intervención, consta de 10 actividades con el fin de brindar estrategias que permitan fortalecer la autoestima en niñas y niños de edad escolar que presenten algún tipo de discapacidad auditiva.

Estas actividades han sido pensadas y diseñadas para que sean llevadas a cabo tanto por profesionales de la salud mental, como por estudiantes de pregrado y posgrado, ya que la idea inicial es que este trabajo sea replicado en la comunidad educativa.

A continuación, se presentan las actividades propuestas con sus respectivos objetivos específicos:

Tabla 2. *Actividades*

Objetivo específico	Actividades	Responsable	Materiales	Desarrollo	Número de sesiones
Fortalecer el autoconcepto a través de la expresión de aspectos positivos sobre sí mismos	Viaje a otro planeta	Psicólogo	Títere o muñeco  Hojas  Marcadores o lápices de colores	<p>Se le pide a los niños y niñas que se sienten en el suelo formando un círculo.</p> <p>El responsable de la actividad les indica que recibirán una visita y que luego ellos realizarán un viaje.</p> <p>El responsable les presenta al títere, quien los visita de otro planeta</p> <p>El títere le invitará a su planeta y les dirá que allá solo pueden estar los niños que sepan cómo son (A través de preguntas orientadoras, se empieza a indagar por aspectos de la vida de los niños. Se empezará por preguntas simples, y se irá aumentando el nivel de dificultad esperando llegar a una serie de “autoafirmaciones positivas”)</p>	1

<p>Fortalecer la autoconfianza y favorecer el desarrollo de la identidad personal</p>	<p>La historia de mi nombre</p>	<p>Psicólogo</p>	<p>Cartulinas Colores</p>	<p>En comunicación con los padres de familia, se les solicita que indiquen por medio de correo, el origen del nombre de su hijo o hija. Que expliquen el por qué lo eligieron y quiénes lo escogieron.</p> <p>Posteriormente, se dispone a los niños en el salón de clases, y luego de la actividad rompehielo se les pide que lean las notas que sus padres enviaron sobre el origen del nombre y que expresen la emoción que sienten al leerlo.</p>	<p><b>1</b></p>
<p>Fortalecer la autoestima a través de la expresión de emociones</p>	<p>Me gusta cómo eres</p>	<p>Psicólogo</p>	<p>Cartulinas o post-it Lápices o marcadores</p>	<p>Se reúne a los niños en círculos y se les pide que se acerquen a una bolsita y saquen un papelito con el nombre de un compañero, luego se les pide que escriban frases bonitas, sensibilizándolos sobre la importancia de expresarnos positivamente sobre los demás.</p> <p>Posteriormente, cada niño entregará la nota al compañerito que le corresponde y le dará un abrazo.</p>	<p><b>1</b></p>
<p>Reconocer la importancia de dar y recibir afecto</p>	<p>Te quiero porque...</p>	<p>Psicólogo</p>	<p>Sillas del salón de clases</p>	<p>Se trata de expresión y reconocimiento de cualidades de los compañeros de clases.</p> <p>Se les pide a los niños que hagan un círculo con sus sillas y corran alrededor de ellas hasta escuchar un sonido, allí todos deben sentarse. Quedará un niño de pie, y este escoger a un compañero de los que está sentado y decirle “Te quiero porque...” seguido de la cualidad que desea resaltar. La idea</p>	<p><b>1</b></p>



Fortalecer la Autoestima en Niños con Discapacidad Auditiva

				con la actividad es que todos los niños participen y reciban un halago por parte de los demás.	
Fortalecer la autoestima y la autoaceptación	Ser un superhéroe	Psicólogo	Hojas en blanco Lápices de colores Cinta adhesiva	Inicialmente, se les anima a pensar en algo positivo acerca de sí mismos. Luego, cada niño debe compartir cuáles son las cualidades que tienen.  Posteriormente, se les pedirá que dibujen un superhéroe que tenga todas esas cualidades y que les pongan un nombre.  Se pueden colgar o pegar los dibujos de los niños en el salón de clases.	<b>1</b>
Favorecer el autoconocimiento	Superestrella	Psicólogo	Estrellas de cartón o cartulina Lápices de colores	Se entrega a cada niño una estrella, ellos deben pintarla del color que deseen. Igualmente, deben escribir en el centro de la estrella su nombre, y del otro lado, escribir 5 cosas que les guste mucho hacer.  Posteriormente, se les pide a los niños que intercambien estrellas y que lean en voz alta las 5 cosas que le gustan a sus compañeros y mirar si tienen cosas en común.	<b>1</b>
Favorecer el autoconocimiento, autoconfianza y autoeficacia	De grande quiero ser...	Psicólogo	No aplica	Se les pide a los niños que comenten qué quieren ser cuando sean grandes. Posteriormente, se les piden que hagan una exposición teatral de la profesión elegida.	<b>1</b>
Fortalecer la autoestima y autocuidado	Caja de regalos	Psicólogo	Hoja de papel Lápiz	Se les pide a los niños que hagan una lista de premios o regalos  NO materiales que les gusta hacerse cuando están orgullosos de sí mismos.	<b>1</b>

Fortalecer la Autoestima en Niños con Discapacidad Auditiva

			Tijeras Caja de cartón pequeña	Luego, se les pide que recorten cada regalo y los pongan en una cajita, y se les indica que cada que quieran premiarse por un acto que consideren bueno o que les haga sentir orgullosos, tomen un papelito de la caja.	
Fortalecer el autoconocimiento y la autoaceptación	Espejito, espejito	Psicólogo	Espejo	El encargado de la actividad lleva un espejo mediano al aula de clases, y les pide a los niños que vayan pasando de uno en uno frente al espejo, y que una vez estén en frente, con voz alta y confiada destaquen 5 cosas que les gusten de su apariencia física. Como premio por la actividad, se les pone un sello, estrellita o carita feliz en la frente.	<b>1</b>
Fortalecer el autoconocimiento, autoconfianza y autoaceptación	Una historieta sobre mí	Psicólogo	Cuaderno, bloc de notas o libreta de apuntes en blanco Lápiz Lápices de colores	Se le pide a los niños que realicen una historieta sobre sí mismos, en la cual destaquen sus habilidades, cualidades y talentos. Igualmente, deben ilustrarla libremente. Posteriormente, se les pedirá que compartan y socialicen su historieta con los demás niños y la lleven a casa con sus familias.	<b>4</b>

### **Evaluación**

En cuanto al proceso de evaluación del protocolo de intervención, este se llevará a cabo de la siguiente manera:

En primera instancia, se debe aplicar la Escala de autoestima a los niños con discapacidad auditiva participantes del protocolo, con el fin de determinar el nivel de autoestima (**Ver anexo 1**).

En segundo lugar, se sugiere socializar el proceso con los miembros de la comunidad académica: Directivos, docentes, padres de familia. Con el fin de determinar la pertinencia de las actividades planteadas.

a los sentimientos o pensamientos que tiene sobre usted. Marque con una X la respuesta que más lo identifica.

	Muy en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos tanto como los demás.			
2. Siento que tengo cualidades positivas.			
3. En general, me inclino a pensar que soy un/a fracasado/a.			

Fortalecer la Autoestima en Niños con Discapacidad Auditiva

4. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de los demás			
5. Siento que no tengo mucho de lo que enorgullecerme.			
6. Adopto una actitud positiva hacia mí mismo/a.			
7. En conjunto, me siento satisfecho/a conmigo mismo/a.			
8. Me gustaría tener más respeto por mí mismo/a.			
9. A veces me siento ciertamente inútil.			
10. A veces pienso que no sirvo para nada.			