

Atención temprana en niños con deficiencia auditiva: Herramientas y pautas para una inclusión educativa

Trabajo de fin de grado de Magisterio de Educación Infantil



Universidad
de Navarra

Realizado por: Raquel Cobos Guerrero

Tutora: Profesora Doctora M^a Ángeles Sotés

Fecha de entrega: Mayo de 2015

Resumen

En este trabajo se exponen las distintas actuaciones incluidas dentro de la Atención Temprana necesarias para alcanzar un desarrollo óptimo, una inclusión educativa y una integración social de los sujetos con deficiencia auditiva.

La detección, diagnóstico e intervención precoz suponen los tres pilares de dicha Atención Temprana. No obstante, la aplicación de éstos como tal no es suficiente, sino que debe llevarse a cabo en la primera infancia y preferiblemente antes de los 6 meses para así, garantizar la minimización de las repercusiones que la sordera tiene en el ámbito académico, emocional, familiar y social.

Por último, se incluye la intervención educativa como agente esencial para la rehabilitación del sujeto con sordera y su acceso a la lengua oral como principal medio de comunicación. Para ello se concretan parte de los apoyos, pautas y recursos tanto curriculares como organizativos y metodológicos que deben aplicar: el docente, alumnado, centro educativo, pedagogo terapéutico y logopeda.

Índice

Introducción.....	3
Capítulo 1. Atención temprana como instrumento preventivo: detección, diagnóstico e intervención precoces.....	5
Capítulo 2. Detección y diagnóstico precoz para alcanzar una intervención adaptada a las necesidades y características individuales del sujeto con deficiencia auditiva.....	8
2.1. Detección precoz de la hipoacusia en el sistema sanitario Español.....	8
2.2. El papel de la familia y el centro escolar en la detección de la hipoacusia.....	10
2.2.1. Ámbito familiar.....	10
2.2.2. Ámbito escolar.....	12
2.3. Diagnóstico precoz: clasificación de la hipoacusia.....	14
Capítulo 3. Intervención educativa en un modelo educativo oral. Pautas y adaptaciones para el acceso al currículo de las personas con deficiencia auditiva.....	17
3.1. Elección del modelo educativo para un niño con hipoacusia.....	17
3.2. Escolarización en un centro educativo ordinario de un niño con hipoacusia.....	17
3.3. Adaptaciones para el acceso al currículo de un niño con hipoacusia.....	19
3.3.1. Adaptaciones en los elementos de acceso al currículo en el aula y el centro educativo.....	19
3.3.1.1. Adaptaciones metodológicas y comunicativas.....	19
3.3.1.2. Adaptaciones de las instalaciones del centro educativo.....	21
3.3.2. Adaptaciones en los elementos básicos del currículo.....	24
3.3.3. Atención logopédica.....	25
Conclusiones.....	28
Bibliografía.....	30

Introducción

Las cifras de sujetos con deficiencia auditiva en el mundo, no menos de 360 millones tanto niños como adultos, y las enormes consecuencias que ésta tiene a nivel global en el desarrollo y autonomía de los mismos, hacen palpable la necesidad de una respuesta educativa eficaz e individualizada, pues la educación constituye el principal cauce rehabilitador en ésta y en la mayor parte de deficiencias.

En España, en la vigente Ley de Educación, la Ley Orgánica para la Mejora de la Calidad Educativa (LOMCE, 9 de diciembre de 2013), se pone de manifiesto que todo alumno con necesidades educativas especiales tiene derecho indiscutible a recibir una educación adaptada a sus necesidades. Por ello, en este trabajo, se reúne toda la información necesaria para que el centro escolar y los profesionales implicados en el proceso educativo, actúen o adapten su actuación a los sujetos con deficiencia auditiva.

Concretamente, el Trabajo de Fin de Grado que aquí presento, se centra en el estudio de las adaptaciones comunicativas y organizativas en un centro ordinario en el cual el acceso a la lengua oral constituye el principal objetivo educativo. La razón por la que me he decantado por este tipo de formación, ha sido la información recogida por numerosos autores sobre la necesidad de acceder al lenguaje oral en nuestra sociedad para un posible desarrollo integral del sujeto y su consiguiente, integración social.

Como aspecto novedoso en este trabajo, no sólo se reúnen las actuaciones desarrolladas por el centro educativo sino todo el proceso que conlleva una rehabilitación educativa: desde la detección precoz pasando por el correspondiente diagnóstico y alcanzando en función del proceso citado, una rehabilitación ajustada a las necesidades individuales de cada persona con hipoacusia o sordera. No me he centrado únicamente en las múltiples pautas necesarias para ofrecer una respuesta educativa adecuada, ya que ésta viene determinada tanto por el momento en el que tuvo lugar la detección como por el diagnóstico establecido por el otorrinolaringólogo. Por ello, la actuación educativa como factor aislado, independiente e inadaptado, desembocaría en una atención descontextualizada, imposibilitando el correcto desarrollo del alumno con sordera.

El último motivo que ha determinado la elección de este tema y presente desde mi segundo año de carrera, ha sido el interés que despertó la profesora Felisa Peralta en su asignatura “Trastornos del desarrollo e intervención psicopedagógica” en la que incluía

dentro de su temario, la discapacidad auditiva. A partir de ese momento, profundicé en dicha temática y ésta ha marcado tanto este trabajo como mis prácticas y mi futura formación.

Conforme a las necesidades y motivos expuestos en los párrafos anteriores, el objetivo que persigo con este trabajo, es ofrecer una perspectiva global a todos los profesionales de la educación, sobre la atención temprana en niños con deficiencia auditiva para así, alcanzar una intervención educativa basada en las necesidades reales de del alumno con hipoacusia, empleando las adaptaciones y los recursos oportunos para su correcto desarrollo en un centro ordinario.

En cuanto al transcurso de este Trabajo de Fin de Grado, en primer lugar me centraré en la Atención Temprana para posteriormente explicar los aspectos que la componen como son el diagnóstico y detección precoz y la intervención educativa, todo ello aplicado a la deficiencia auditiva. Como mi principal objetivo es ofrecer una respuesta educativa global, me centraré más en la tercera fase del proceso, en la intervención educativa y dentro de ésta, en las adaptaciones de acceso al currículo (comunicativas y estructurales), en los aspectos básicos del currículo (objetivos y contenidos) y en el desarrollo simultáneo del programa de rehabilitación establecido por el profesional de la audición y el lenguaje del centro educativo.

Capítulo 1. Atención temprana como instrumento preventivo: detección, diagnóstico e intervención precoces.

Son numerosas las denominaciones que a lo largo de la historia se han utilizado para designar la atención temprana presente en nuestros días. Estimulación precoz y atención infantil precoz o estimulación temprana, conforman dicha lista marcando cada uno de estos conceptos, un aspecto definitorio de las actuaciones que conllevan. Como principal proceso de cambio, se encuentra el paso de una estimulación de carácter asistencial, persiguiendo una aceleración en el proceso normal de desarrollo del sujeto, a una atención caracterizada por su aspecto preventivo y educativo respetando ante todo el curso lógico de maduración del Sistema Nervioso Central.

A pesar de dicha disparidad, desde 1970, año en el que comienza esta iniciativa en España, su principal propósito ha sido, según Gutiez y Ruiz en el año 2012, evitar o paliar las dificultades de los niños con deficiencias claras o simplemente de los niños incluidos en el grupo de los denominados de “alto riesgo” mediante una serie de actuaciones. Esto es así, dado que a partir de los años setenta, se deja atrás la idea de que los primeros años carecen de relevancia en el desarrollo del ser humano y se adopta, basándose en numerosas investigaciones, una auténtica convicción acerca de la importancia de la atención temprana. La edad comprendida entre los 0 y los 6 años se convierte en una etapa con necesidades y características específicas diferentes a cualquier otro momento y que existen posibilidades de conocerlo e intervenir sobre el mismo para tratar de modificarlo.

El Libro Blanco de Atención Temprana publicado en el 2005 y realizado por el Grupo de Atención Temprana (GAP) ha supuesto un consenso sobre la atención temprana entre los profesionales de los distintos ámbitos y Comunidades Autónomas españolas. Esto ha posibilitado el establecimiento de una definición de referencia sobre la atención temprana en España según la cual, ésta se corresponde con el conjunto de intervenciones, dirigidas a la población infantil de 0-6 años, a la familia y al entorno, que tienen por objetivo dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños con trastornos en su desarrollo o que tienen el riesgo de padecerlos. Estas intervenciones, que deben considerar la globalidad del niño, han de ser planificadas por un equipo de profesionales de orientación interdisciplinar o transdisciplinar (Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención

- Y la intervención como proceso tendente a conseguir el máximo desarrollo físico, mental y social.

La Atención Temprana supone un abordaje interdisciplinar y un procedimiento de actuación basado en la complementariedad, globalidad y unificación del proceso de detección, diagnóstico e intervención a los menores de 0/6 años con deficiencia o alteraciones del desarrollo (Gutierrez, y Ruiz, 2012).

Así mismo, los autores Gutierrez y Ruiz en el año 2012, hacen referencia al IMSERSO por la adopción, por parte de esta entidad en España, de un modelo psicopedagógico de atención temprana que ofrece, a todo sujeto de entre 0-6 años con alguna deficiencia o trastorno en el desarrollo, en este caso sordera, y a su familia, los siguientes servicios:

- Información y detección.
- Diagnóstico y orientación.
- De tratamientos psicopedagógicos y rehabilitadores.
- De apoyo y asesoramiento a padres.
- De apoyo y asistencia técnica a los centros de educación infantil con “niños de riesgo” integrados.

A nivel de Comunidad Autónoma, en el caso de Navarra, en su Orden Foral 106/2014 publicada en 2014, se implanta un Programa Poblacional de Detección Precoz de Hipoacusias en el período Neonatal (PDPHN) para el logro de una serie de objetivos entre los cuales se encuentran: la detección de población con hipoacusia, la confirmación diagnóstica y la aplicación de los tratamientos necesarios.

Como puntos coincidentes entre las actuaciones relacionadas con la Atención Temprana en España, la detección precoz, el diagnóstico precoz y la intervención conforman el proceso a seguir para alcanzar el objetivo de esta iniciativa. Todas las actuaciones incluidas en éste, van a influir significativamente en el nivel lector terminal y el futuro rendimiento escolar de la persona con deficiencia auditiva. Dicha razón respalda el desarrollo de este proceso a lo largo de este documento.

Capítulo 2. Detección y diagnóstico precoz para alcanzar una intervención adaptada a las necesidades y características individuales del sujeto con deficiencia auditiva.

2.1. Detección precoz de la hipoacusia en el sistema sanitario Español

En la actualidad, la realidad que gira en torno a la hipoacusia, sordera o deficiencia auditiva ha dado un giro exponencial gracias a los diversos avances tecnológicos aplicados a la detección, diagnóstico e intervención en niños sordos. No obstante, los retos a los que nos enfrentamos siguen siendo numerosos y necesarios para acabar con el aislamiento (educativo, cultural y social) que sufren los sujetos con determinadas sorderas, especialmente la prelocutiva (Jáudenes, Torres, Aguado, Silvestre y Patiño, 2007; Monsalve y Núñez, 2006).

Sin lugar a dudas, entre estos retos, se encuentra el alcance de programas de detección precoz de carácter universal, pues pese a la actual existencia de programas de detección de recién nacidos con indicadores de riesgo en todas las comunidades autónomas españolas, no todas aunque la gran mayoría, entre ellas la Comunidad Foral de Navarra, ofrecen dicho recurso a todos los neonatos o bien antes de los 6 meses de edad. La carencia de esta universalidad en la totalidad de regiones españolas y de programas cuya aplicación se reduce a niños con indicadores de riesgo establecidos por la Comisión para la Detección Precoz de la Hipoacusia (CODEPEH), dejan sin identificar a un porcentaje de niños con sordera y, como consecuencia, sin recibir el diagnóstico y el tratamiento pertinentes (Trinidad, Alzina, Jáudenes, Núñez y Sequí, 2009). Este porcentaje se refleja en un número elevado de casos sin detectar puesto que el 4% de niños recién nacidos en España, padecen esta deficiencia (Gutierrez, 2005). Este último dato, refleja que aunque la CODEPEH ya en el año 2000, propusiera una detección precoz universal, diecinueve años después, en el año 2015, el porcentaje de casos sin detectar sigue siendo significativo (Marco, Morera y Morant, 2004).

Nos encontramos en una situación en la que todavía recae en manos de los padres, la responsabilidad de detectar comportamientos sospechosos o señales de alerta en el niño, y acudir al pediatra para su posible diagnóstico. Por lo tanto, el tiempo transcurrido entre la aparición de la hipoacusia y su diagnóstico, puede ser dispar y ocasionar consecuencias en el desarrollo del niño al encontrarse aislado de estímulos auditivos, esenciales para la adquisición del lenguaje, durante los periodos críticos

auditivos presentes en los seis primeros meses de vida pero abarcando los 6 primeros años (Monsalve y Núñez, 2006; Morant, Pitarch, García y Marco, 1999). Según los autores Monsalve y Núñez en el año 2006, este período crítico del desarrollo precoz, corresponde a una fase de plasticidad neuronal privilegiada donde la información sensorial auditiva adecuada, es esencial para el desarrollo normal de la corteza cerebral (Higuero y Juárez, 2004). Y es que, sin programas específicos y universales de detección precoz de la hipoacusia congénita, tanto en la Comunidad Europea (Martin, Bentzen y Colley, 1981), como en Estados Unidos (Joint Committee of Infant Hearing, 1972), la edad media de diagnóstico se sitúa alrededor de los 3 años (Monsalve y Núñez, 2006). Datos más concretos extraídos de un estudio realizado con 74 sujetos con hipoacusia neurosensorial de entre 0 y 14 años en la provincia de Valencia, concluyeron que la edad media de diagnóstico era de 21 meses pero que 20 de esos 74 casos, el 27,02 %, fue detectado más allá de los dos años (Morant, García, Marco y Pichard, 1999).

Pionera de estos programas para el Screening universal, fue el Joint Committee of Infant Hearing creado en 1971 en Estados Unidos, proponiendo por primera vez la necesidad de una detección precoz universal durante los 3 primeros meses de vida y, consecuentemente, una intervención no más tardía de los 6 meses. Además, estableció las bases para la aplicación de esta iniciativa. Adoptando gran parte de estas bases, la Comisión para la Detección Precoz de la Hipoacusia presente en España, creó programas de detección dirigidos a niños en riesgo en 1996 pero actualmente persigue el objetivo de un Screening universal. Este objetivo no dista de ser alcanzado ni por el coste ni por las características de la discapacidad auditiva, pues de acuerdo a lo expuesto por Moro y Almenar en el año 1999, parece aceptado que la hipoacusia infantil es una enfermedad que reúne todos los requisitos que se exigen a las enfermedades para ser sometidas a Screening, y el coste estimado por caso detectado, según Sánchez en 1997, no es superior al de otras enfermedades congénitas en las que está establecida la detección obligatoria (Monsalve y Núñez, 2006).

Las dos pruebas cuya combinación, según la Comisión para la Detección precoz de la Hipoacusia (CODEPEH), es la más eficaz a la hora de detectar y diagnosticar esta privación del sentido auditivo, son las de Potenciales Evocados Auditivos del Tronco Cerebral (PEATC) y de Otoemisiones Acústicas Evocadas (OEA). Pese a que la reacción a estímulos sonoros es más complicada observarla en niños que en adultos, en

ambas pruebas existen indicadores basados en el reflejo cocleopupilar como la reacción del iris, contracción de la pupila seguida de dilatación por un ruido fuerte o reflejo de Moro, que nos permiten comprobar si el neonato está escuchando o no (Huarte, 2011).

2.2. El papel de la familia y el centro escolar en la detección de la hipoacusia

No obstante, aunque las posibilidades de alcanzar un diagnóstico de la hipoacusia en el neonato son elevadas, el periodo necesario para conseguirlo, debe estar respaldado por el adecuado conocimiento de los padres y del ámbito escolar sobre las correspondientes señales de alerta para detectar si su hijo o alumno, presenta una discapacidad auditiva. Si los familiares o tutores son capaces de observar dichas señales, hasta que se cuente con un Screening universal, éstos podrán acudir con mayor rapidez al otorrinolaringólogo para que le realicen las pruebas pertinentes para la posible detección y diagnóstico de la hipoacusia.

2.2.1. *Ámbito familiar*

Según la autora Carmen Jáudenes en 1999, integrante del CODEPEH, las distintas señales de alerta que debe conocer el entorno familiar del niño para sospechar una posible pérdida auditiva en los primeros años de vida, y acudir al especialista para la realización de una exploración otológica son las siguientes (Cuadro 1):

Cuadro 1. Señales de alerta del plano comunicativo/lingüístico que los padres pueden observar en sus hijos para detectar una pérdida auditiva.

Edad	Conductas o señales de alerta
<i>De 0 a 3 meses</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Ante un sonido no se observan en el niño respuestas reflejas del tipo: parpadeo, agitación, despertar. - No le tranquiliza la voz de su madre. - No reacciona al sonido de una campanilla. - Emite sonidos monocordes.
<i>De 3 a 6 meses</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Se mantiene indiferente a los ruidos familiares. - No se orienta hacia la voz de su madre. - No responde con emisiones a la voz humana. - No hace sonar el sonajero si se le deja al alcance de la mano.
<i>De 6 a 9 meses</i>	<ul style="list-style-type: none"> - No emite (pa, ma, ta...). - No vocaliza para llamar la atención, sino que golpea objetos cuya

	<ul style="list-style-type: none"> vibración al caer asocia con la presencia de su madre. - No juega con sus vocalizaciones, repitiéndolas e imitando las del adulto. - No atiende a su nombre. - No se orienta hacia sonidos familiares no necesariamente fuertes. - No juega imitando gestos que acompañan a cancioncillas infantiles (“los lobitos”). - No dice “adiós” con la mano cuando se le dice esta palabra.
<u>De 9 a 12 meses</u>	<ul style="list-style-type: none"> - No reconoce cuando le nombran a “papá” y “mamá”. - No comprende palabras familiares. - No entiende una negación. - No responde a “dame” si no se le hace el gesto indicativo con la mano.
<u>De 12 a 18 meses</u>	<ul style="list-style-type: none"> - No dice “papá” y “mamá” con contenido semántico. - No localiza la fuente del sonido. - No señala objetos y personas familiares cuando se le nombran. - No responde de forma distinta a sonidos diferentes. - No se entretiene emitiendo y escuchando determinados sonidos. - No nombra algunos objetos familiares.
<u>De 18 a 24 meses</u>	<ul style="list-style-type: none"> - No presta atención a los cuentos. - No comprende órdenes sencillas si no se acompañan de gestos identificativos. - No identifica las partes del cuerpo. - No conoce su nombre. - No hace frases de dos palabras.
Debido a una mayor escolarización en el 2º Ciclo de Infantil, estas conductas pueden observarlas padres y docentes.	
<u>A los 3 años</u>	<ul style="list-style-type: none"> - No se le entienden las palabras que dice. - No repite frases. - No contesta a preguntas sencillas.
<u>A los 4 años</u>	<ul style="list-style-type: none"> - No sabe contar lo que le pasa. - No es capaz de mantener una conversación sencilla.
<u>A los 5 años</u>	<ul style="list-style-type: none"> - No conversa con otros niños. - No manifiesta lenguaje maduro ni lo emplea eficazmente y sólo le entiende su familia.

Fuente: Jáudenes, C. y Patiño, I. (2013). (pp.63-64)

2.2.2. *Ámbito escolar*

La familia y en concreto los padres o tutores, suponen, indiscutiblemente, el primer y más importante educador de sus hijos. Aún así, con su escolarización el centro educativo adopta un papel esencial en dicha tarea. Por tanto, la correcta formación de los profesionales de la educación acerca de la discapacidad auditiva, posibilita y asegura la detección de los trastornos audiológicos congénitos de aparición tardía o adquirida (Trinidad, Alzina, Jáudenes, Núñez y Sequí, 2010) y con ello, el diagnóstico no sólo de la hipoacusia prelocutiva, sino de la perilocutiva y poslocutiva². Al igual que se han establecido y fijado una serie de señales de alerta dirigidas a los padres con el objetivo de un diagnóstico precoz en caso de no contar con un Screening universal, también se han determinado un conjunto de señales dirigidas a los docentes con el mismo propósito. A continuación, se concretan las distintas conductas en el ámbito intelectual y del aprendizaje, motor, lingüístico, emocional y social que el docente debe observar en el alumno para sospechar una posible pérdida auditiva (Cuadro 2).

Cuadro 2. Señales de alerta en el ámbito escolar para sospechar una posible pérdida auditiva.

Ámbito o plano del desarrollo	Conductas o señales de alerta
<i>Plano Emocional y Social</i>	<ul style="list-style-type: none">• Demuestra interés por relacionarse con sus iguales.• En ocasiones puede mostrar un comportamiento agresivo con sus compañeros pues no es capaz de entenderles.• Estos problemas comportamentales pueden empeorar las relaciones de éste con sus iguales llegando a aislarse del grupo.• Mayor participación e interés en actividades individuales o en pequeños grupos.• Es más lento en sus respuestas que sus compañeros debido a

² Según los autores Claustre en el año 2010, Lewis en 1991 y Peralta en 2011 estos términos pueden definirse del siguiente modo:

Prelocutiva: La pérdida auditiva se da cuando el sujeto no ha adquirido el lenguaje oral o habla. Este tipo de sordera aparece en el nacimiento o en dos primeros años de vida.

Perilocutiva: La pérdida auditiva se manifiesta mientras el niño está adquiriendo el lenguaje entre los 2-3 años.

Poslocutiva: La pérdida auditiva se produce cuando el sujeto ya ha adquirido el lenguaje oral o habla. El impacto en el desarrollo del sujeto es menor.

	<p>que necesita más tiempo para procesar la información.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se distrae con facilidad. Puede parecer un niño inatento. • Se le puede “etiquetar” como movido, desobediente o mal estudiante. • Pueden presentar conductas inmaduras. • Parecen inseguros o frustrados. • Pueden presentar baja autoestima.
<u>Plano intelectual y del aprendizaje</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Mira e imita a sus compañeros de forma excesiva. • Suele perderse en las dinámicas ya que se pierde parte de la información auditiva. • Presenta mayor interés por actividades manuales o más visuales. • Dice mucho: ¿qué? ¿eh?. • Presenta menor interés por actividades en las que predomina lo verbal y por consiguiente, lo abstracto. • Tiene dificultades para aprender nuevos conceptos porque el lenguaje es abstracto. • Tiende a copiar mucho a sus compañeros. • Necesita que le repitan las cosas para seguir las explicaciones. • Presenta un retraso significativo en los aprendizajes del aula y por lo general, bajo rendimiento escolar. • Suele perderse en las explicaciones verbales del profesor por lo que, necesita apoyos visuales como resúmenes escritos.
<u>Plano motor</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Presenta problemas de equilibrio. • Al estar excesivamente atentos a los que les rodea para compensar visualmente la falta de información auditiva, no guardan la línea estética de su paso. • Presenta problemas de coordinación.
<u>Plano lingüístico</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Tiene problemas de articulación al no percibir determinados sonidos, especialmente las consonantes más agudas. • Sus construcciones morfosintácticas son sencillas. • Puede mostrar dificultades a la hora de seguir una conversación larga o con vocabulario nuevo.

	<ul style="list-style-type: none"> • En ocasiones su habla puede ser ininteligible. • Presenta dificultades para aprender una lengua extranjera. • El desarrollo de su lenguaje es más lento que el de sus compañeros. • Le cuesta contar una historia. • Confunde fonemas y palabras similares (m/n, s/f, p/t, mata/nata, fosa/sosa). • Muestra problemas para leer y escribir fonemas y sílabas que no reconoce a través de la vía auditiva.
--	--

Fuente: elaboración propia basada en Cardona, 2010; González 2010; Jáudenes y Patiño, 2007; Valmaseda, 1994.

2.3. Diagnóstico precoz: clasificación de la hipoacusia.

Asegurada la detección precoz mediante programas de detección precoz universales y la formación de los docentes y familiares, espacialmente padres, a través de una serie de pautas de observación, es necesario que en los dos meses siguientes, se establezca y determine un diagnóstico oportuno pues de éste dependerá la intervención tanto protésica como logopédica y educativa (Jáudenes, Torres, Aguado, Silvestre, y Patiño, 2007; Manrique, Huarte y Morera, 2011; Monsalve, y Núñez, 2006). Pese a las pruebas fijadas para la detección como son las Otoemisiones Acústicas Evocadas (OEA) o los Potenciales Evocados Auditivos de Tronco Cerebral (PEACT), éstas no determinan el grado de pérdida auditiva sino únicamente la presencia de ésta. Para ello, el caso se deriva al otorrinolaringólogo que mediante una serie de pruebas denominadas audiometrías, diagnostica la pérdida auditiva que presenta el paciente (Alonso, Guntin, Ibáñez, Martínez y Valdivielso, 2011).

Si hablamos de grado de pérdida auditiva, nos encontramos ante la medición de la frecuencia (grave-agudo y se mide en Hercios) e intensidad (bajo/suave-fuerte y se mide en decibelios) del sonido y en que punto el sujeto es capaz de detectarlo. Según el grado de pérdida auditiva, la hipoacusia se clasifica de la siguiente forma (Cuadro 3):

Cuadro 3. Clasificación de la hipoacusia según el grado de pérdida tonal o auditiva

	Pérdida tonal	Implicaciones comunicativas
<u>Audición infranormal</u>	La pérdida auditiva no sobrepasa los 20 dB.	<ul style="list-style-type: none"> • Detecta el lenguaje sin ninguna dificultad. • Esta pérdida no conlleva ninguna consecuencia a nivel evolutivo y social.
<u>Deficiencia auditiva ligera</u>	Pérdida tonal media entre 21 y 40 dB.	<ul style="list-style-type: none"> • Tiene dificultades para percibir el habla cuando ésta es baja o lejana, si está en lugares ruidosos o se utilizan palabras poco frecuentes. • La mayoría de los ruidos familiares son percibidos. • Puede presentar problemas de articulación al no percibir con claridad algunos fonemas consonánticos.
<u>Deficiencia auditiva mediana</u>	<p>Primer grado: Pérdida tonal media entre 41 y 55 dB.</p> <p>Segundo grado: Pérdida tonal media entre 56 y 70 dB.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El habla se encuentra a una intensidad de 60-65 dB por ello, el sujeto necesita que se dirijan a él con un tono elevado para percibir la palabra. • Es recomendable que le miren cuando le hablan pues éste suele apoyarse en la lectura labial. • Al no percibir múltiples consonantes agudas, presenta problemas de articulación. • Es común que muestre retrasos en el lenguaje, vocabulario pobre y problemas en la estructuración morfo-sintáctica
<u>Deficiencia auditiva severa</u>	<p>Primer grado: Pérdida tonal media entre 71 y 80 dB.</p> <p>Segundo grado: Pérdida tonal media entre 81 y 90 dB.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El sujeto percibe el habla con voz fuerte cerca del oído. • Su habla suele ser monótona y poco inteligible. • Presenta un retraso en el lenguaje viéndose afectado el proceso de adquisición del mismo y necesitando una intervención para acceder a él. • Necesitan lectura labial.
<u>Deficiencia auditiva</u>	Primer grado: Pérdida tonal media entre 91 y	<ul style="list-style-type: none"> • No percibe la palabra solo ruidos muy fuertes por lo que, no desarrolla el lenguaje oral de

<i>profunda</i>	100 dB. Segunda grado: Pérdida tonal media entre 101 y 110 dB. Tercer grado: Pérdida tonal media entre 111 y 119 dB.	forma natural.
<i>Deficiencia auditiva total o cófosis</i>	Pérdida tonal media 120 dB.	<ul style="list-style-type: none"> No percibe ningún sonido.

Fuente: elaboración propia basada en Alemán, Ardanaz, Muruzábal y Poyo, 2006; Bureau International D'Audiophonologie, 1997.

Según la localización de la lesión se establece la siguiente clasificación de hipoacusia (Alemán, Ardanaz, Muruzábal y Poyo, 2006):

- ***Hipoacusia de transmisión o de conducción:*** La lesión se sitúa en el oído externo o en el medio.
- ***Hipoacusia neurosensorial o de percepción:*** La lesión se sitúa en el oído interno o nervio auditivo.
- ***Hipoacusia mixta:*** La lesión se sitúa en el oído externo o medio y en el interno o nervio auditivo.

Alcanzado un diagnóstico precoz adecuado por parte de los profesionales de la salud especializados, los otorrinolaringólogos, es imprescindible que a éste último le suceda una atención temprana oportuna, que incluya tanto la adaptación de la prótesis auditiva (Monsalve y Núñez, 2006) como una intervención educativa basada en las características generales asociadas a la hipoacusia y las individuales propias del sujeto. Y es que, la intervención o acción educativa y rehabilitadora, debe ponerse en marcha tan pronto como sea necesaria, en cuanto se detecta un problema, una dificultad o una deficiencia (Gutiez, 2005; Huarte, 2011).

Capítulo 3. Intervención educativa en un modelo educativo oral. Pautas y adaptaciones para el acceso al currículo de las personas con deficiencia auditiva.

3.1. Elección del modelo educativo para un niño con hipoacusia

A la hora de escoger el tipo de educación de un sujeto con sordera es imprescindible obtener información sobre su entorno socio-familiar, la actitud que tienen los sujetos de este ámbito ante la sordera, las expectativas de futuro, el tipo de comunicación empleado en el hogar y por supuesto, las características individuales de la persona con hipoacusia incluyendo su competencia curricular y su desarrollo biológico, intelectual, motor, lingüístico, emocional y de inserción social. En base a este conjunto de datos, se determina la opción educativa que más se ajuste tanto a las necesidades familiares como a las del sujeto afectado, incluyendo como las tres opciones de acceso: los centros de educación especial, los centros educativos bilingües (lengua de signos y lengua oral) y los centros ordinarios (sólo lengua oral con los apoyos comunicativos necesarios) (Ulloa y Velasco 2011; Valmaseda, 1994). Consecuentemente, la elección del centro educativo conllevará la utilización de uno o varios sistemas de comunicación, entre los que se encuentran los sistemas orales (verbotonal y lectura labial), sistemas signistas (lengua de signos) y sistemas complementarios de comunicación oral (palabra complementada, comunicación bimodal (Estévez, 2010).

3.2. Escolarización en un centro educativo ordinario de un niño con hipoacusia

A continuación se expone la respuesta educativa ofrecida a un niño con deficiencia auditiva, centrada únicamente en un colegio ordinario en el que el acceso a la lengua oral constituye unos de sus principales objetivos. Esto es así, pues como se ha expuesto con anterioridad, todo ello amparado por numerosos autores y organizaciones, la adquisición del lenguaje oral en nuestra sociedad, claramente oralista, es imprescindible tanto para el desarrollo integral del propio sujeto como para su integración social.

La adquisición del lenguaje oral como único medio de comunicación, socialización, integración y desarrollo constituye en un modelo educativo oral, su principal objetivo, conformando todas sus metodologías, estrategias y apoyos entorno a éste. Dentro de este marco formativo, la escolarización de 0 a 6 años, cobra gran importancia al constituirse la escuela como principal medio socializador y rehabilitador a través de los servicios logopédicos integrados en este organismo educativo (Ulloa y Velasco, 2011).

Suponiendo que el sujeto con hipoacusia se haya beneficiado del diagnóstico y detección precoces, y de la prótesis audiológica oportuna, en el momento de su escolarización, el centro educativo en general y el docente y logopeda en particular, adoptan un papel esencial en la reeducación de dicho implante y en el acceso a la lengua oral necesaria para aprendizajes posteriores como son la lectura y escritura (Jáudenes y Patiño, 2011).

Se ha comprobado que existe una relación causal entre hipoacusia y déficit cognitivo-lingüístico, por lo que este déficit no estaría provocado por la sordera sino por el entorno clínico, sociofamiliar, educativo y reeducativo. De manera que, el centro educativo entre otros, es el responsable, según las distintas leyes educativas españolas, de solventar los problemas en la adquisición del lenguaje y en desarrollo auditivo y lingüístico de los niños con sordera garantizando así, la utilización de la lengua oral como medio de socialización y desarrollo (Jáudenes, Torres, Aguado, Silvestre y Patiño, 2007; Ulloa y Velasco, 2011).

En el momento de la escolarización de un niño con deficiencia auditiva, el centro educativo, generalmente, tiene acceso a los datos obtenidos sobre el alumno y su entorno con el fin de dar una respuesta educativa adaptada a sus necesidades y posibilidades. Teniendo en cuenta esta información, el centro escolar, en concreto el pedagogo, psicopedagogo u orientador, es el responsable de determinar el nivel curricular del sujeto, es decir, lo que el alumno es capaz de hacer en relación a los objetivos y contenidos de las diferentes áreas del currículo ordinario (Valmaseda, 1994). Dependiendo de dicho nivel, se establecerán las adaptaciones curriculares pertinentes y los apoyos comunicativos oportunos dado que, dependiendo del grado de sordera, en el caso de que esta sea profunda, se tendrán que utilizar sistemas complementarios o alternativos a la lengua oral como la lengua bimodal o la palabra complementada (Jáudenes y Patiño, 2011; Valmaseda, 1994). En todo caso, las adaptaciones curriculares no tendrán un carácter definitorio y determinante sino que serán modificadas en función de la evolución del sujeto realizándose ajustes que van desde poco significativos a muy significativos y de temporales a permanentes (Estévez, 2010).

3.3. Adaptaciones para el acceso al currículo de un niño con hipoacusia

3.3.1. Adaptaciones en los elementos de acceso al currículo en el aula y el centro educativo.

3.3.1.1. Adaptaciones metodológicas y comunicativas

Pese a que la mayoría de niños con sordera cuentan con audífonos o implantes cocleares, se cae en el error de considerar que el acceso al mundo sonoro equipara al beneficiario de este avance tecnológico con la audición de un niño sin hipoacusia. No obstante, la realidad no es ésta y docentes/tutores que cuentan en sus aulas con niños con estas prótesis, deben tener en cuenta una serie de pautas para facilitar su acceso a la comunicación oral y a la comprensión e integración de los aprendizajes básicos incluidos en el currículo de Educación Infantil.

Entre esta lista de pautas, se encuentran aquellas que dependen únicamente del papel del profesorado y del resto del alumnado sin contar con recursos materiales (Jáudenes y Patiño, 2011; Valmaseda, 1994).

- El profesorado del centro, sus compañeros de aula y todos aquellos profesionales que traten con el alumno con sordera, deben conocer y utilizar una serie de estrategias de comunicación sencillas y accesibles (Jáudenes y Patiño, 2011).
 - Antes de comenzar a hablar asegúrate de que te este mirando. Si no es así llama su atención son una señal o un toque.
 - Si la conversación es en grupo, respeta los turnos e indícale quién va a intervenir.
 - Háblale a una velocidad media (ni muy despacio ni muy deprisa) vocalizando pero sin exagerar, con un tono de voz elevado pero sin gritar y utilizando palabras conocidas y frases completas.
 - Utiliza dibujos, gestos o palabras escritas si consideras que necesita dicho apoyo para comprender el mensaje.
 - Puedes repetirle el mensaje o simplificarlo siempre hablando de forma correcta si no lo ha entendido a la primera.
 - Háblale de frente, a su altura y con la boca descubierta para facilitar la lectura labial.

- La ubicación del alumno con sordera en el aula supone una pauta definitoria, puesto que dependiendo del lugar en el que se sitúe dentro de la clase, su posibilidad de acceso visual a los apoyos en la comunicación oral como son la lectura labial u otras fuentes de información que precise para el seguimiento de las clases, será una u otra. Para posibilitar al máximo dicha cuestión, el alumno con hipoacusia deberá situarse en segunda fila con el fin de mantener el contacto visual con los compañeros y el profesor, completando la información que recibe a través de la vía auditiva. Además, el aula debe estar bien iluminada para evitar las sombras en la cara del interlocutor (Estévez, 2010; Jáudenes y Patiño, 2011; Velasco y Pérez, 2007).
- El conocimiento de alumnos y profesores sobre los sistemas de apoyo a la comunicación oral que utiliza el discente con sordera, garantizará una interacción de calidad. Existen tres sistemas de apoyo en este tipo de centros educativos (Higuero y Juárez, 2004; Jáudenes y Patiño, 2011; Velasco y Pérez, 2007):
 - ***Comunicación bimodal:*** El habla se complementa con la utilización de signos respetando la estructura sintáctica del lenguaje oral.
 - ***Palabra complementada:*** Se visualizan los fonemas del habla mediante la lectura labial y una serie de posiciones de la mano junto a la boca para facilitar la adquisición del lenguaje oral.
 - ***Dactilológica o Alfabeto manual:*** Se asocia cada letra del alfabeto con un signo concreto para la comprensión de palabras nuevas o nombres propios que requieran de apoyo para su posible comprensión.
- Es aconsejable que el docente a la hora de explicar cualquier contenido, utilice la pizarra como apoyo realizando pequeños esquemas y escribiendo las palabras nuevas o relevantes para así, facilitar el seguimiento del alumno con deficiencia auditiva. También resulta útil la entrega de pequeños resúmenes antes de comenzar una explicación o anticipar la información que se va a tratar (Estévez, 2010; Velasco y Pérez, 2007).
- El centro educativo debe garantizar que en el contenido curricular se incluya el tema de la sordera para sensibilizar y concienciar a los alumnos ante esta deficiencia. El docente será el responsable de integrar este contenido en el aula y

enseñar a los alumnos las distintas pautas comunicativas citadas con anterioridad (Estévez, 2010; Valmaseda, 1994).

La aplicación de esta lista de actuaciones por parte docente en aula, está respaldada por una formación específica sobre sordera brindada por el logopeda y psicopedagogo del centro educativo. No obstante, el papel del tutor no se reduce al entorno “clase”, sino que éste debe asegurar una comunicación y coordinación continua con el logopeda para hacerle partícipe del proceso educativo del alumno con sordera, posibilitando así, la adaptación de las sesiones de logopedia a las dificultades y necesidades del mismo. A su vez, los padres deben conocer el seguimiento del discente a través del docente, el cual con ayuda del logopeda, les facilitará la información y formación necesaria para que también los padres interactúen y trabajen con el niño en consonancia con los objetivos y contenidos perseguidos en el centro educativo (Ulloa y Velasco, 2011).

3.3.1.2. Adaptaciones de las instalaciones del centro educativo

Pese a las adaptaciones curriculares en los elementos de acceso en el aula expuestas con anterioridad, a veces la actuación del docente no es suficiente y el centro educativo debe ofrecer a todo el alumnado o con necesidades educativas especiales, una lista de recursos aunque estos precisen la edificación o remodelación de las aulas e instalaciones en las que se realicen actividades académicas, de ocio, extraescolares y deportivas (Estévez, 2010; Jáudenes y Patiño, 2011). En el caso de un niño sordo, los recursos que debe facilitar el centro son los auditivos y visuales.

A) Recursos auditivos

En un aula, y especialmente en Educación Infantil, el ruido ambiental puede dificultar que el niño con sordera acceda a la información transmitida oralmente. Por ello, ayudas técnicas que mejoren la calidad de la información auditiva conectadas a sus prótesis se convierten en recursos indispensables. Entre éstas ayudas técnicas se encuentran los bucles magnéticos y los equipos de frecuencia modulada.

- ***Bucle magnético***: Consiste en un cable conectado a un amplificador que transforma la señal sonora en ondas magnéticas. De esta forma, se crea un campo magnético que induce a la tele-bobina (“T”) de la prótesis auditiva mejorando la calidad en la recepción de la señal auditiva y acercando la misma (Jáudenes y Patiño, 2011; Roselló, 2004; Velasco y Pérez, 2007).

- **Equipos de frecuencia modulada (FM)**: La voz del profesor recogida por un micrófono (transmisor) es enviada al sujeto con sordera directamente a su audífono (receptor) estando ambos en la misma frecuencia. Esto impide que la distancia o la contaminación ambiental dificulten la discriminación de una conversación, y permite que el profesor se mueva con mayor libertad por el aula, pues aunque esté en alguna ocasión de espaldas, el sujeto recibirá con claridad la información transmitida (Jáudenes y Patiño, 2011; López y Guillén, 2010; Roselló, 2004).

Figura 1. Equipo de frecuencia modulada y bucle magnético

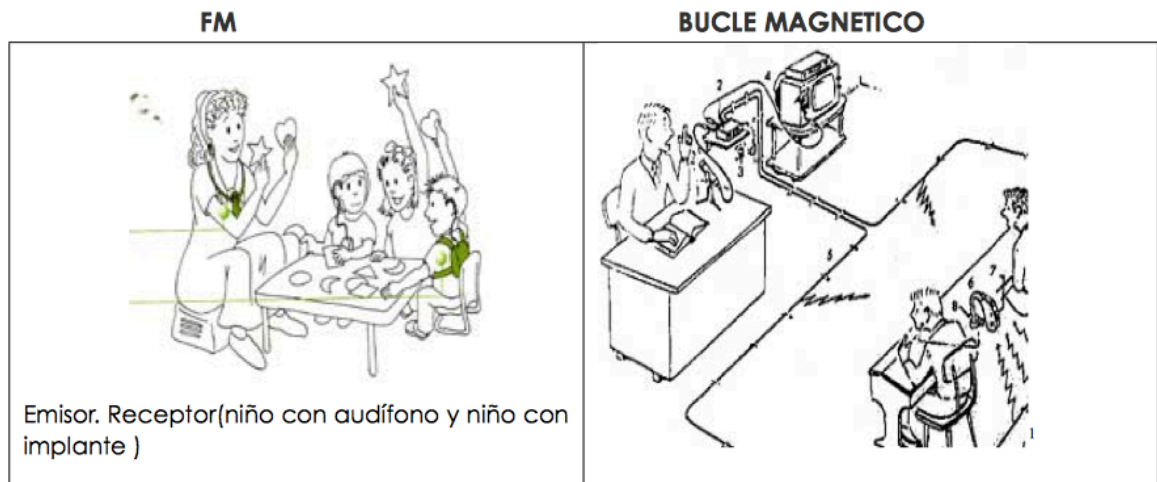


Ilustración tomada de: Velasco, C. y Isabel, P. (2007). (pp. 88)

B) Recursos visuales

Las ayudas visuales suponen un apoyo en la comunicación oral que garantiza el acceso a la información auditiva y a la comprensión de la misma. Entre estas ayudas se encuentran: la subtitulación, los paneles informativos y los avisos luminosos (Estévez, 2010; Jáudenes y Patiño, 2011; Velasco y Pérez, 2007).

- **Subtitulación**: Es un recurso accesible para cualquier persona con sordera independientemente de si es o no beneficiario de una prótesis auditiva, y permite transformar de forma literal el mensaje oral en un texto escrito. Actualmente se dispone de una subtitulación en directo permitiendo una transcripción del contenido oral en tiempo real.

Es aconsejable que tanto en actividades dentro del centro educativo como en salidas externas que requieran la utilización de DVDs o vídeos, éstos sean subtítulos.

- **Paneles informativos**: Las zonas del centro educativo en las que se comuniquen mensajes, avisos, noticias... a través de la megafonía deben contar con paneles informativos que plasmen por escrito en sus pantallas el mensaje sonoro. Esto puede influir de forma positiva en la autonomía y orientación del alumnado sordo en el entorno escolar, evitando las situaciones de desconcierto al no comprender el porqué de una conducta generalizada en el resto de compañeros.
- **Señales luminosas**: Deben colocarse en todas las zonas del colegio pues son las responsables de reemplazar el mensaje sonoro en señales luminosas para el aviso de incidencias como el timbre de inicio y fin de las clases o la alarma de incendios.

Los distintos espacios o zonas del centro educativo en las cuales se deben situar los recursos auditivos y visuales citados son las siguientes (Velasco y Pérez, 2007):

Cuadro 4. Espacios del centro educativo con recursos visuales y auditivos

	Aula	Biblioteca/ Aula de informática/ Laboratorio	Salón de actos	Secretaría	Gimnasio Comedor	Patio Servicios Vestuarios Pasillos Escaleras	Ascensores
F.M.	❖	❖	❖	❖			
Bucle magnético	❖	❖	❖	❖	❖		
Subtitulación directa			❖				
Subtitulación diferida	❖	❖	❖				
Paneles informativos	❖	❖	❖	❖	❖	❖	
Señales luminosas	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖

3.3.2. Adaptaciones en los elementos básicos del currículo

Junto con las adaptaciones en la comunicación desarrolladas por el centro educativo y las metodológicas, organizativas y de desarrollo del aprendizaje y la comunicación dentro del aula llevadas a cabo por el docente y el resto de alumnos, se encuentran las adaptaciones curriculares individuales que posibilitan el acceso de todo sujeto con sordera a un currículo ajustado a sus necesidades. En este caso y según las características generales de las personas con hipoacusia, los objetivos y contenidos que deben introducirse en el currículo a nivel individual son los siguientes (Estévez, 2010; López y Guillén, 2010):

Cuadro 5. Objetivos y contenidos incluidos en el currículo de un niño con hipoacusia.

Objetivos	Contenidos
Mejorar la expresión de la lengua oral.	Desmutación, articulación, entonación, ritmo, respiración, morfosintaxis, razonamiento verbal, vocabulario, pragmática, metalenguaje ³ y habilidades conversacionales.
Fomentar la comprensión de la lengua oral.	Discriminación auditiva, lectura labiofacial, memoria y atención auditiva y sistemas complementarios a la comprensión del habla (palabra complementada).
Conocer y utilizar otros sistemas de comunicación.	Uso de la lengua de signos o el sistema de comunicación bimodal, funciones comunicativas.
Adquirir autonomía en el cuidado y mantenimiento de las prótesis.	Cambio de pilas, cuidado de los moldes, cuidado del implante y graduación del volumen.

³ Se denomina metalenguaje a aquel lenguaje que se usa para describir, explicar o hablar del lenguaje mismo. Si en infantil el alumno aprende que casa tiene cuatro letras y puede expresar oralmente "Casa tiene cuatro letras" el uso de "casa" sería un ejemplo de metalenguaje (Almarza y Rivero (Eds.). 2002.

Desarrollar las capacidades básicas.	Atención y memoria visual, expresión corporal, capacitación de señales del entorno que transmitan información (vibraciones, movimientos, interpretación de las expresiones faciales) motricidad fina para articular adecuadamente los signos y el desarrollo del juego simbólico.
--------------------------------------	---

Fuente: elaboración propia basada en Velasco y Pérez, 2007; López y Guillen, 2010.

Estas adaptaciones o adiciones en los objetivos y contenidos del currículo, son los propios de la etapa de Educación Infantil por tanto, se irán añadiendo más a la largo de la etapa de Primaria relacionadas con la expresión de la lengua escrita. No obstante, no sólo se sumarán sino que en algunos casos deberán eliminarse o retrasarse algunos contenidos y objetivos hasta que el alumno alcance aquellos relacionados con el lenguaje oral, o suficiente competencia en castellano para acceder a aprendizajes en los que la audición es necesaria como música o lengua extranjera (Estévez, 2010; López y Guillén, 2010).

3.3.3. Atención logopédica

El alumno con sordera desarrolla la mayor parte de la jornada escolar dentro del aula ordinaria gracias a los apoyos en la comunicación y a las adaptaciones curriculares individuales aplicadas, tanto por el docente/tutor como por el pedagogo terapeuta que acompaña al alumno en el aula asegurando de este modo, el proceso de aprendizaje del mismo y facilitando la tarea al profesor (Ruiz, 2011). Sin embargo, se contempla como algo esencial, que el alumno reciba, parte del horario escolar, atención logopédica fuera del aula ordinaria para su posible reeducación auditiva y del lenguaje, y aprendizaje del aprovechamiento de los restos auditivos utilizando las prótesis auditivas adaptadas a su pérdida. Las horas semanales de atención logopédica, media hora por sesión en Educación Infantil, serán fijadas por el centro educativo dependiendo de las características individuales del alumno, entre estas: su nivel curricular, prótesis auditiva o restos auditivos (Galiana, 2013; González, López, González y Martínez, 1999).

Pese a que las sesiones de logopedia se realizan fuera del aula, parte de las actividades que se desarrollan en éstas, deben ser complementarias a las trabajadas en el aula, constituyéndose como un apoyo para la consecución de los objetivos curriculares previstos. Como ejemplo clarificador, el logopeda puede trabajar los temas que posteriormente se tratarán en el aula para anticipar las posibles dificultades y asegurar la integración de los aprendizajes curriculares (Galiana, 2013).

Con el fin de trabajar el área lingüística y auditiva, el logopeda realizará un programa que durará todo el curso académico con unos objetivos y una metodología concreta. Uno de los principales objetivos perseguidos en cualquier actuación logopédica con sujetos con deficiencia auditiva, es potenciar el aprovechamiento de los restos auditivos para desarrollar las habilidades auditivas y del lenguaje (Galiana, 2013; González, López, González y Martínez, 1999; Trinidad y Jáudenes, 2011). Para ello se expone al alumno a cuatro fases de rehabilitación o reeducación que le permitirán conocer y comprender qué está escuchando (Borges, Díaz y Bermejo, 2007; Quique, 2013; Ruiz, 2011):

1. **Detección**: Desarrollar en el sujeto la capacidad que le permita ser consciente de la presencia o ausencia de sonido.
2. **Discriminación**: El objetivo es que el alumno sepa si dos sonidos son iguales o diferentes sin comprenderlos. Al encontrarnos en la Etapa de Educación Infantil, las diferencias encontradas se basarán en las características del sonido y sus cualidades sonoras: muchos-pocos, largo-corto, fuerte-suave...
3. **Identificación/reconocimiento**: En esta fase el logopeda pretende que el sujeto no sólo diferencie el sonido sino que sepa qué es lo que está escuchando.
4. **Comprensión**: Esta última etapa no se trabaja en Educación Infantil ya que se trata de una etapa superior del desarrollo auditivo y comienza a trabajarse la Etapa de Educación Primaria.

Para trabajar el área lingüística, la logopeda debe centrarse en una serie de objetivos, al igual que en el área auditiva, para que el sujeto alcance correctamente el manejo de la lengua oral como principal medio de comunicación. Dichas metas deben incidir en los distintos campos del lenguaje: fonología, morfología, sintaxis, semántica y pragmática (González, López, González y Martínez, 1999; Higuero y Juárez, 2004; Ruiz, 2011).

- Estimulación y refuerzo de su balbuceo a través de juegos vocálicos y movimientos corporales (trabajo con praxias). De esta forma, el sujeto va controlando los órganos bucofonatorios encargados del habla.
- Desarrollar la necesidad de comunicarse creando situaciones en las que el alumno necesite pedir o comunicar algo. Por ejemplo, enseñarle un juguete y ponerlo en un lugar inaccesible pero visible para él, invitándole a que lo pida oralmente.
- Estimulación lingüística de las emisiones vocálicas: utilización de onomatopeyas familiares (“cua”, “miau”) aisladas o incluidas en cuentos para trabajar la fonología, fonética y semántica.
- Aprovechar sus emisiones espontáneas para interpretarlas de forma correcta, no como una corrección sino como un juego o repetición, agregando información. Así, el sujeto irá utilizando una entonación más acertada y composiciones de sonidos más complejas.

Todas estas actividades tanto auditivas como lingüísticas, deben realizarse de forma lúdica evitando las correcciones constantes y utilizando el refuerzo positivo como principal cauce de motivación. Esto es así, pues la ausencia de una relación cercana y de confianza entre logopeda-alumno dificultará e imposibilitará un resultado o reeducación exitosa y creará, posiblemente, una actitud de rechazo hacia la lengua oral.

Conclusiones

La situación social y educativa de los sujetos con sordera ha experimentado un cambio, indiscutiblemente positivo, gracias a los avances tecnológicos y a una Atención Temprana que incluye una detección y diagnóstico precoces. No obstante, no todos los neonatos se benefician de esa precocidad y las consecuencias que tiene la sordera en su desarrollo son significativas. Por ello, los gobiernos están asegurando aunque a través de un lento proceso, la aplicación de programas de detección precoz universales en todas las Comunidades Autónomas que componen el estado español, superando aquellos programas destinados únicamente a los sujetos de alto riesgo. La propuesta de la Comisión para la Detección Precoz de la Hipoacusia ya en el año 2000 para la aplicación de un Screening universal en España, refleja claramente la lentitud en los avances alcanzados entorno a la sordera, puesto que quince años después, todavía no se ha conseguido.

Así mismo, la gran mayoría de los autores actuales y relevantes en esta temática que he podido consultar, amparan la necesidad del acceso a la lengua oral para la integración y desarrollo integral del niño con deficiencia auditiva. Se deja en un segundo plano a la Lengua de Signos como principal medio de comunicación en una sociedad oralista, determinándose este sistema lingüístico como factor responsable de un posible aislamiento social del sujeto con hipoacusia o sordera.

En relación con la intervención educativa, hay múltiples consideraciones que puede tener en cuenta el centro educativo para el óptimo desarrollo y rehabilitación del alumno con hipoacusia. No se trata únicamente de pautas a nivel comunicativo sino de modificaciones estructurales del centro y aplicación de recursos por parte del logopeda, docente, pedagogo terapéutico y alumnado. Si los colegios llevan a cabo todas las actuaciones expuestas con anterioridad, el alumno con hipoacusia, en la mayoría de casos, podrá acceder sin ningún problema al currículo, a la lengua oral como medio de comunicación y a una inclusión tanto social como educativa.

Cabe concluir, que si se cuenta con un diagnóstico y detección precoces y con una intervención adecuada y adaptada a las necesidades del sujeto, gran parte de las personas con hipoacusia no tendrán problemas o los problemas propios de cualquier niño de su edad, en su desarrollo emocional, social, educativo y familiar. De este modo, podrán acceder, con el paso de los años, a un puesto laboral como cualquier otro

ciudadano pues utilizarán la lengua oral como medio de comunicación y la audición como vía receptora de la información.

Bibliografía

- Alemán, N., Ardanaz, J., Muruzábal D. y Poyo D. (2006). Alumnado con grave discapacidad auditiva en Educación Infantil y Primaria. Orientaciones para la respuesta educativa. Pamplona: ONA.
- Almarza, N. y Rivero, M. (Eds.). 2002. Diccionario secundaria y bachillerato. Lengua española. Madrid: ediciones S.M.
- Borges, A., Díaz, M. y Bermejo B. (2007). Rehabilitación de niños prelocutivos y poslocutivos con implante coclear. Portal de la Red de Salud de Cuba. Extraído el 10 de abril de 2015, de http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-ologo/rehabilitacion_de_ninos_prelocutivos_y_poslocutivos_con_implante_coclear.pdf
- Bureau International D'Audiophonologie. (1997). Clasificación de las deficiencias auditivas. Extraído el 11 de abril de 2015, del sitio Web del Bureau International D'Audiophonologie:
http://www.biap.org/index.php?option=com_content&view=article&id=5%3ARecommendation-biap-021-bis&catid=65%3Act-2-classification-des-surdites&Itemid=19&lang=es
- Egea, C., y Sarabia, A. (2001). Experiencias de aplicación en España de la clasificación internacional de deficiencias discapacidades y minusvalías. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad.
- España, 2013. Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la mejora de la calidad educativa. Boletín Oficial del Estado, 10 de diciembre de 2013, nº 295. [en línea]. Disponible en <http://www.boe.es/boe/dias/2013/12/10/pdfs/BOE-A-2013-12886.pdf> [consulta: 5 de mayo de 2015].
- España, 2014. Orden Foral 106/2014, de 8 de octubre, de la Comunidad Foral de Navarra. Boletín Oficial de Navarra, 4 de noviembre de 2014, nº 216. [en línea]. Disponible en <http://www.siiis.net/documentos/legislativa/27664.pdf> [consulta: 5 de mayo de 2015].
- Estévez, A.B. (2010). Alumnado con deficiencia auditiva: orientaciones para la intervención educativa. Revista digital de innovación y experiencias educativas, 27 (16), 1-11.

- Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (GAP). (2005). Libro Blanco de la Atención Temprana. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad.
- Gutiez, P. (2005). Atención Temprana. Prevención, detección e intervención en el desarrollo (0-6 años) y sus alteraciones. Madrid: Editorial Complutense.
- Gutiez, P. y Ruiz, E. (2012). Orígenes y Evolución de la Atención Temprana. Una perspectiva Histórica de la Génesis de la Atención Temprana en Nuestro País. Agentes, Contextos y Procesos. Extraído el 26 de mayo de 2015, del sitio Web del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid: <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/educativa/ed2012v18n2a3.pdf>
- Higuero, R. y Juárez, A. (2004). Abordaje global y temprano de las sorderas infantiles. En C. Jáudenes (Ed.). Manual Básico de Formación Especializada sobre Discapacidad Auditiva. (pp. 275-286). Madrid: Confederación Española de Familias de Personas Sordas.
- Huarte, A. (2011). Diagnóstico audiológico. En G. Trinidad y C. Jáudenes (Eds.). 2011. Sordera Infantil. Del diagnóstico precoz a la inclusión educativa. Guía práctica para el abordaje interdisciplinar. (pp. 91-117). Madrid: Confederación Española de Familias de Personas Sordas.
- Jáudenes, C. y Patiño, I. (2007). Dossier divulgativo para familias con hijos/as con discapacidad auditiva. Información básica para el acceso temprano a la lengua oral. Madrid: Confederación Española de Familias de Personas Sordas (FIAPAS).
- Jáudenes, C. y Patiño, I. (2011). Recursos para el acceso a la información, a la comunicación y al conocimiento en el ámbito educativo. En G. Trinidad y C. Jáudenes (Eds.). 2011. Sordera Infantil. Del diagnóstico precoz a la inclusión educativa. Guía práctica para el abordaje interdisciplinar. (pp. 213-229). Madrid: Confederación Española de Familias de Personas Sordas.
- Jáudenes, C., Torres, S., Aguado, G., Silvestre, N. y Patiño, I. (2007). Estudio sobre la situación educativa del alumnado con discapacidad auditiva. Madrid: Confederación Española de Familias de Personas Sordas.
- López, T. y Guillén C. (2010). Intervención educativa en el alumnado con discapacidad auditiva. Extraído el 13 de abril de 2015, del sitio Web de la Consejería de

educación, formación y empleo de Murcia:
<http://diversidad.murciaeduca.es/orientamur/gestion/documentos/unidad16.pdf>

- Marco, J., Morera, C. y Morant, A. (2004). Detección precoz de la sordera infantil. Manual Básico de Formación Especializada sobre Discapacidad Auditiva. (pp. 37-48). Madrid: Confederación Española de Familias de Personas Sordas.
- Monsalve, G. y Núñez, F. (2006). La importancia del diagnóstico e intervención temprana para el desarrollo de niños sordos. Los programas de detección precoz de la hipoacusia. *Intervención Psicosocial*, 15 (1), 7-28.
- Morant A., Pitarch M^a I., García FJ., & Marco J. (1999). Retraso en el diagnóstico de hipoacusia en niños. Justificación para instaurar modelos de cribaje. Extraído el 2 de abril de 2015, del sitio Web de la Asociación Española de Pediatría: <http://www.aeped.es/sites/default/files/anales/51-1-10.pdf>
- Peralta, F. (2011). Niños diferentes: Los trastornos del desarrollo y su intervención psicopedagógica. España: Eunate.
- Quique, Y. (2013). *Métodos unisensoriales para la rehabilitación de la persona con implante coclear y métodos musicoterapéuticos como nueva herramienta de intervención. Revista Otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello*, 73 (1), 94-108.
- Roselló, L. (2004). Ayudas audiológicas. En C. Jáudenes (Ed.). Manual Básico de Formación Especializada sobre Discapacidad Auditiva. (pp. 141-165). Madrid: Confederación Española de Familias de Personas Sordas.
- Ruiz, C. (2011). Atención temprana. Intervención logopédica. En G. Trinidad y C. Jáudenes (Eds.). Sordera Infantil. Del diagnóstico precoz a la inclusión educativa. Guía práctica para el abordaje interdisciplinar. (pp. 163-175). Madrid: Confederación Española de Familias de Personas Sordas.
- Santos, V., Zenker, F., Fernández, R. y Barajas, J.J. (2006). Deficiencia, discapacidad y minusvalía auditiva. *Revista Electrónica de Audiología*. 3 (1), 20-31.
- Trinidad, G., Alzina, V., Jáudenes, C., Núñez F. y Sequí, J.M. (2009). *Recomendaciones de la Comisión para la Detección Precoz de Hipoacusias (CODEPEH) para 2010*. Madrid: Confederación Española de Familias de Personas Sordas.

- Ulloa, C. (2011). Atención educativa al alumnado con sordera. En G. Trinidad y C. Jáudenes (Eds.). Sordera Infantil. Del diagnóstico precoz a la inclusión educativa. Guía práctica para el abordaje interdisciplinar. (pp. 193-211). Madrid: Confederación Española de Familias de Personas Sordas.
- Velasco, C. y Pérez, I. (2007). Sistemas y recursos de apoyo a la comunicación y al lenguaje de los alumnos sordos. *Revista Latinoamericana de Inclusión Educativa*, 3 (1), 77-93.