



# Centro de Audición y Lenguaje (IVAF)

Diputación Provincial de Valencia

Gaspar Izquierdo Ros, director.  
Isidro Mansanet Mansanet, psicólogo.  
Amparo Rubio Camarasa, logopeda.  
M.ª Teresa Viruela Martín, logopeda.

## REFLEXIONES EN TORNO AL DEFICIENTE AUDITIVO

Más que hacer una exposición exhaustiva en una revista profesional, pretendemos hacer hincapié en algunos aspectos que consideramos importantes en el planteamiento educativo del niño deficiente auditivo, con la esperanza de que la sensación de tema no concluido, conscientemente no estructurado, estimule a los profe-

sionales que nos lean a profundizar sobre el mismo desde sus respectivos esquemas personales y técnicos.

Estamos convencidos de que así se favorecerá la comprensión de las personas afectadas de sordera, a las que con demasiada frecuencia se muestra en un *flash* estereotipado como seres enigmáticos y a los que sólo tienen acceso algunos privilegiados con dones y carismas especiales para ello, lo cual es una visión

miope y en muchas ocasiones interesada.

### 1. No se puede generalizar.

Cuando hablamos de sordo, hipocústico, deficiente auditivo, etcétera, nos estamos refiriendo a una serie de personas que en mayor o menor grado tienen alterado el sentido de la audición, oyen menos de lo que se considera normal. El doctor Perelló (1) dice que «la sordera es la privación o la disminución de la facultad de oír;

pero no es lo mismo un niño que tiene una sordera del ciento por ciento que otro que la tiene del setenta por ciento, y, sin embargo, todos ellos son niños sordos. Sólo acepto la palabra "sordo" si se acompaña del tanto por ciento de la sordera, si es uni o bilateral y la edad en que le sobrevino. Entonces, con estos datos, se ve de qué se trata. No se puede generalizar y hablar del niño "sordo", ya que desde el punto de vista científico no nos entendemos sobre QUE y de QUIEN estamos hablando».

Así pues, conviene para aclararnos partir de la idea de que el término sordera no es unívoco, por lo que resulta ininteligible si no va acompañado de una serie de datos individuales que nos hacen calibrar la dimensión real en cada caso.

## 2. Variables que intervienen para determinar el pronóstico educativo del deficiente auditivo.

a) **El grado de audición.** Hasta hace muy pocos años era prácticamente la única variable o dato que determinaba la orientación de cada caso. Es clásica la clasificación de sorderas por este concepto en ligeras, medias, severas y profundas.

Los niños afectados a partir de una sordera severa eran orientados directamente a centros de educación especial para sordos. Hoy, sin embargo, no se plantea esta solución sino para los sordos profundos y teniendo en cuenta las otras variables que enumeramos.

b) **Edad en que sobrevino.** El pronóstico de unos niños es completamente distinto de otros, teniendo todos el mismo grado de audición; si varía el momento en que la pérdida auditiva les sobrevino. Ya sea desde el nacimiento, a los dos o a los seis años, por ejemplo. Cuanto antes se produce mayores son las repercusiones negativas, contando con que las otras circunstancias sean las mismas. Un niño sordo profundo de nacimiento no ha tenido la experiencia del sonido ni del lenguaje oral propio ni el de los otros; la tarea para introducirlo en el mundo de la comunicación verbal resultará lenta y difícil. En cambio, un niño sordo a partir de los cuatro años ya tiene adquiridas todas las bases del lenguaje, por lo que a efectos funcionales si no se le deja de la mano puede desarrollarse casi como un niño oyente. Si se da el caso de quedarse sordo cuando ya sabía leer y escribir, el pronóstico, como es lógico, es todavía mejor.

c) **Momento del diagnóstico.** Afortunadamente, cada vez el diagnóstico de sordera se va haciendo

más tempranamente. De todas formas, todavía son muchos los casos de sordera profunda que se detectan después de los dos años, con lo que se ha perdido un tiempo precioso. Cuanto mayor es la pérdida auditiva antes se detecta, pero no dejan de existir casos graves diagnosticados muy tardíamente.

Un capítulo aparte, por las repercusiones personales y escolares que conlleva, es el diagnóstico de pérdidas auditivas ligeras y medias, pero de momento no entramos en él.

d) **Intervención audiológica y pedagógica.** Se puede conocer el pro-

Si la sordera no es de percepción, es decir, que estén afectadas las estructuras del oído interno, no hay hoy por hoy, desgraciadamente, respuestas satisfactorias ni médicas ni quirúrgicas en tal sentido.

La intervención viene por un lado de parte del mundo de la audiológica y la electrónica. Consiste en el aprovechamiento óptimo de los restos auditivos que en mayor o menor grado todos tienen. Requiere unas técnicas muy sofisticadas, tanto para determinar el tipo de audífono en cada caso como el establecer un proceso de



blema, pero nos quedamos igual si no se hace nada para remediarlo. El momento de la intervención es quizás el más decisivo, y abarca fundamentalmente dos áreas: audiológica y pedagógica.

adaptación para su máximo rendimiento.

Y la otra vía de intervención es la pedagógica, de trabajo directamente con el niño y con los padres, con el fin de aprovechar y potenciar las po-

sibilidades comunicativas y de desarrollo personal en cada caso.

Del momento y la forma cómo se abordan los aspectos audiológicos y educativos variará el pronóstico en cada caso.

**e) Desarrollo mental.** Como apunta Marchesi, es mucho mayor la variabilidad entre el grupo de sordos que entre los oyentes entre sí.

A veces, el déficit auditivo va acompañado con otras alteraciones. Por ello, puede ser un pronóstico favorable si, aun teniendo en cuenta la gravedad de las anteriores variables, nos encontramos con un sordo muy inteligente o a la inversa.

**f) Dinámica familiar.** No entramos en detalles a considerar en este apartado, porque igual que el anterior repercute tanto en el niño sordo como en el oyente.

El grado de aceptación y su colaboración en tareas reeducativas serán decisivos de cara al pronóstico del niño, por lo que coincidimos con Löwe (2) cuando dice que «en el asesoramiento de los padres se juega el destino de un niño deficiente».

**g) Proximidad de los servicios.** Generalmente, las grandes ciudades disponen de más recursos médicos y educativos que las poblaciones muy distantes de ellas. Por eso, la residencia familiar es una variable con repercusiones en uno u otro sentido. Pensemos, por ejemplo, en un niño sordo diagnosticado a los ocho meses, pero que viva a cien kilómetros del centro de atención más próximo.

**h) Calidad de los recursos sociales y educativos.** Es otra variable importante. Hay que valorar tanto los centros o aulas específicas para sordos como las escuelas infantiles, preescolar, EGB, etcétera, de la zona donde vive. En cuanto a los colegios, aparte de que en otro momento tratemos el papel que juegan las instituciones, Dolors Renau (3) nos habla de aspectos a considerar tales como medida de los centros, número de niños por aula, sistemas de poder, nivel de comunicación interna, flexibilidad de la metodología, permeabilidad de la institución respecto al medio y estabilidad del personal docente.

**i) Hijos de sordos o de oyentes.** Cambia mucho el panorama educativo de un niño sordo el que sus padres lo sean a que no lo sean. Es, pues, otra variable a considerar.

### 3. Repercusiones psicológicas de la sordera.

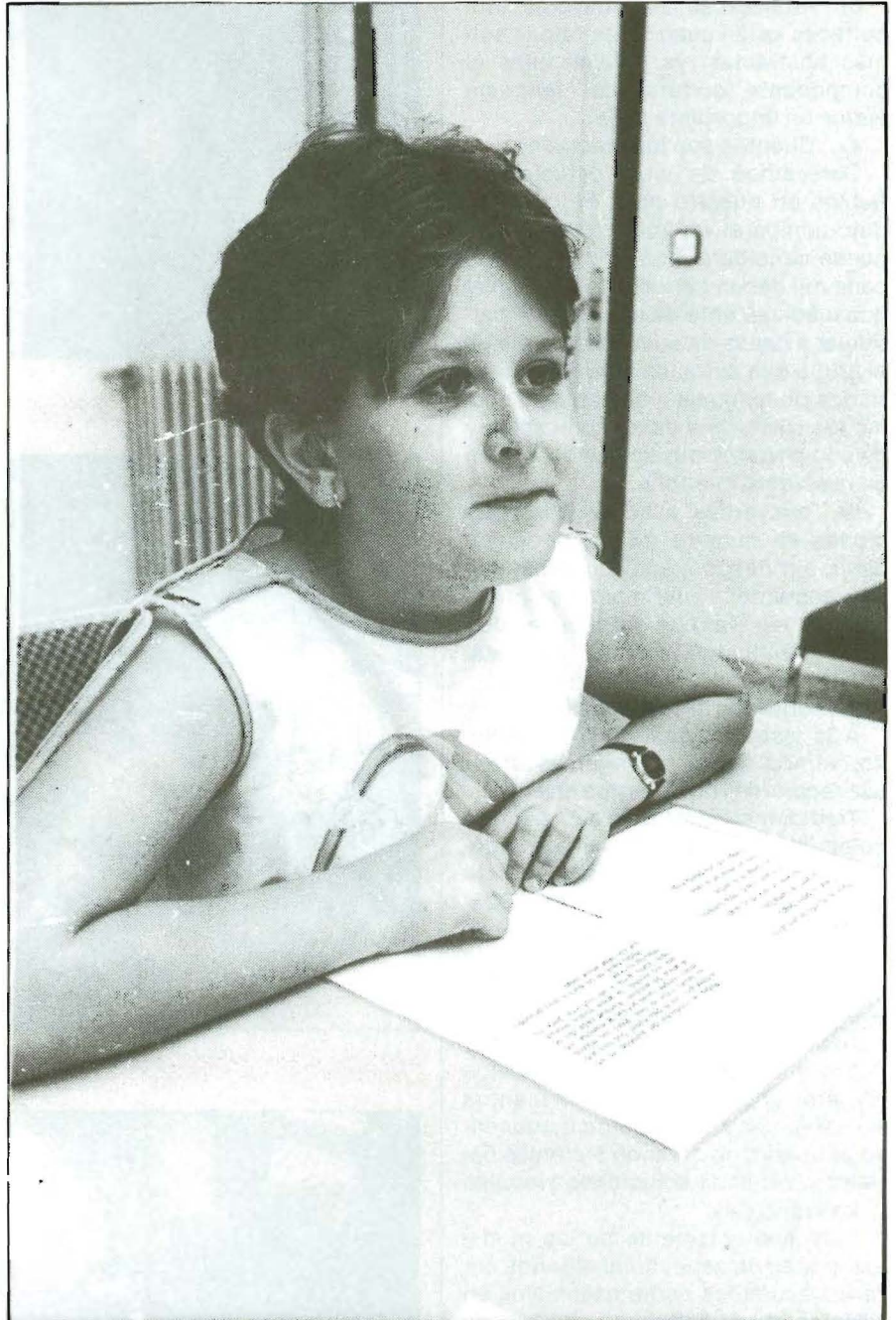
Desde el punto de vista del comportamiento, la sordera produce una serie de hándicaps, más o menos re-

levantes según el grado y las otras variables antes reseñadas.

Sin extendernos sobre este tema, diremos con Colin (4) que son fundamentalmente cuatro las áreas más afectadas.

dado que por su hándicap tienen una disminución del índice de estímulos sensoriales que alcanzan la formación reticular masoencefálica. Esto influye sobre el nivel de vigilancia».

En ocasiones la sordera es índice



**a) Biológico-fisiológica.** Aumenta la vulnerabilidad del individuo, pues «el oído advierte ciertos peligros antes de que sean inminentes, permitiendo, por consiguiente, evitarlos».

A veces, además de la audición, también están afectados el equilibrio y el sentido de la orientación.

También piensa Myklebust que «los niños sordos son víctimas de un desequilibrio psicofisiológico global,

de una lesión más general, quedando afectadas otras dimensiones del organismo».

**b) Verbal.** La falta de ausencia produce la mudez como aspecto más destacado, pero incluso con una buena reeducación la adquisición de su lenguaje será lenta y laboriosa.

**c) Social y afectiva.** La sordera crea aislamiento al tener dificultad de comunicación. Se produce un do-

ble fenómeno: es en la vida social donde se desarrolla el lenguaje, pero es en ella donde se da cuenta de sus límites, por lo que «si el aislamiento del sordo es un hándicap respecto al lenguaje, la pobreza de éste no le lleva precisamente a salir de este aislamiento».

**d) Intelectual.** Las mayores dificultades están cuando las tareas son más abstractas, ya que en ellas el componente cultural del lenguaje ejerce un importante papel.

#### 4. Cuántos son los afectados.

Carecemos de unas estadísticas fiables en nuestro país. Pero, como dato comparativo, Lafon (5) dice: «Se puede considerar que cinco niños de cada mil deben ser educados y vigilados médicamente de una manera particular a causa de su sordera. Este es el grupo que sufre los importantes retardos de lenguaje y de habla, así como los trastornos de comunicación y de comportamiento que se describen en la sordera infantil.»

Sin atrevernos a hacer extrapolaciones en nuestro medio, podemos decir, sin riesgo a equivocarnos, que escasamente la cuarta parte de niños en edad escolar con pérdida de audición significativa reciben un tratamiento en función de su déficit.

#### 5. Criterios de intervención.

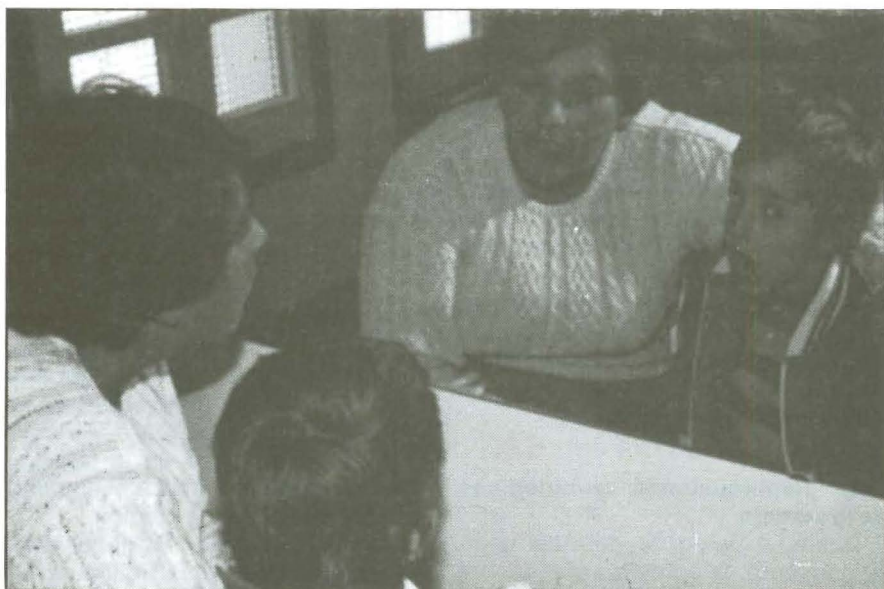
A la vista del panorama presentado, vemos que problemáticas diversas requieren tratamientos diversos.

Tradicionalmente sólo han existido colegios para sordos con una orientación más o menos benéfica, y muy tardíamente algunas aulas de hipoaústicos. Los primeros se han llevado, y se llevan, la parte del león a la hora de la distribución de recursos, y el resto es un auténtico desierto.

Dado que la heterogeneidad es tal, habrá que buscar diversos modelos de intervención con planteamientos flexibles dentro del sistema educativo ordinario, no creando sistemas paralelos, y huir de soluciones globales y generalizadas.

Independientemente de los modelos, podemos especificar algunos criterios asumidos como esenciales en relación con el deficiente auditivo, algunos apuntados anteriormente al hablar de las variables.

**a) Intervención inmediata.** Siguiendo a Lowe (6) diremos que los primeros años de vida son de capital importancia para el desarrollo lingüístico, intelectual y social de los niños con deficiencias auditivas. Connor y Pollack, y sobre todo Griffithis, llamaron la atención sobre el hecho de que los éxitos de la educación auditiva y lingüística de niños sordos se reducían considerablemente si és-



ta se comenzaba sólo al término del octavo mes de vida. La identificación temprana de niños sordos, es decir, sordos totales o hipoacústicos, se hace más necesaria que nunca.

Toda deficiencia auditiva que no ha sido descubierta y tratada a tiempo tiene efectos desastrosos para el desarrollo intelectual y social de un niño.

La intervención pedagógica especializada temprana es tan importante como la médica. Desgraciadamente, la medicina especializada se enfrenta actualmente a límites muy estrechos respecto a la terapia de daños auditivos. Son las medidas educativas, si se aplican adecuadamente, las que pueden aliviar las consecuencias de los daños auditivos o en casos de sordera ligeras o medias evitarlas en gran parte. El factor temporal tiene en ese sentido una importancia decisiva, ya que en ningún período de la vida serán posibles mayores progresos en el campo lingüístico e intelectual como en la temprana niñez.

Otro objetivo de la intervención temprana pedagógica pretende contener las consecuencias psicológicas que produce la falta de audición en el niño y también en los padres. De ahí que el trabajo en las primeras edades debe centrarse tanto, o más, en los padres como en el propio niño afectado.

**b) Implantación temprana y control sistemático de los audífonos.** La primera medida audiológica, una vez hecha la identificación de la pérdida auditiva, consiste en la adaptación de audífonos individuales. En este punto están de acuerdo la mayoría de los autores (Perelló, Löwe.)

Se han producido grandes progresos en este campo, y la calidad de los audífonos es muy superior a la de hace unos años.

La posibilidad de implantar unos audífonos individuales permite al niño mantener una estimulación auditiva a lo largo de todo el día y la situación educativa es totalmente distinta.

**c) Punto de referencia educativo, el niño normal oyente.** Sin olvidar las limitaciones a que da lugar la pérdida de audición, ya descritas anteriormente y estudiadas en profundidad por COLIN (3), FURTH (7) y MYCKLEBUST (8), entre otros autores, partimos de criterios normalizadores, adecuando en cada caso concreto los programas educativos y la intervención psicopedagógica.

**d) Atención preferente en el propio medio del niño.** Esto porque es de gran importancia que el niño pueda seguir viviendo en su propia casa, con su familia y en el contexto social que le es propio por haber nacido en él. La importancia del medio en la

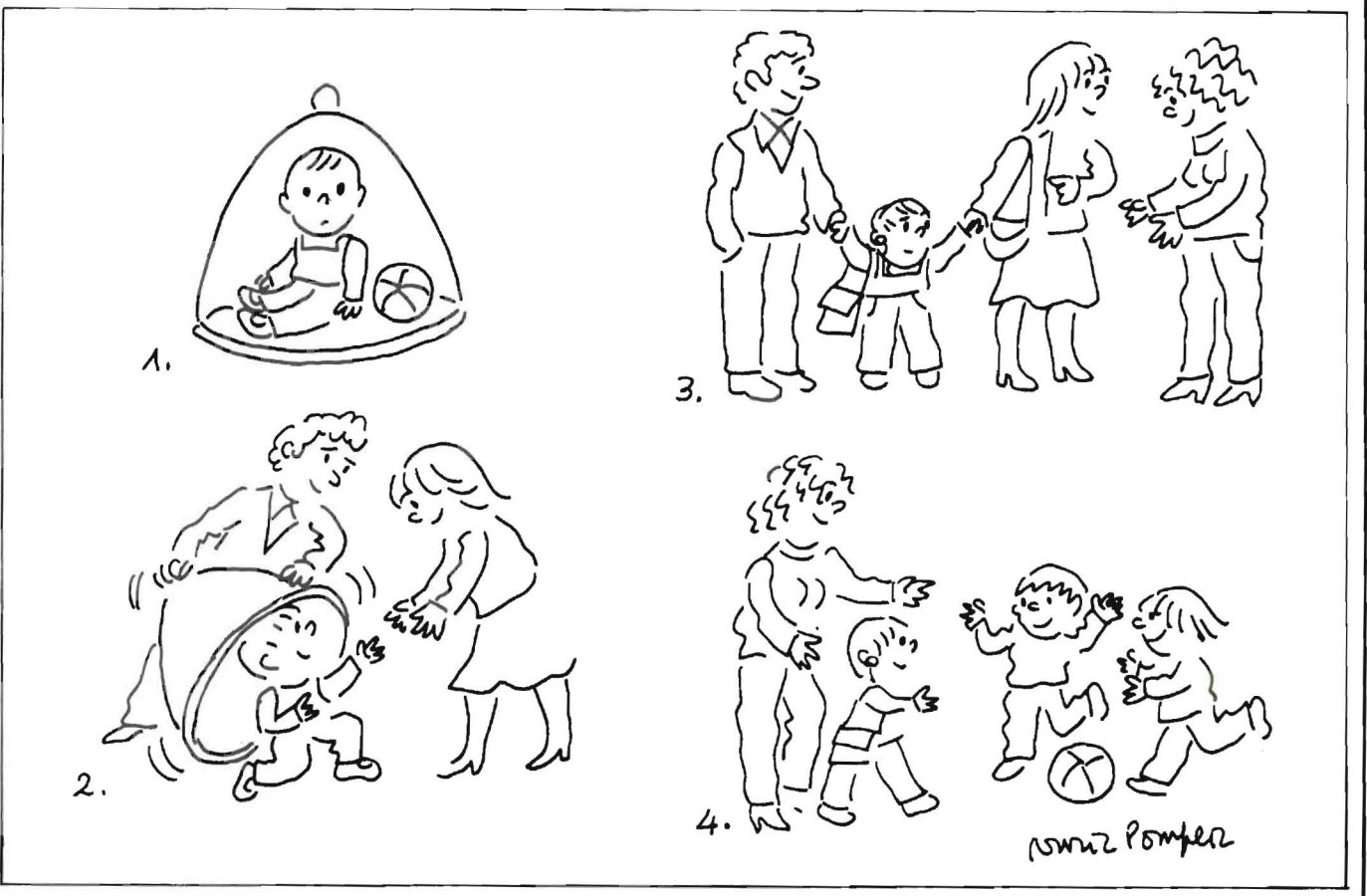
adaptación del lenguaje se puede resumir en las siguientes afirmaciones de Götter (9):

«Un niño perfectamente dotado por la naturaleza no puede establecer un lenguaje adecuado sin la activa participación de los estímulos del medio. Es decir, que el niño para poder hablar deberá sentir la necesidad de hacerlo.»

Así pues, estamos de acuerdo con Schragger (10) cuando afirma la gran importancia del desarrollo cultural del medio ambiente para en el caso del deficiente auditivo poder incorporar el lenguaje como estructura, y consideramos así mismo importante el encontrar un medio psicológico adecuado donde el niño encuentre estímulo y apoyo a sus necesidades. Este autor considera que «la mudez por sordera es mudez por incultura, y este trastorno del lenguaje es para nosotros una deficiencia socio cultural». Estas nociones enlazan con un tema de gran actualidad cual es el de la integración.

#### 6. La integración.

La integración, como dice Dolors Renau (3), reposa en un convencimiento profundo, tanto teórico y ético como político y vital, de que cualquier colectivo pertenece al conjunto del cuerpo social y es parte de su dinámica. Reposo por ello en una serie de convicciones como que:



— La pluralidad y la diversidad enriquecen el conjunto de la vida colectiva.

— El conocimiento mutuo permite rebajar los niveles de miedo y desconfianza.

— La cultura y la educación no se producen sólo a través de las vías formales, sino de unir intercambios sutiles, que son más ricos cuanto más abierto y plural es el medio en el que se desenvuelve el individuo.

La demanda que actualmente la sociedad genera, es la de que se trate humanamente al «diferente», pero que se le mantenga aparte. Intentar integrar significa reconvertir esa demanda y forzar mecanismos sociales. Es un trabajo profundamente activo. Y en cada caso el camino tropieza con resistencias que tienen que ver con dos órdenes de problemas: los de la mentalidad o reserva hacia lo nuevo, lo desconocido o mal conocido, hacia lo cambiante, sobre todo cuando afecta a la vida cotidiana, y los técnicos, ya que se plantean situaciones nuevas para las que a menudo no se dispone de experiencias

debidamente tecnicizadas y elaboradas.

En los casos de integración del niño disminuido en el sistema escolar ordinario somos conscientes de que la propia institución escolar se resiente, entra en crisis cuestionándose tanto objetivos como metodologías y criterios organizativos. Como dice Jim Kyle (11), la clave de la integración es que cambie la comunidad. Se necesita que los maestros comprendan la situación. Que la sociedad cambie. Es el cambio de actitud (profesional y social) el que hace posible la integración.

### Bibliografía

(1) Perelló, J. Entrevista en la revista «Proas». Enero-febrero 1985, pág. 7.

(2) Löwe, A. «Detección, diagnóstico y tratamiento temprano en los niños con problemas de audición.» Ed. Médica Panamericana. Buenos Aires, 1982, pág. 94.

(3) Renau, D. «Principios y condiciones de la integración escolar.» Cuadernos de Pedagogía, n.º 120, págs. 14-55.

(4) Colin, D. «Psicología del niño sordo.» Ed. Toray-Masson, S. A. Barcelona, 1980.

(5) Lafon, J. V. *Etiología y diagnóstico de las sorderas*, en la obra «Trastornos del lenguaje, la palabra y la voz en el niño.» Launay-Borel Maissonny. Ed. Toray-Masson, S. A. Barcelona, 1979, pág. 228.

(6) Löwe, A. Op. cit. Págs. 13-14.

(7) Furth, H. G. «Pensamiento sin lenguaje. Implicaciones psicológicas de la sordera.» Ed. Marova. Madrid. 1981.

(8) Myklebust, H. R. «Psicología del sordo.» Ed. Magisterio Español. Madrid, 1975.

(9) Gotter. «Los grandes problemas del lenguaje infantil.» Quirós y otros. Ed. C. M. I. Buenos Aires, 1970, pág. 61.

(10) Schragger. Op. anterior, pág. 93.

(11) Kyle, J. Seminario internacional sobre el lenguaje de signos. Madrid, 1985.

# Un renovado enfoque logopédico

En este planteamiento conceptual se asienta el enfoque logopédico del equipo del Centro de Audición y Lenguaje

**Amparo Rubio Camarasa/  
María Teresa Viruela Martín**

La logopedia se abre cada vez más a la influencia de otras disciplinas.

El avance técnico y científico de diversos campos permite un mayor conocimiento y una mejor comprensión del hecho lingüístico.

En el mismo orden de adelantos se inscribe la eficacia creciente de los estudios diagnósticos y de tratamiento de los trastornos de la comunicación, para cuyos planteamientos multicausales encuentran amplio terreno de desarrollo nuevas tendencias terapéuticas.

No se trata de una logopedia de técnicas estándar y planes reeduca-

