

A 20/1

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES ACATLÁN



" Propuesta de un Folleto informativo sobre la
Contribución de los Padres de Familia al
Desarrollo del lenguaje del Niño Hipoacúsico "

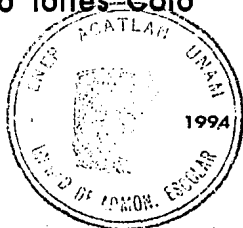
Resultado del
Seminario Taller Extracurricular
" Estimulación Temprana "

Que para obtener el Título de
Licenciado en Pedagogía
P R E S E N T A
Marcela Bravo Torres-Goto



ACATLÁN, MÉXICO

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN





UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A DIOS

Dedico este trabajo, con
profundo agradecimiento
por haberme permitido
culminar una de las
etapas más importantes
de mi vida.

A MIS PADRES

RAQUEL ALICIA Y JORGE ENRIQUE.
Quienes con su esfuerzo y dedicación
me dieron las cosas más preciadas
que hay en la vida,
conocimientos, perseverancia,
libertad y amor.

A MIS HERMANOS.

LARRAINE.

ALFONSO

GABRIELA.

RAQUEL.

JORGE.E.

Por su apoyo, comprensión, paciencia
y amor que me han brindado durante
todo este tiempo.

Por el cariño que hemos compartido
y que nos ha permitido mantenernos
unidos, superando las dificultades
que se han presentado.

A MI ESPOSO.

Con profundo amor, por haberme dedicado su apoyo y su confianza al creer en mí y en la realización de este trabajo.

Por alentarme día con día a su perarme en todo aspecto, logrando compartir juntos los momentos tanto felices, como difíciles para llegar a esta meta.

A MI ASESORA .

LIC.: ESTELA URIBE FRANCO.

Por su apoyo, esfuerzo, dedicación, consejos y por las horas dedicadas a la revisión de este trabajo y por compartir conmigo, sus conocimientos y experiencias.

A MIS MAESTRAS.

LIC. VERONICA GRIMALDI PAPADOPULOS

MATRA. SANDRA ENGORON HIPWELL

LIC. SANDRA L. PADRO TORRES

LIC. GUADALUPE GARCIA ABAN

LIC. ESTELA URIBE FRANCO.

Con eterna gratitud y respeto, por que me han sabido guiar con sus enseñanzas y experiencias, permitiendo así mi realización en el terreno profesional.

A MIS AMIGAS.

Por su amistad y apoyo incondicional.

AL JEFE DEL PROGRAMA DE PEDAGOGIA.

LIC.: ALFREDO RIOS RAMIREZ.

Por su dedicación y apoyo.

TÍTULO

"PROPUESTA DE UN FOLLETO INFORMATIVO SOBRE LA CONTRIBUCIÓN DE LOS PADRES DE FAMILIA AL DESARROLLO DEL LENGUAJE DEL NIÑO HIPOACÚSICO"

OBJETIVO

Proporcionar la información complementaria a la que es transmitida en pláticas dirigidas a padres de familia sobre como ellos pueden contribuir al desarrollo del lenguaje del niño hipoacúsico infante y preescolar.

INDICE

	Página
Introducción	1
Cap. 1. Conceptualización de la Estimulación Temprana.	6
1.1. Antecedentes de la Estimulación Temprana.	6
1.2. Conceptos de Estimulación Temprana y Precoz.	10
1.3. Funcionalismo.	14
1.4. Bases Teóricas de la Estimulación Temprana.	19
1.4.1. Psicología del Desarrollo.	20
1.4.2. Psicología de la Conducta.	21
1.4.3. Neurología Evolutiva.	24
Cap. 2. Población que Requiere de Estimulación Temprana.	26
2.1. Eventos Prenatales, Perinatales y Postnatales como causas de alteraciones en el desarrollo.	26
2.2. Conceptos y Niveles de Prevención.	33
2.2.1. Prevención Primaria.	37
2.2.2. Prevención Secundaria.	38
2.2.3. Prevención Terciaria.	39
2.3. Tipos de Población en Riesgo y Disminuidos.	41
2.3.1. Población en Riesgo.	41
2.3.2. Población de Disminuidos.	42
2.3.3. Hipoacusia.	47
Cap. 3. Hipoacusia y Lenguaje.	57
3.1. Desarrollo del Lenguaje Infantil.	57
3.2. Desarrollo de la Audición: Discriminación Auditiva.	67
3.3. Cómo Repercute en el Desarrollo del Niño el Problema de la Hipoacusia.	70

	Página
Cap. 4. La Modificación de Conducta en la Rehabilitación del Niño Hipoacúsico.	77
4.1. Programas de Repertorios Básicos (Imitación Generalizada).	79
4.2. Programa de Conducta Verbal (Control Ecoico).	85
Cap. 5. Análisis Conceptual y Metodológico de la Elaboración del Folleto "Tu Participación es Importante para la Rehabilitación de tus Hijos".	93
5.1. Criterios Básicos para el Análisis de Programas de Estimulación Temprana.	93
5.2. Estrategias y Recursos que Apoyen la Participación de los Padres en los Programas de Estimulación Temprana	96
Conclusión.	118
Bibliografía.	122

INTRODUCCIÓN

México, es un país que se ha preocupado a través de diversas instituciones, en llevar a cabo estudios e investigaciones que ayuden al niño hipoacúsico a adquirir un mejor desarrollo integral. Aún así, se sigue observando altos porcentajes de personas con problemas auditivos quienes presentan una lenta adquisición del lenguaje lo que impedirá desenvolverse con naturalidad dentro del medio familiar y social en que viven.

En los primeros seis meses de vida de un niño hipoacúsico, es difícil darse cuenta de que existe una deficiencia auditiva, ya que al igual que el niño normal, llora, grita, sonríe y balbucea. Pero la deficiente audición afecta la adquisición del lenguaje y el desarrollo, repercutiendo así en los ámbitos cognoscitivo, afectivo, social, conductual y en la formación de su personalidad.

La audición es el canal básico para la recepción de información. El sonido le presenta al niño una gran gama de experiencias que lo impulsa a explorar y conocer los objetos. Al no escuchar los sonidos que provienen de estos se ve privado de la captación de las cualidades sonoras, lo que limita el interés por explorarlos. Muchas veces los padres, queriendo proteger al niño, le restringen su iniciativa e independencia, lo que en nada favorece a su hijo.

La deficiente audición provoca aislamiento, primero por la pobre recepción de información, luego con la segregación que conlleva

el ser diferente o de pertenecer a una minoría. Esta situación provoca inseguridad en el niño hipoacúsico.

El niño oyente siempre está en contacto con su madre o con otras personas aunque no estén cerca de él, ya que los oye desplazarse o hablarle. También por los ruidos familiares sabe que no está solo. En cambio, en algunos casos, al niño hipoacúsico, al no suceder todo esto, la acarrea trastornos afectivos.

El lenguaje es una forma habitual de descarga de agresividad de cualquier persona. A medida que el niño crece, las emociones se socializan, pierden su violencia explosiva a nivel corporal y se expresan por medio del lenguaje. En cambio el niño hipoacúsico expresa la cólera a través del cuerpo o de gestos. La comunicación limitada es fuente de frustración; el hipoacúsico a menudo se encuentra ante situaciones desagradables ya sea porque no puede expresar lo que siente o porque capta mal lo que manifiestan los otros.

Debido a estas circunstancias, son fundamentales las relaciones favorables que se pueden dar entre padres e hijos. Es decir, el niño hipoacúsico requiere un constante estímulo que le infunda confianza, afecto, ánimo, con los que podrá desarrollar su iniciativa, determinación propia y autoestima. No es deseable que se le trate como si fuera un niño anormal, por el solo hecho de tener un impedimento auditivo. Por el contrario, se le debe educar con el propósito de que se enfrente a la vida común, sin debilitar su carácter con un

exceso de consentimiento, favoritismo e irresponsabilidad, lo que repercutirá en la formación de su personalidad.

La labor que pueden realizar las instituciones públicas y privadas con los padres de familia, es proporcionarles información para orientarlos a que acepten la problemática de su hijo, de la misma manera que colaboren en su rehabilitación y bienestar familiar y social con el apoyo de entrevistas, programas, cursos, pláticas, conferencias entre otros.

Sin embargo a pesar de todos estos elementos de apoyo, quedan lagunas en cuanto a que los padres no comprenden del todo los términos que manejan los especialistas.

Por otra parte, en su mayoría desconocen la problemática que presenta su hijo, las técnicas educativas básicas y de rehabilitación, su forma y manejo adecuados e información con respecto a la institución.

El trabajo muestra en primer lugar una panorámica general de los antecedentes de la estimulación temprana.

Por otro lado surgieron grupos de especialistas interesados en proveer al niño de los medios necesarios para lograr su óptimo desarrollo a través de importantes investigaciones teóricas como: la Psicología del Desarrollo, la Psicología de la Conducta, la Neurología Evolutiva y otros estudios en diversos países. Con el fin de apoyar en

su rehabilitación y educación a un gran número de niños mutilados, desvalidos, huérfanos, con problemas de depresión por falta de algún miembro familiar, etc.

Con base a las aportaciones que esos estudios arrojaron, surgió la necesidad de crear el concepto de "Estimulación Temprana", el cual se ha ido extendiendo en las distintas discapacidades físicas y ambientales.

Así mismo se destaca la necesidad de que los padres tomen conciencia de su fundamental participación en la rehabilitación de su hijo hipoacúsico dentro de los centros educativos de asistencia y en el hogar.

Es de vital importancia que los padres adquieran una información sencilla, precisa y con dibujos, que les instruya y les sirva de apoyo en el trabajo que ellos realicen con sus hijos.

Por otro lado, se darán a conocer los criterios básicos para el análisis de programas de estimulación temprana, con el fin de que estos elementos nos ayuden a la realización o elaboración de dichos programas.

Así mismo, se describirán las estrategias y recursos que apoyen la participación de los padres en los programas de estimulación temprana.

De la misma manera, se dará a conocer la elaboración de folletos informativos de fácil manejo que contengan los elementos básicos que comuniquen claramente el mensaje, describiendo sus características y formas de elaboración.

Por tanto, se propone un folleto que sirva para un curso de sensibilización, como material informativo en el área de la hipoacusia, que contendrá los elementos básicos como: qué es la hipoacusia, sus causas y tipos, los aparatos auditivos, ejercicios y actividades que se puedan llevar a cabo en casa y la orientación familiar. Con el propósito de que les ayude en el trato y educación adecuados para su hijo hipoacúsico, dándoles una orientación efectiva para su rehabilitación.

CAPÍTULO 1

CONCEPTUALIZACIÓN DE LA ESTIMULACIÓN TEMPRANA

1.1. ANTECEDENTES DE LA ESTIMULACIÓN TEMPRANA.

"La estimulación temprana es uno de los conceptos más profundos si se considera su importancia en modelar el futuro de nuestra sociedad." (Tjossem, p. 76).

Sus orígenes están relacionados con la prevención del retardo mental y otros daños orgánicos cerebrales. El conocimiento que se ha adquirido de las investigaciones científicas acumuladas de las últimas décadas extiende su aplicabilidad a la totalidad de las prácticas de crianza del niño.

Es así que la estimulación temprana va adquiriendo mayor importancia ya que entre la década del treinta y de los cuarentas surgieron diversas e importantes investigaciones.

Los estudios de la escuela de Viena de C. Bühler demuestran por primera vez mediante una adecuada metodología que la privación es la causante y responsable de que se manifiesten problemas psicológicos como la depresión por la falta de un miembro de la familia, autismo, entre otras. Los cuales se encuentran determinados por

las condiciones ambientales que prevalecían en esos tiempos de la segunda guerra mundial.

En 1937 Newman y sus colaboradores señalan las diferencias de coeficiente intelectual (CI) al estudiar a gemelos idénticos que fueron criados en ambientes distintos. Es decir, eran gemelos univitelinos provenientes del mismo óvulo fecundado con igual dotación genética.

Las diferencias observadas estuvieron en directa relación con la estimulación ambiental.(1)

Uno de los estudios sobre la importancia de la estimulación temprana es el de Iowa Child Welfare Research Station, el cual se implementa en USA-1938; en el que se demostraba como los niños retardados mejoraban notablemente al ser atendidos en hogares adoptivos fuera de las instituciones comunes de asistencia (Montenegro, 1979).

Los estudios de (Goldfard, 1943) y (Spitz, 1945), sobre la importancia que juega la madre en el primer año de vida del niño, fueron determinantes, ya que se dejó ver que la ausencia de esta, repercutía en el desarrollo de la inteligencia y personalidad del niño. En esta época se toman en cuenta en la literatura los términos de "hospitalismo", "síndrome de privación materna" y "depresión anaclítica".(2)

(1) Naranjo, Introducción a la Estimulación Precoz. 1981, p. 77.

Bowlby concluye que el niño en sus primeros años de vida, requieren de una atmósfera emocionalmente cálida y de desarrollar una relación estrecha con su madre. Si esta relación no se da, se producen trastornos severos y en algunos casos irreversibles, dependiendo del grado de deprivación materna.

(Howells, 1955) demostró que también puede existir falta de cuidado materno en niños que viven con su madre biológica.

(Harlow, 1959) realizó estos estudios con monos en los que se comprueba la deprivación temprana de estímulos como el contacto con la madre, produce actitudes anormales en la adultez, tales como: agresión, autoagresión. En estos años comenzaron a aparecer las primeras evidencias de la deprivación psicológica tanto en niños cuidados en orfanatos como en niños que se crían en hogares pertenecientes a los estratos socioeconómicos desventajosos.

Estos estudios se han venido realizando con niños que presentan algún tipo de retardo con correlato físico y es aquí donde se presentó algún tipo de evidencia sobre la influencia del ambiente empobrecido, dando mayor importancia al retardo sociocultural.

Montenegro nos dice que el retardo sociocultural "se desarrolla por falta de ciertos estímulos sensoriales que son indispensables para que se desarrolle una serie de funciones intelectuales, también

(2) Ibidem, p. 77.

por condiciones como: la desnutrición, el hacinamiento, la institucionalización y la deprivación materna".(3)

Es decir que el 75 de cada 100 casos de retardo son por factores ambientales y que los sectores más desprotegidos presentaban este tipo de alteración.

Aunque las diferencias de los niños retardados socialmente son identificadas hasta la edad escolar, estas ya son manifiestas desde sus primeros años de vida. Este tipo de alteración se encuentra con mayor frecuencia en las clases bajas aún no se ha determinado con exactitud cuales son los factores que afectan una u otra área.

Los conocimientos acumulados hasta la fecha nos indican y sobre todo para nuestro país, que los programas de estimulación temprana deben abarcar principalmente a la población con riesgo ambiental (niños que nacen biológicamente sanos, pero que debido a las condiciones adversas en que crecen, requieren de una intervención para que su desarrollo no se vea afectado).

Por tanto. "Creemos que la recuperabilidad de daño cerebral será la mayoría de las veces parcial y a un alto costo, ya que debe hacerse generalmente por personal profesional, en forma individual y en centros especializados. Sin embargo, si se actúa predominantemente sobre riesgo ambiental, se puede evitar que se produzca un retraso a un costo mucho menor con ayuda de programas ejecutados

(3) Ibidem, p. 78.

por personal no profesional que capacita a las madres como agente estimulador de sus propios hijos en el hogar, como el Programa de Montenegro".(4)

1.2. CONCEPTOS DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA Y PRECOZ.

Actualmente, la estimulación temprana con base en lo que dice Montenegro "es el conjunto de acciones tendientes a proporcionar al niño las experiencias que éste necesita desde su nacimiento, para desarrollar al máximo su potencial psicológico. Esto se logra a través de la presencia de personas y objetos en cantidad y oportunidad adecuados y en el contexto de situaciones de variada complejidad que generan en el niño un cierto grado de interés y actividad, condición necesaria para lograr una relación dinámica con su medio ambiente y un aprendizaje efectivo".(5)

La estimulación temprana se fundamenta básicamente para su aplicación en la plasticidad que presenta el cerebro y la importancia que tiene la presencia de objetos y personas en una acción dinámica en los primeros años de la vida del ser humano.

Se ha observado, que niños estimulados desde su nacimiento han logrado el mejor desarrollo orgánico, además de un equilibrio adecuado en su crecimiento físico, emocional e intelectual.

(4) Ibidem, p. 80.

(5) Ibidem, p. 72.

Sin embargo es muy importante que al niño se le estimule dentro del periodo de 0 a 6 años de edad, pero debe ponerse más énfasis a los dos primeros años de vida, porque es cuando el cerebro del niño presenta plasticidad es decir, su sistema nervioso central es moldeable y tiene mayor facilidad de captar y aprender. Es por ello que se hace indispensable que no solo se de la estimulación de 0 a 6 años, sino que se proporcione a edades posteriores para reafirmar el aprendizaje. Que se continúe durante la edad escolar del niño; abarcando su medio ambiente, procurando no sobreestimar ni hacer de la estimulación algo mecánico.

Para Mora: "la estimulación temprana, se debe implementar como estrategia que se extienda a la misma etapa preconcepcional y prenatal".(6)

Los programas de estimulación temprana deberán tomar en cuenta lo anterior e instruir a las madres para que conserven u optimicen patrones de crianza, que le permita al niño tener mayor contacto e interacción con la madre y la familia en un marco de afectividad.

De tal forma que para Montenegro, "la estimulación temprana debe fomentar las buenas relaciones afectivas entre el niño y sus familiares y también fomentar el establecimiento de patrones de crianza adecuadas que favorezcan una relación dinámica del niño

(6) Ibidem, p. 74.

con su medio en un contexto de seguridad afectiva básica y de motivación para aprender".(7)

En lo que se refiere a intervención temprana, Tjossem la describe como: "el conjunto de todos los métodos y estrategias de procedimiento ya sea educativas biomédicas, de conducta o sociales aplicables a un niño que corre el riesgo de volverse deficiente mental durante el proceso de desarrollo que va del nacimiento a los 5 años".(8)

Por tanto la estimulación temprana es una estrategia educativa pues se esfuerza por proporcionar, mediante la interrelación sujeto-ambiente, las condiciones necesarias (experiencia y acciones) para que las capacidades del sujeto se desarrollen óptimamente, cumpliéndose determinados objetivos conforme el área estimulada, la adaptación y socialización del niño.

Posteriormente se empezó a estudiar el término de Estimulación Precoz para denominar programas de prevención secundaria para niños de alto riesgo biológico establecido o probable. Es decir, orientados a evitar el afecto de un daño orgánico establecido o prevenir el apareamiento de una alteración en niños que por sus antecedentes negativos de embarazo o parto, tenían una alta probabilidad de que éste se produjera.

(7) Ibidem, p. 75.

(8) Ibidem, p. 75.

Montenegro: el término precoz se refiere también a que la intervención debe hacerse antes de que ocurra un retraso ambiental. "Es la serie de acciones encaminadas a disminuir o eliminar los factores que tienen que ver con el retardo".(9)

La estimulación precoz: "es sistemática en cuanto a que se trabaja con el niño día a día en un programa de estimulación previamente elaborado de acuerdo con su edad de desarrollo y con las expectativas que queremos conseguir en cada momento determinado".(10)

Es secuencial en cuanto a que cada paso alcanzado por el niño, en cualquiera de las áreas de desarrollo, sirva de partida para alcanzar el siguiente, sin que se salte ninguno de ellos.

Descubriendo que existe una relación muy estrecha entre ambas y la estimulación precoz, se planteó como un Programa de Rehabilitación que se apoya ante la detección del retraso o alteración del desarrollo psicomotor. La cual, se ocupa de los niños de alto riesgo en dos niveles, ya sea el asistencial o el preventivo.

En lo referente al aspecto asistencial, la Estimulación Precoz pretende aminorar los déficits físicos e intelectuales que una determinada anomalía biológica ha de haber producido. El éxito del tratamiento resulta limitada puesto que debido a la gravedad de las

(9) Ibidem, p. 14.

(10) Ibidem, p. 14.

lesiones ocasionadas con el sistema nervioso, el déficit siempre existirá. Sin embargo el papel que puede desempeñar la Estimulación Precoz es importante ya que se desarrolla al máximo la capacidad física y mental de los niños afectados.

Esta acción puede ser eficaz si se comienza desde los primeros días de vida.

En cuanto al aspecto preventivo de la estimulación precoz, se presenta cuando en aquéllos bebés que son en principio normales, pero cuyo desarrollo puede verse afectado por diversos factores de orden no biológico, es decir, niños provenientes de ambientes económicos y sociales muy pobres.

1.3. FUNCIONALISMO.

En México, la educación ha sufrido diversos cambios en su estructura, debido a que presenta una serie de limitaciones a nivel institucional, sociocultural, ideológico, político, de aula, etc., que afectan tanto a docentes como a los alumnos.

Es de vital importancia que tanto el profesor como el alumno transformen su quehacer cotidiano. Que el profesor adquiera una mayor conciencia de los límites y posibilidades de su campo de acción, de los ajustes y contradicciones a que está expuesta su práctica, para que se más integral. Es por esto que es indispensable que el análisis que realice el profesor rescate aquellos elementos, tanto

conscientes como inconscientes de su práctica diaria, comprometida con la transformación social. "De aquí que la práctica docente es una práctica social la cual implica abordarla desde un enfoque escolar, social y de aula".(11)

Cabe destacar que no hay una concepción universalmente válida de la sociedad, sino diversas interpretaciones de ésta.

Sin embargo, para los fines de mi propuesta veo conveniente rescatar los elementos más importantes de la concepción funcionalista ya que adquiere sus bases en distintos conceptos de hombre y sociedad, que serán útiles para comprender el enfoque teórico que se manejarán posteriormente.

La concepción funcionalista hace referencia de que la sociedad se estructura sobre una armonía social básica, y la considera "como una unidad basada en un orden moral; este orden moral se logra más allá de los intereses particulares de los grupos que la componen, por un consenso espontáneo. Es decir, todos los miembros de la sociedad adoptan los mismos valores, que constituyen el vínculo que los une. Tales valores compartidos son la base de las normas que elabora el grupo social para regular las relaciones sociales".(12)

De tal forma que las condiciones individuales llevan a la sociedad al equilibrio funcional, por tanto los cambios sociales tienden a

(11) Pansza, Margarita, La Fundamentación de la Didáctica. p. 19.

(12) *Ibidem*, p. 20.

conservar el equilibrio por ello esta concepción es considerada como conservadora del orden establecidos.

Dentro de esta tendencia podemos situar al funcionalismo, que ha tenido mucha influencia en la educación y que centra su análisis en problemas enfocados a la interacción de profesores y alumnos en el aula y en la organización funcional de la escuela.

Por otro lado deja a un lado las consideraciones políticas del hecho educativo y sostiene que tanto la ciencia como la educación son neutrales y que por lo tanto se mantienen fuera de la lucha ideológica.

La educación la concibe como la transmisión de la cultura que se da de las generaciones adultas a las generaciones jóvenes, siendo la función de la educación adaptar al individuo a la sociedad.

La ciencia: es neutral, al ser objetiva, observable, medible y cuantificable. Esta se ve ahistórica, recurre a métodos como estadística y cuestionarios al ser objetivos. Su objetivo es aplicarse a la sociedad.

Hombre: es un organismo pasivo, es un ser ahistórico, apolítico, acrítico, reproductor de valores como la competencia e individualidad y patriotismo. Cuya conducta es moldeada por su ambiente, nace con capacidad de respuesta y facultad de aprender.

Aprendizaje: el sujeto reproduce fielmente al objeto, los conocimientos se aprenden de memoria. Este aprendizaje se da a través de cambios observables en la conducta, susceptible de medirse. Se realizan programas destinados a establecer ciertas habilidades y para hacer del hombre un ser funcional, responsable, sociable, feliz, de acuerdo a exigencias sociales.

Enseñanza: se presenta en una relación de estímulo, respuesta, conductas y reforzamientos. Se presentan los contenidos por medio de la palabra.

Evaluación: se califica la memorización del contenido, las pruebas son objetivas; no importa el proceso sino el producto del aprendizaje. Evaluar es similar a la acreditación.

Alumno: es un ser pasivo que ejecuta las tareas o conocimientos que prescribe el maestro, imita la conducta modelada por él.

Maestro: transmite los conocimientos verbalmente, se sujeta a normas establecidas institucionalmente. Su función consiste en dirigir, instruir, estructurar el ambiente y diagnosticar.

Motivación: se maneja por medio de calificaciones, premios, diplomas.

Por tanto para el conductismo no existen etapas de desarrollo, se interesa únicamente en establecer habilidades y actitudes necesarias para una adaptación social funcional en el individuo.

En cuanto al ambiente el conductismo considera que siendo el sujeto un ser pasivo, es el ambiente quien se encarga de moldear su conducta, por lo que el maestro debe construir un ambiente adecuado a tal fin.

De tal forma que al estar de acuerdo con todos estos elementos, el conductismo debe ser utilizado para la elaboración de programas de estimulación temprana. Ya que los objetivos son planteados de manera objetiva, es decir, son medibles, cuantificables y observables. Esto nos permite tener siempre el control de la situación a nivel aprendizaje (lo que se tiene que enseñar) y del sujeto.

Con esto se tendrá asegurado el éxito social y escolar del sujeto, ya que éste es un ser pasivo, receptivo cuya conducta es moldeada por el ambiente.

Esto promueve un hombre feliz y conforma con su situación, ya que el ambiente de aprendizaje no le provoca conflictos de elección ni de opinión ya que cuenta con un maestro que organiza y dirige su aprendizaje con claridad.

En el plano social se forma un hombre responsable ya que no posee conductas antisociales y en caso de presentar alguna, ésta puede ser modificada o extinguida, mediante un programa de moldeamiento de conducta por medio de aproximaciones sucesivas, quedando aseguradas así habilidades, destrezas, actitudes y hábitos

necesarias para desempeñarse en forma exitosa en un medio socio-cultural.

Esto nos permite un éxito más seguro si se moldea a partir de edades tempranas para maximizar su desarrollo.

En el caso de niños con disfunción en el desarrollo se implementará un programa que le permita alcanzar esas habilidades, destrezas y conductas que le permitirán tener un correcto desempeño dentro de su entorno.

A continuación se presenta el enfoque teórico que será útil a nuestra propuesta.

1.4. BASES TEÓRICAS DE LA ESTIMULACIÓN TEMPRANA.

Su historia se ha ido conformando con base en muy diversas investigaciones. Dentro de las áreas del conocimiento que han dado la base teórica de la estimulación temprana la cual se fundamenta en diversas teorías como:

- Psicología del desarrollo.
- Psicología de la conducta, y
- La neurología evolutiva.

1.4.1. PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO.

Llamada también psicología genética "estudia el origen y evolución de la conducta a través de las diferentes etapas por las que pasa el organismo humano desde el momento de su fecundación hasta la muerte".(13)

El desarrollo es un proceso continuo, comienza con la fertilización y va evolucionando a través de varias etapas subseguidas, cada una de las cuales presentan un grado de organización y maduración. Es decir, en cada etapa del desarrollo depende del bagaje hereditario del individuo y de las experiencias provenientes del medio. El primer factor, denominado también genético o endógeno, constituye en cada sujeto el potencial de crecimiento con el que viene al mundo, y los procesos a que da lugar reciben el nombre de maduración, es decir, un progreso en el proceso de adaptación del individuo al medio.

La sucesión de fases madurativas tiene lugar principalmente en el sistema nervioso central y en las vías sensoriales y motoras re-presentando el paso previo e indispensable para que puedan actuar de manera afectiva, los procesos de aprendizaje, es con ello que si los sistemas sensorial y neuromuscular no están preparados para la aparición de una determinada conducta, esta no producirá por mucho que estimulemos al individuo a desarrollarla.

(13) Cabrera, M.E. y Sánchez Palacios, Introducción: Qué es la Estimulación Precoz: Un Enfoque Práctico. p. 19.

Todo este complejo proceso o sistema está por otra parte ligado al hecho de que las distintas adquisiciones se suceden unas a otras de modo irreversible, es decir, podrá variar el momento en que aparecen pero no su orden, de forma que para alcanzar una determinada etapa de desarrollo, es necesario haber pasado por cada una de las etapas que la preceden.

Con lo expuesto con anterioridad, concluimos que los procesos madurativos constituyen una premisa fundamental en el progreso del individuo, sobre todo en las primeras etapas de la vida.

Es importante señalar que en las distintas fases del desarrollo no se encuentran ausentes las actividades del aprendizaje y para el correcto desenvolvimiento de determinadas funciones, es necesario el ejercicio de los órganos correspondientes sin el cual aquéllas puedan debilitarse.

1.4.2. PSICOLOGÍA DE LA CONDUCTA.

Estudia las interacciones existentes entre el organismo y el ambiente, por aproximaciones sucesivas, por condicionamiento.

La conducta del niño en desarrollo está conformada por dos clases básicas de respuesta: respondientes y operantes.

Las respondientes son aquellas respuestas que están controladas principalmente por los estímulos que las preceden, como por ejemplo la contracción de la pupila o cierre de los párpados, que se

provocan en el recién nacido cuando se le presenta un destello de luz. Siempre que se presenta el estímulo la respondiente lo sigue a no ser que el organismo esté físicamente imposibilitado para dar la respuesta.

En el condicionamiento operante no se crea ninguna respuesta sino que se fortalece una ya existente.

En los niños con retraso en su desarrollo muchas veces nos encontramos con que la respuesta que queremos fortalecer no existe, y para lograr que se emita y así poderla fortalecer se emplean distintos métodos.

En cualquier situación de aprendizaje es necesario emplear una instrucción verbal, aunada a incitadores físicos para forzar la emisión de la respuesta. Poco a poco, a medida que se vaya presentando la respuesta se irán retirando los incitadores físicos y se reforzarán sólo las acciones más próximas al objetivo propuesto.

Muchas veces creemos que es un estímulo el que provoca determinada conducta, pero lo que ocurre es que aquellos estímulos que preceden a la respuesta, y que en un principio eran neutrales, al estar siempre presentes antes de producirse la respuesta reforzada, tiene mucha más probabilidad que ante ellos sea de dicha respuesta que ante cualquier otro. Lo que sucede es que el sujeto discrimina el estímulo ante el cual va a haber recompensa. Son los llamados "estímulos discriminativos", el niño llega a responder a ellos como si le

indicaran que va a obtener un premio. Esto es debido a que el niño ya tiene una historia previa de condicionamiento que le lleve a esperar algo agradable después del estímulo, y éste se convierte en señal de lo que conseguirá.

Así mismo probablemente observemos que cada vez que el niño ve un estímulo similar o parecido tiende a actuar de igual forma, es decir, se ha producido una "generalización de estímulos", esto se puede controlar reforzando las respuestas solamente cuando se presente el estímulo propuesto. Pero en otras ocasiones es necesario y deseable dicha generalización por la que ésta será objeto de reforzamiento, por ejemplo estamos enseñando a un niño a señalar su boca y nombrarla, una vez conseguido ésto será necesario que sea capaz de hacer lo mismo en otras personas, imágenes o muñecos que presenten dicho estímulo, por lo tanto aquí se debe lograr una generalización mediante el reforzamiento en estas situaciones.

Existen dos tipos de programas de reforzamiento regular o continuo.

El primero se refuerza cada vez que el niño produce la respuesta esperada, pero ya que ésto no puede ser realizado siempre, se cambia a otro tipo de reforzamiento, en el cual, el reforzador sólo se proporcionará en determinadas ocasiones.

En el segundo programa de reforzamiento, el reforzador se proporcionará dependiendo del número de respuestas adecuadas que

el niño emita o bien dependiendo del número de respuestas adecuadas que produzca en un tiempo previamente establecido.

Cabe mencionar, que más adelante esta teoría será analizada con su debida profundidad.

1.4.3. NEUROLOGÍA EVOLUTIVA.

Estudia la evaluación del sistema nervioso del niño desde su nacimiento, hasta aproximadamente los dos años de edad.

Esta ciencia nos proporciona patrones normales de desarrollo en comparación con los cuales podemos observar las posibles desviaciones de la normalidad.

Cuando el sistema nervioso presenta cualquier tipo de alteración, por mínima que sea, ésta se traducirá siempre en un trastorno madurativo que impedirá la aparición de una correcta interacción funcional. El neurólogo puede abordar estas perturbaciones de desarrollo evolutivo del sistema nervioso, sobredotado desde el terreno semiológico, es decir mediante el conocimiento de los signos externos, que en cada momento hablan de un desarrollo correcto de las funciones nerviosas. Así ya desde el momento del nacimiento se pueden explorar en el niño no menos de 70 signos neurológicos, que comprenden el estudio de los reflejos, tono muscular, etc., y más tarde de la afectividad, primera manifestación de una actividad nerviosa superior más integrada. Como cada uno de estos 70 signos

tiene unas características diferentes para cada edad cronológica, al final de la exploración el neurólogo podrá formarse un criterio o idea del grado de anormalidad del niño estudiado. Tomando en cuenta la curva patrón del niño normal.

CAPÍTULO 2

POBLACIÓN QUE REQUIERE DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA

2.1. EVENTOS PRENATALES, PERINATALES, POSTNATALES COMO CAUSAS DE ALTERACIONES EN EL DESARROLLO.

Se entiende por niño de alto riesgo "todos aquellos que corren el riesgo de ver afectado el curso de su desarrollo por causas de origen prenatal, perinatal y postnatal".(14)

A continuación estos eventos se engloban en las siguientes categorías:

- Macroambiente,
- Matroambiente,
- Microambiente.

- Macroambiente: se encuentra formado por la estructura de la organización familiar, tomándola como célula social. La familia tiene más o menos capacidad para tener acceso a satisfactores como alimento, vestido, educación, deportes y recreación.

(14) Ibidem, p. 15.

La economía elevada tiene como consecuencia la buena nutrición y atención y el bajo ingreso trae como consecuencia bajos niveles de atención, alimentación, educación, servicios médicos, etc. Lo cual minimiza en el niño sus oportunidades de crecimiento y desarrollo normales.

Montagu al respecto dice: "Es que el daño cerebral ocasionado por la falta de satisfactores a estímulos sociales es tan real e importante como el originado por una nutrición inadecuada".(15)

A continuación presentamos factores que influyen en la proge-
nie con riesgos de deficiencia mental.

- Infraestructura social, económica y cultura --- Ambiente.
- Raciaciones.
- Contaminación ambiental.
- Organización intrafamiliar.
- Disponibilidad de servicios de salud y automedicación.

Estos factores afectan tanto el organismo materno como principalmente el organismo fetal. Estos resultados dependen de:

1. El momento del desarrollo embrionario o fetal en que el agente agresor actúa.

(15) Eventos Perinatales como Causa de Daño Neurológico. Dirección General de Educación Especial. p. 1.

2. La intensidad del agente agresor.
3. La curación de la acción, ya sea fenómeno agudo o crónico.
4. El reforzamiento o cancelación de la acción para la coexistencia de otro evento que haga al feto más susceptible o más resistente a la acción del agente agresor.

- Matroambiente: son aquéllas características biológicas y psicológicas de la madre.

Si se cumplen estas características de manera positiva, permitirá un óptimo desarrollo del futuro humano, y propiciará el nacimiento de un niño en las mejores condiciones.

Por el contrario, si no se cumplen satisfactoriamente estas características, traerá como consecuencia que el niño no se desarrolle adecuadamente, propiciará un elevado número de abortos, mortalidad, malformaciones de recién nacidos pretérmino y de recién nacidos hipotróficos que traen defectos psicomotores, deficiencia mental.

a) Características biológicas de la madre.

Las cuales pueden predisponer al nacimiento del niño con defectos o riesgo de presentar secuelas neurológicas. Estas se manejan como perfil de la embarazada de alto riesgo.

- La edad en la mujer en alto riesgo (en la adolescencia o después de los treinta años).
- Estado nutricional de la madre al inicio del embarazo.
- Pérdida de peso durante el embarazo.
- Número de embarazos (después de los 4 los riesgos aumentan).
- Intervalo intergenésico.
- Tamaño del corazón (gasto cardíaco es menor de 500 ml).
- Trabajo físico intenso.

b) Características psicológicas de la madre.

La madre durante su embarazo, no debe sufrir alteraciones psicológicas como: angustia, tensión y ansiedad, ya que provoca cambios en las concentraciones de los neurotransmisores y mediadores químicos como descargas de adrenérgicos y senotonia que limitan la llegada de satisfactores del feto.

Características psicológicas que pueden contribuir al alto riesgo de daño neuropsíquico en la progenie:

- Estados de angustia, tensión y ansiedad.
- Farmacodependencia.
- Alcoholismo.

- Tabaquismo.
- Alteración mental.
- Embarazo no deseado.
- Automedicación.

c) Patología durante el embarazo.

Puede traer como consecuencia, si no se toman las medidas preventivas, ocasionar durante el periodo de la gestación defectos al nacimiento y deficiencias mentales o seculares neuromotoras posteriores, tales como son:

- Desnutrición materna.
- Toxemia sobre todo en su forma ecláptica.
- Cuadros hemorrágicos del embarazo (primeros tres meses).
- Infecciones.
- Diabetes.
- Trastornos hormonales.
- Vasculopatía hipertensiva.
- Epilepsia.

- **Microambiente:** Los eventos prenatales conectados casualmente con el nacimiento de seres humanos candidatos a deficiencias neurológicas y mentales se precisan en el microambiente fetal los siguientes factores:

- Número de productos (a mayor número, mayor riesgo).
- Alteraciones placentarias.
- Patologías del cordón umbilical.
- Anomalías del líquido amniótico.
- Amenaza de aborto.
- Patología de las membranas amnióticas.

Eventos perinatales

Todos los eventos anteriormente señalados conducen, de un modo u otro, a lo que se conoce como sufrimiento fetal crónico, lo que explicará su relevancia sobre los órganos y tejidos del feto y sus consecuencias.

Durante el proceso de cambio de ecología del feto que lo transforma en un recién nacido, hay una serie de eventos que actúan nocivamente sobre lo que se llama sufrimiento fetal agudo. La gran mayoría suele recuperarse de estas situaciones cuando el sufrimiento es intenso y prolongado, se producen lesiones que pueden ocasionar

nar el daño y con elevado riesgo de deficiencia mental o motora y el pero de todos la muerte; tales eventos son:

- Nacer antes del período gestacional (prematureo, pretérmino)
- Nacer hipotrófico (desnutrición intrauterina)
- Nacer después de término (dismadurez)
- Sufrir de asfixia neonatal
- Hacer hipotermia (enfriamiento después del nacimiento)
- Hipoglicemia
- Parto normal o instrumental

Eventos Postnatales

Se deben tomar muy en cuenta estos factores, ya que su manejo en la sala de expulsión es de fundamental importancia para que el proceso de adaptación al medio extrauterino sea óptimo.

Si se llegan a presentar los eventos postnatales, incrementan en el niño el riesgo de morir o sobrevivir con secuelas neurológicas (deficiencia mental), ellas son:

- Desnutrición
- Hipoxia (problemas de respiración)
- Infecciones (virales, bacterianas, parasitarias)

- Hemorragia intracraneal
- Síndromes respiratorios
- Cuadros convulsivos
- Hiperbilirrubinemia (por causa de una hepatitis mal cuidada)
- Anemia
- Privación sensorial

Al tener conocimiento de las características de las condiciones adversas que influyen en el desarrollo del niño, es importante tomar en cuenta los aspectos preventivos de la salud, que nos ayudarán a evitar en lo posible las alteraciones biológicas, psicológicas y sociales del ser humano, tratando de que no se presenten enfermedades y sí prolongar la vida y la salud a nuestra sociedad.

2.2. CONCEPTOS Y NIVELES DE PREVENCIÓN.

De acuerdo con los expertos de la Organización Mundial de la Salud, Vega Franco y García Manzanero la definen como "el producto resultante de la armonía, interrelación e independencia biológica, psicológica y social del hombre con su ambiente".(16)

(16) Conceptos y Niveles de Prevención. Grupo de Estudios del Nacimiento, A.C. p. 29.

Si se admite esta concepción ecológica de la salud y se aplica a nivel individual y colectivo, entonces la salud adquiere además dimensiones históricas y la enfermedad resulta toda disarmonía entre el hombre o grupos de hombres con su ambiente, ya sea éste el llamado microambiente, el matroambiente o el macroambiente.

De tal manera que la disarmonía se da "por alteraciones biológicas, psicológicas y sociales del individuo o de la colectividad".(17)

Para Winslow la salud pública "es la ciencia y el arte de impedir las enfermedades, prolongar la vida, fomentar la salud y la eficiencia, mediante el esfuerzo organizado de la comunidad para:

1. El saneamiento del medio,
2. El control de las enfermedades transmisibles,
3. La educación de los individuos en higiene personal,
4. La organización de los servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico temprano y tratamiento preventivo de las enfermedades, y,
5. El desarrollo de un mecanismo social que asegure a cada uno un nivel de vida adecuado para la conservación y promoción de la salud".(18)

(17) Ibidem, p. 29.

(18) Ibidem, p. 29.

Todo esto que aseguren al hombre un nivel de vida pleno de bienestar integral biopsicosocial con ayuda de un sistema administrativo unitario de salud que funcione integrado y coordinado con otros organismos gubernamentales.

Medicina Preventiva

Los objetivos de la medicina preventiva están enfocados a promover la salud y prevenir las enfermedades, sus complicaciones y las secuelas concomitantes, "son de la competencia de quien desee ejercer la medicina, ya sea a nivel individuo o colectivo".(19)

La medicina preventiva se apoya en el conocimiento básico de la historia natural de la enfermedad y, en consecuencia, con los preceptos del programa de la Organización Mundial de la Salud denominado "Salud para todos en el año 2000", debe utilizar como estrategia el concepto de riesgo.

En cuanto a la historia natural de la enfermedad, ésta comprende dos fases fundamentales.

La fase prepatogénica: estudia la interacción preliminar entre el agente potencialmente causante de enfermedad, el ambiente con sus factores biológicas, socioeconómicas y culturales que altera la armonía de esta interacción.

(19) Ibidem, p. 30.

La fase patogénica estudia las características de la respuesta en el hombre a la acción del agente, dentro de las condiciones impuestas por el ambiente, es decir, el curso de la enfermedad.

Los agentes causantes de enfermedad se definen como sustancias o elementos cuya presencia o ausencia pueden iniciar un proceso patológico.

En cuanto al ambiente, se le define como "el agregado de todas las condiciones e influencias externas que afectan la vida y el desarrollo de un organismo. Los factores ambientales pueden ser de naturaleza física y también de carácter social, económico, demográfico, cultural, biológico y psicológico que inciden sobre la salud física y mental del hombre".(20)

En cuanto al concepto de riesgo, se entiende como "la posibilidad de la exposición a la acción de un agente nocivo a la integridad bio-psico-social de un individuo o de una colectividad".(21)

El manejo del concepto de riesgo como estrategia en salud pública o en medicina preventiva permitirá:

1. La clasificación de los individuos en función de menor o mayor riesgo de enfermedad, agrupamiento, complicaciones, muerte o secuelas.

(20) Ibidem, p. 30.

(21) Ibidem, p. 30.

2. La detección oportuna de los individuos o grupos de alto riesgo para permitir la acción preventiva.
3. La distribución adecuada de los recursos (humanos, de equipo, financieros y tecnológicos) que ayuden y apoyen a aquellos individuos o grupos con mayores probabilidades de presentar daño a su salud.
4. Un incremento en la cobertura de los servicios de salud, especialmente en las acciones preventivas. Prevención significa "anticiparse, preceder o hacer imposible mediante la adecuada provisión por adelantado".(22)

2.2.1. PRIMER NIVEL (PREVENCIÓN PRIMARIA).

Deberá ejercerse en la fase pre-patogénica de la enfermedad mediante la promoción de la salud o medidas de protección específica del hombre contra la acción de los agentes patógenos o modificación del ambiente, su objetivo es evitar que se presente la enfermedad.

En esta prevención se recomiendan: visitas al ginecólogo, test de embarazo, anamnesis, historia clínica o información inicial, control obstétrico, encefalograma, reconocimiento o estudio genético de la pareja, asistir con el anestesista, tocólogo (tacto).

(22) Ibidem, p. 32.

2.2.2. SEGUNDO NIVEL (PREVENCIÓN SECUNDARIA).

Se aplican en las fases iniciales de la respuesta patogénica mediante el diagnóstico temprano, la terapéutica (temprana) oportuna y adecuada y el reducir las complicaciones a fin de prevenir la cronicidad de la enfermedad y la incapacidad del paciente.

Es recomendable:

Estudios a las madres de detección para saber qué tipo de anomalía se presenta. Cuando esta detección trae problemas psicológicos en los padres es una gran desventaja.

Es necesario que las madres se practiquen la admioscopia, en las últimas semanas del embarazo.

Radiotocógrafo: instrumento para escuchar los latidos del corazón, si el ritmo es alto o bajo da un sufrimiento fetal.

Ultrasonido: capta los latidos del corazón por medio de una pantalla, el tamaño del feto y el líquido amniótico.

Aminiocentesis: es la extracción del líquido amniótico.

Fetoscopia: observación del feto para identificar malformaciones por medio de extracciones de sangre en la arteria fetal.

Apgar: a través de éste se puede tener un diagnóstico neurológico.

Hipertrófico: es un aumento de tamaño de un órgano o tejido, por exageración de las dimensiones de cada uno de los elementos que lo constituyen, cuyo número permanece fijo.

Hipoplasia: detección de desarrollo de un órgano o parte de él, que se traduce por su anormalidad o pequeñez.

2.2.3. TERCER NIVEL (PREVENCIÓN TERCIARIA).

Se realiza en la parte final de la fase patogénica de la enfermedad, mediante la terapéutica adecuada. Es aquí donde se ve más clara la participación de la estimulación temprana.

Es todo aquello que se hace con objeto de disminuir la incidencia de las incapacidades crónicas de una población procurando que las invalidades funcionales, consecuencia de la enfermedad, sean las menos posibles. Trata de evitar que empeoren las consecuencias propias del trastorno existente. Y en este caso que el niño no se deteriore más. Comprende todos los aspectos de la rehabilitación o habilitación, así como la integración y la reinserción social.

Es aquí donde se ubican las técnicas de la estimulación precoz.

A manera de conclusión, es muy importante que se le realice un diagnóstico completo al niño. Que se realice la detección, la valoración, la acogida, la orientación y la propuesta del tratamiento.

Que se le practique el diagnóstico funcional, el cual consiste en señalar cuantitativa y cualitativamente los déficits existentes, independientemente de cuáles son las causas y las estructuras neurológicas implicadas.

Se trata de la información básica para poder entender el problema del niño y preparar adecuadamente el tratamiento.

El diagnóstico sindrómico: determina qué estructuras neurológicas y psíquicas son las causantes de los signos y síntomas existentes.

Diagnóstico etiológico: indica cuáles son las causas del trastorno funcional o estructural.

Por tanto todo tipo de diagnóstico va a ayudar al equipo de estimulación temprana a detectar mucho mejor cuáles son las anomalías o trastornos que presenta el niño.

De aquí que se haga indispensable definir con mayor claridad cuáles son los tipos de población (en riesgo y disminuidos) que afectan el desarrollo del niño.

2.3. TIPOS DE POBLACIÓN EN RIESGO Y DISMINUIDOS.

2.3.1. POBLACIÓN EN RIESGO.

En cuanto a niños de corta edad en riesgo, se les puede asignar la categoría de riesgo por factores biológicos o ambientales.

Significa que son de riesgo porque el niño presenta un funcionamiento normal o se espera a que llegue a tenerlo. Por el contrario, de no lograr o mantener en lo futuro un ritmo o pauta normal de desarrollo, estos factores o padecimientos sitúan al niño bajo un mayor riesgo de desarrollo.

Para Tjossem (1976): "La clasificación de riesgo biológico se asigna a niños con lesión o daño biológico del sistema nervioso central durante el período prenatal, perinatal, neonatal o de su desarrollo temprano".(23)

La premadurez es la alteración más frecuente en la cual se asigna la clasificación de riesgo biológico. Cuanto más prematuro sea el niño, presentará mayores problemas cerebrales y de desarrollo.

Los estudios han determinado el 30% que este tipo de población va a requerir intervención hacia la edad de 6 años.

(23) Bricker, Diane D., La Experiencia Temprana / Educación en Niños de Riesgo y Disminuidos. Descripción de la Población, Cap. 6, p. 146.

El niño en riesgo ambiental: "es aquél con altas probabilidades de que algún(os) factor(es) o condición(es) del medio social o físico o ambos, interfieran la aparición de sus pautas normales de desarrollo; la mayoría de estos niños provienen de hogares desintegrados o en que predomina el maltrato".(24)

2.3.2. POBLACIÓN DE DISMINUIDOS.

En lo referente a niños disminuidos, podemos decir que existen innumerables condiciones y causas de disminución. Se calcula que existen 500 anomalías diferentes asociadas con el retraso mental, más o menos 4 000 causas diferentes de padecimientos que derivan en disminución severa y alrededor de 220 tipos identificables de malformación (Hayden y Beck, 1982). Esta gran cantidad de alteraciones puede deberse a factores biológicos o psicosociales o a una combinación de ambos. Sin embargo la clasificación de los diferentes tipos de disminución difiere de la de los tipos de riesgo debido a que el niño muestra una desviación conductual que requiere intervención médica o educativa, o de ambas. Como en el caso de la clasificación de los tipos de riesgo, los tipos de disminución pueden dividirse en los que derivan de factores biológicos o de factores ambientales. Las causas de disminución biológica se encuentran divididas en factores genéticos, nerviosos, físicos, infecciosos, teratógenos, sensoriales y retrasos del desarrollo.

(24) Ibidem, p. 147.

Factores biológicos

Trastornos genéticos y cromosómicos

Los trastornos genéticos se deben a que un gen o más de uno de los padres o ambos son anormales, lo cual afecta a la descendencia.

En cuanto a los trastornos cromosómicos ocurren cuando la organización de los cromosomas se altera o cuando parte de un cromosoma se separa de su ubicación normal y vuelve a unirse a otro par de cromosomas (Crain 1984).

El más común de estos trastornos cromosómicos es el de Síndrome de Down.

Daños neurológicos y físicos

Estos son causados por la gran diversidad de anomalías del sistema nervioso central, identificadas comienzan en el período prenatal.

Los trastornos más comunes son:

Parálisis cerebral: se debe a la alteración del sistema nervioso central, del control motor y puede presentarse de manera ligera o severa.

Esta afección se caracteriza por parálisis, debilidad y mala coordinación.

Espina bífida: ocurre en el desarrollo fetal, y se puede manifestar en dos formas, meningocele y mielomeningocele.

Esto se produce por alguna alteración que interfiere en el cierre de las vértebras ocasionando una abertura en la columna vertebral, si la lesión se presenta ubicada en la zona más alta ésta es más grave, ocasionando trastornos visuales y perceptivo-motores.

Mielomeningocele: es la falta de control de la vejiga y el intestino.

Epilepsia: se debe a alteraciones de las descargas eléctricas cerebrales, produciendo pérdida del control de determinados grupos musculares en convulsiones observables.

Gran mal: se caracteriza por la pérdida de la conciencia y el control postural del niño.

Pequeño mal: se caracteriza por diversas reacciones musculares mínimas.

Epilepsia psicomotora: se caracteriza por una pérdida repentina del tono muscular y por la contracción no voluntaria de los músculos.

Los daños físicos incluyen anomalías neurológicas, ortopédicas o asociadas con la salud, que influyen de manera adversa en el desarrollo y desempeño del niño.

La magnitud del daño producido por éste y otros trastornos varía y determina si la capacidad del niño es leve, madurada o severa.

Las afecciones de la salud que afectan el desarrollo del niño o su capacidad para afrontar las demandas del ambiente, pueden ser agudas, por ejemplo (hepatitis, mononucleosis) o crónicas (defectos coronarios congénitos, fibrosis quística, diabetes, nefrosis). La severidad de la afección suele determinar el efecto en el niño.

Infecciones

En el feto por sífilis, rubéola, citomegalovirus, toxoplasmosis o herpes, dan como resultado el aborto espontáneo o diversas manifestaciones, dependiendo de la severidad de la infección y de la edad de gestación en el momento en que ocurre la infección.

Teratógenos

Se denomina teratógenos a las sustancias del ambiente causantes de deformidades en los organismos en desarrollo, éstas pueden ser ciertas drogas como la talidomida y el alcohol.

Sustancias químicas como: el PCB, el mercurio y el plomo y las radiaciones. El efecto en el niño está determinado en parte por la cantidad de sustancia ingerida y por el período de desarrollo en que dicha sustancia se ingiere.

Las disminuciones visuales

Estas pueden dividirse en dos categorías: ceguera y visión parcial, y son causadas por enfermedades infecciosas, traumatismos y exposición a sustancias perjudiciales.

Desde el punto de vista funcional, a los niños que leen utilizando el Sistema Braille se les clasifica como ciegos, mientras que a los que pueden leer utilizando dispositivos de aumento se les clasifica como de visión parcial (Hallahan y Kaufmann, 1978).

Aún cuando los niños con disminuciones visuales pueden presentarse retrasos notables del desarrollo temprano, si se les ofrece una compensación ambiental apropiada hacia los 6 años de edad, la mayoría de ellos se desempeñarán dentro de los límites normales en áreas importantes de la conducta.

Trastornos Sensoriales Auditivos

Es el tema que nos ocupa mayor interés, ya que éste es decisivo para definir la población con la que se va a trabajar en la propuesta.

Los trastornos sensoriales pueden ser desde leves a severos. De 40% a 60%, los trastornos auditivos resultan de anomalías genéticas o cromosómicas, y las restantes causas derivan de otras enfermedades. Se consideran sordos a los niños cuya incapacidad auditiva impide el procesamiento del lenguaje oral, mientras que se consideran hipoacúsicos a los niños que pueden entender el lenguaje oral con un aparato o sin él (Fewell, 1983). La severidad del daño auditivo y la edad en que se adquiere influyen en la facilidad con que el niño utilice el lenguaje. Los daños congénitos tienden a producir el mayor efecto. En la población de disminuidos encontramos a los hipoacúsicos.

2.3.3. HIPOACUSIA.

Hipoacusia, "disminución o pérdida parcial de la agudeza auditiva que puede ir desde mínimas anormalidades de la audición, hasta la pérdida con incapacidad social".

Los hipoacúsicos se clasifican en tipo conductivo, perceptivo o neurosensorial.

Los hipoacúsicos conductivos son producto de afecciones del oído medio que pueden causar obstrucción (atresia) de la Trompa de Eustaquio, alteración de los movimientos del tímpano o de los huesecillos. La obstrucción puede ser parcial o total y las causas más comunes en su presentación suelen ser: la formación de tapones de

cerumen, la presencia de cuerpos extraños, inflamación de las paredes del canal auditivo, infecciones, malformaciones congénitas.

La hipoacusia de tipo perceptivo se debe a lesiones del oído interno: fracturas, infecciones, tumores, efectos tóxicos de drogas.

La hipoacusia neurosensorial o central está determinada por afecciones de las vías neurológicas que conducen la información auditiva a la corteza.

Por el origen de la pérdida, ésta puede deberse a factores hereditarios, prenatales, perinatales o postnatales.

La rubéola y enfermedades infecciosas de la madre durante el embarazo pueden ocasionar inmadurez en la coclea durante los 3 primeros meses de vida embrionaria, dando como resultado una pérdida auditiva de origen prenatal.

El grupo de factores perinatales que pueden causar una pérdida auditiva son todos los que pueden producir los llamados niños de alto riesgo: premadurez, anoxia intrauterina, toxoplasmosis, rubéola, diabetes de la madre, cardiopatías, desnutrición, avitaminosis, el factor Rh negativo.

Por la severidad de la pérdida, la Organización Mundial de la Salud clasifica las deficiencias auditivas en los siguientes grupos:

- 1) Deficiencia auditiva profunda, cuando la pérdida es de más de 91 decibeles.(*)
- 2) Deficiencia auditiva grave, cuando la pérdida es de 71 a 91 decibeles.
- 3) Deficiencia auditiva moderadamente grave, cuando la pérdida es de 56 a 70 decibeles.
- 4) Deficiencia auditiva moderada, de 41 a 55 decibeles.
- 5) Deficiencia auditiva ligera, de 24 a 40 decibeles.

La edad de iniciación de la pérdida es un punto muy importante a considerar. Las pérdidas postnatales pueden presentarse antes o después de que el niño haya aprendido a hablar, o sea prelocutivas, en oposición a la pérdida postlocutiva.

Las pérdidas prelocutivas causan un daño mayor en el desarrollo verbal del niño que las pérdidas postlocutivas, y para el educador va a ser más difícil instalar el lenguaje en un niño que nunca ha hablado, que tratar de conservar la capacidad verbal del niño que ya sabe hablar.

(*) Décima parte del bel, es la medida física utilizada para medir la diferencia de intensidad sonora. Es la más pequeña diferencia de intensidad perceptible por el oído medio.

Para esto se requiere del apoyo del auxiliar auditivo que es un instrumento que permite la llegada del sonido en forma más efectiva al oído del que escucha. Puede simplemente recoger mayor energía sonora del aire, puede prevenir la difusión innecesaria del sonido durante su transmisión o puede suministrar energía adicional, generalmente de la pila de un amplificador eléctrico.

Su objetivo es hacer más inteligible el lenguaje, la calidad o naturalidad del lenguaje.

Actualmente el arte de la amplificación electrónica y de la ingeniería electroacústica ha hecho posible producir tanto sonido como el oído puede tolerar. Podemos por ello decir que un auxiliar auditivo debe producir sonidos lo suficientemente intensos para ser oídos o escuchados fácilmente pero sin incomodidad. La pérdida auditiva del oyente debe ser vencida y su nervio auditivo debe ser estimulado en un patrón tan cercano a lo normal.

Los auxiliares auditivos más recomendables para niños de 0 a 5 años, son los siguientes:

1. Curveta: es un aparato de amplificación monoaural que se coloca detrás del oído.
2. Caja monoaural: consiste en un aparato para un solo oído.
3. Caja pseudobinaural: este es un aparato con cordón en forma de Y que lleva el sonido a los dos oídos.

4. Vibrador de conducción ósea: es un auxiliar que se coloca detrás del oído por encima del hueso llamado mastoides.

Mantenimiento que debe tener todo auxiliar auditivo

Es importante que los padres, el niño y personas relacionadas con él aprendan a ser responsables sobre el cuidado, el uso de auxiliar auditivo y sobre la correcta introducción del molde del oído:(25)

1. Checar el control de volumen todos los días, ya que cuando la pila es nueva da más volumen que cuando está vieja.
2. No es recomendable usar pilas cuando están viejas, ya que causan distorsión en el sonido.
3. Quitar todas las noches las pilas para que no se chorreen.
4. Limpiar los auxiliares todos los días después de su utilización.
5. Mantener limpio el molde ya que frecuentemente se llena de cerumen.
6. Lavar el molde con jabón neutro y cepillo todas las noches.
7. Soplar por el orificio del molde después de lavarlo.
8. Prevenir caídas y golpes del aparato.

9. Para verificar si el auxiliar funciona adecuadamente, los padres pueden tomar uno de los aparatos acercándolo a su oído y producir diferentes sonidos.

En cuanto al retardo en el desarrollo, se considera "como una desviación en el desarrollo psicológico y por consiguiente, se utiliza el término desarrollo en vez de retardo mental. La diferencia entre el desarrollo normal y el retardo radican en la naturaleza de las condiciones y las interacciones del desarrollo pasado y presente.

El desarrollo normal, cambios progresivos en las interacciones entre el individuo y el medio, se da a través de la acción de condiciones biológicas, sociales y físicas que están dentro de los límites normales. El desarrollo retardado evoluciona a través de la acción de condiciones biológicas, sociales y físicas que se desvían de lo normal en grados extremos; mientras más extremas sean las desviaciones, más retardado será el desarrollo".(26)

Algunos niños muestran un retraso o trastorno del desarrollo en las áreas de comunicación, cognición, desarrollo motor o desarrollo social que no parecen tener una etiología específica o en donde la causa no es clara. A muchos niños que muestran retrasos generales se les clasifica en ocasiones como retrasados mentales. Dentro de ésta clasificación pueden tener un retraso severo, moderado o leve.

(26) Galindo, Edgar, Modificación de Conducta en la Educación Especial. p. 18.

Aproximadamente el 75% de los retrasos mentales se deben a factores psicosociales (ambientales) o desconocidos. Sin embargo, las causas de los retrasos más severos pueden determinarse a menudo como genéticas, teratógenas, infecciones o neurológicas.

Las características de los niños retrasados varían de acuerdo con el nivel de retraso y con la efectividad de la intervención ambiental.

Independientemente de que exista un factor biológico, el retardo también es causado por las condiciones físicas y sociales en las que se ha desarrollado el individuo.

Las condiciones físicas se refieren al tipo de estimulación a la que ha sido sometido el sujeto (el número y la calidad de los objetos que lo rodean, las condiciones generales de vida, etc.) y las sociales abarcan el modo como se le ha criado, la atención que ha recibido, el tipo de interacciones que ha mantenido con sus familiares, etc.; en el caso del retardo el carácter de unos u otros factores determina la conducta retardada.

Obviamente a menudo se encuentra que los factores biológicos (lesiones, limitaciones sensoriales o motrices, etc.) son o han sido de suma importancia para retardar el desarrollo; en este caso se estudia la posibilidad de compensar de algún modo la deficiencia mediante un entrenamiento intensivo, o mediante el uso de materia-

les y aparatos auditivos de apoyo, o ambas cosas, pero nunca se considera que el sujeto esté incapacitado definitivamente.

Los niños con retraso o desórdenes del lenguaje forman el segundo mayor grupo de niños clasificados con retraso del desarrollo. Algunos de ellos muestran pautas anormales, es decir, trastornos del desarrollo, del habla y del lenguaje. A menudo los retrasos o el lenguaje están asociados con dificultades para resolver problemas.

Por otro lado, presenta retardo o trastorno del lenguaje el niño que inicia su habla tardíamente a pesar de haber vivido en un ambiente suficientemente estimulante.

Una articulación poco clara o la persistencia de defectos articulatorios, después de la edad normalmente establecida, puede ser indicadora de un retardo del lenguaje de mayor o menor grado de severidad.

Cuando se encuentra asociada a un déficit verbal y a una marcada alteración en los procesos de comprensión o expresión oral, la gravedad del problema es mayor.

Asimismo la invención, la ecolalia, la jerga, el lenguaje telegráfico, cuando se observan en una fecha en que ya debieron haber sido superados, pueden ser indicadores de un retraso del lenguaje que será más severo, mientras mayor sea la edad del niño que presenta el problema.

El retardo del lenguaje puede estar comprendido dentro de un cuadro sindrómico mayor como puede ser: inmadurez neuromotora, deficiencia mental, parálisis cerebral, inestabilidad afectiva caracterial, tendencia autista.

El retardo del lenguaje en su máxima acepción o mutismo, puede obedecer a diversas causas dentro de las que podemos citar: autismo, afasia o agenesia, parálisis cerebral severa, deficiencia mental profunda, pérdida auditiva grave.

El lenguaje hablado fluctúa entre las frecuencias de 500 a 2000 Hz. A distancia de un metro, la voz normalmente tiene una intensidad de 55 a 60 dB, de modo que si la hipoacusia en el mejor oído es de 60 dB en esas frecuencias, la persona tendrá frecuentes problemas para entender el lenguaje. Si la pérdida es entre 70 y 90 dB, la persona oirá con dificultades, entender el habla a gritos o muy amplificada. Con una pérdida de más de 90 dB usualmente la persona no entenderá el habla aún amplificada (Mc Conell, 1973).

Los siguientes problemas en el habla se presentan en cada nivel de hipoacusia entre 41 y 55 dB; puede mostrarse un vocabulario limitado y anomalías en el habla; entre 56 y 70 dB se tendrá un vocabulario limitado y muy probablemente, un habla defectuosa; más de 71 dB se tendrá lenguaje y habla muy defectuosas y tendientes a deteriorarse.

Es indispensable para estos niños que se les estimule de la mejor manera para que sobresalgan y no se retrasen más. En estos casos es importantísimo un diagnóstico.

Sin embargo se presentan dificultades para establecer los parámetros de desarrollo anormal y de la exactitud del pronóstico que pone de manifiesto muchas de las dificultades que se presentan al efectuar un diagnóstico. Es decir, "siempre existe el riesgo de diagnosticar erróneamente a niños normales y de no diagnosticar a los niños que sí presentan problemas".(27)

Por tanto es de vital importancia, en estos casos, que la Educación Especial necesite de sistemas destinados a ubicar y lograr la atención que requieren los niños con necesidades especiales y de ahí surge la necesidad del etiquetamiento y la clasificación para que los niños con riesgo o disminuidos reciban los servicios adecuados de intervención o estimulación temprana.

Cabe aclarar que los términos del niño en riesgo y disminuidos, los tipos de población (trastornos sensoriales auditivos, hipoacusia y retardo en el desarrollo) son elementos importantes para los fines de mi propuesta.

(27) Ibidem, p. 153.

CAPITULO 3

HIPOACUSIA Y LENGUAJE

3.1. DESARROLLO DEL LENGUAJE INFANTIL. SITUACIÓN COMPARATIVA EN EL CASO DEL NIÑO HIPOACÚSICO.

"El lenguaje en su concepto más amplio es toda forma de comunicación de nuestros pensamientos e ideas, tales como la mímica facial o manual, la pantomima, todas las manifestaciones artísticas, el lenguaje oral y la escritura. Estas dos últimas formas del lenguaje constituyen el grado más alto de la evolución lingüística en el género humano, permitiendo al hombre la intercomunicación por medio de una serie de signos verbalizados sujetos a determinadas convenciones sociales."(27)

Con base en lo anterior, se puede decir que el lenguaje es indispensable para la supervivencia del hombre en el desarrollo y enriquecimiento de su pensamiento, en el establecimiento de sus relaciones interpersonales, en la transmisión de su cultura y la conservación de los valores humanos.

Sin embargo, siendo el lenguaje verbal la forma socialmente usada para poder llevar a cabo la intercomunicación, en el caso del niño hipoacúsico ésta se verá negada al no tener acceso a la adquisi-

(27) Nieto, Margarita, Anomalías del Lenguaje y su Corrección. p. 235.

ción del lenguaje verbal como consecuencia de su impedimento auditivo. Una limitación que por ende traerá otras consecuencias en el desarrollo general del niño.

Por esta razón, será de gran importancia que el niño inicie tempranamente su rehabilitación para que pueda entablar una relación social sin problemas y pueda participar en la vida productiva.

Enseguida describiré brevemente el desarrollo del lenguaje infantil, haciendo notar paralelamente las características que un niño con dificultades auditivas presenta en lo que respecta a la adquisición del lenguaje.

Adquisición del Lenguaje Infantil

"Adquirir las estructuras del lenguaje en el marco de la evolución del niño no es, en modo alguno, una función aislada, independiente de otros progresos alcanzados. El lenguaje se aprende en bloque dentro de un conjunto de adquisiciones que le son indisociables."(28)

El desarrollo adecuado del lenguaje oral en el niño depende además de las circunstancias socioeconómicas, de una serie de condiciones las cuales se señalarán a continuación:

(28) Morgon, A.; Aimord, P.; Daudit, N. Educación Precoz del Niño Sordo. 1984, p. 17.

1. La adecuada y suficiente estimulación del medio ambiente familiar para impulsar el desarrollo del lenguaje en el niño.
2. Integridad de las estructuras anatómicas del aparato fonarticulador y sistema nervioso central, pues el buen funcionamiento es indispensable para la adquisición espontánea del lenguaje.
 - a) Audición normal.
 - b) Que se desarrollen ciertas áreas cerebrales corticales y formaciones subcorticales que intervienen en las asociaciones nerviosas.
 - c) Los órganos de la fonación deben ser aptos para realizar los movimientos necesarios para la emisión de la palabra.
3. Otras condiciones conciernen al idioma; el niño debe apropiarse de una serie de estructuras que progresivamente hará suyas. Su entorno le proporcionará las formas sonoras y verbales necesarias. El niño aprenderá finalmente a hablar el idioma propio del ambiente donde se desenvuelve.
4. También debe considerarse el estilo de comunicación: la verbal y la no verbal; el bebé presenta momentos privilegiados de contacto que deben ser aprovechados para lograr la comunicación en un tono de placer mutuo; comunicación no verbal al

principio, al procurarle bienestar al niño con suficiente calor afectivo.

Por otro lado, al igual que la comunicación no verbal, la verbal tiene gran importancia; el niño debe ser objeto de una gran estimulación verbal, con el fin de que poco a poco adquiera la palabra.

En este sentido, aún cuando un niño tenga todos los aspectos antes señalados, excepto la importante herramienta de la audición, será imposible que el desarrollo del lenguaje en el niño se lleve a cabo normalmente. Además las características del lenguaje que se observen en los individuos hipoacúsicos, estarán en razón directa con los rasgos etiopatogenéticos de la enfermedad, el tipo de la pérdida auditiva, la educación recibida y las particularidades de cada paciente.

Etapas de Desarrollo del Lenguaje en el Niño(*)

Para juzgar los progresos del niño, deben tenerse en cuenta dos aspectos: comprensión del lenguaje y la expresión del mismo. Estos dos aspectos de la adquisición del lenguaje no se suceden simultáneamente. El niño comprende una amplia gama de situaciones antes de poder expresarlas.

1. Durante las primeras semanas emite llanto y gritos indiferenciados.

(*) Según A. Morgon y colaboradores. Idem. p.p. 19 a la 35.

2. Hacia el segundo mes, estos llantos y gritos se hacen diferenciados.

El llanto casi siempre representa una reacción o una situación fisiológica; el niño llora y grita porque tiene hambre o sueño o porque se siente sucio. La madre aprende a diferenciar estos gritos, que son como llamadas de atención, y así se establece un código de comunicación entre ella y el bebé. De este modo, el niño sabe que alguien recoge su llamada y que puede o no encontrar respuesta; el vínculo grito-respuesta, aceptado por el adulto, se refuerza y de esta forma se potencian estas actitudes establecidas entre él y el adulto para una más óptima evolución del niño.

3. A partir del tercer o cuarto mes, el niño emite una jerga, un parloteo, produce sonidos, utiliza los órganos de la fonación. Emite todo tipo de sonidos posibles, aunque no representen nada en el lenguaje materno.

Todo el mundo sabe que un niño de 5 a 6 meses emite "ar, ar" o "agu, agu" u otros arrullos; el adulto manifiesta su contento frente a estas primeras producciones torpes de voz y cuando se encuentra con el niño, repite los sonidos que el bebé emite y los mezcla con sus propios sonidos que utiliza para estimular al niño, se utiliza un número concreto, limitado de sonidos, pero casi ilimitado de asociaciones. El adulto los adorna, introduce comentarios, etc. Este juego a-dos con los sonidos se desarrolla, por regla general, frente a frente,

en un marco de sonrisas y risas permitiendo que el niño fije su atención en el rostro familiar que le está hablando y en sus labios que se mueven.

El niño intenta, algunas veces, reproducir los movimientos labiales aún sin emitir sonido alguno.

Por otro lado, en los primeros 6 meses de vida del niño hipoacúsico, es difícil darse cuenta de que existe alguna deficiencia auditiva, ya que al igual que el niño normal, llora, grita, sonríe y balbucea.

Todo sucede de igual forma hasta el laleo; los sonidos que emite el niño hipoacúsico son generalmente menos abundantes y variados; sin embargo, percibe "alguna cosa": vibración, una vaga sensación unida al movimiento. No oye los comentarios que el adulto le dirige, pero sí se fija en su rostro, en sus labios y en toda la mímica que acompaña la palabra; madre e hijo pueden experimentar la alegría, el descontento, etc. A pesar de todo esto, se establece una comunicación; todo lo que sucede en este primer diálogo es percibido por el niño aunque éste no lo pueda asociar a las emisiones sonoras.

Sin embargo en algún momento de la segunda mitad del segundo año de vida, el balbuceo desaparece, el niño no responde de la manera esperada, su proceso de lenguaje se detiene por no haber retroalimentación.

Son muchos los inconvenientes que puede causar el déficit auditivo, principalmente al niño, no le llegan los estímulos sonoros del mundo que le rodea, y lo que es más importante, ni sus propias emisiones sonoras, por lo que no cumplirá las etapas de balbuceo ni del soliloquio, pues las mismas se realizan por un mecanismo de retroalimentación.

Los niños comienzan a hablar a base de imitación, escuchar ruidos, palabras, sonidos, intentan su reproducción y poco a poco irán descubriendo que cada sonido tiene su significado. Los niños con deficiencia auditiva no tienen esa posibilidad de escuchar ni de escucharse, no se lleva a cabo el mecanismo de la imitación, constituyendo esto un gran impedimento para la adquisición de su lenguaje.

4. En el niño sin dificultades en su audición, los laleos aparecen entre los seis y los doce meses. El niño repite al azar en un principio sonidos homófonos, como por ejemplo: dadada, papapa, bababa, ..., etc.

En esos momentos de plática o charla con el adulto es cuando toman forma las primeras palabras; éstas parten de una serie de formas repetitivas, el adulto separa lo que es significativo y proporciona al niño el modelo verbal; de este modo, el niño tomará conciencia de que esta cadena de sílabas tiene un valor particular.

En el caso del niño hipoacúsico, si no se estimula la jerga del niño en esta etapa, las emisiones de sonidos disminuirán e incluso

desaparecerán, es por esta razón que el diagnóstico de la sordera debe ser realizado tempranamente, para así volcar toda una gama de estímulos hacia el niño para hacer que los sonidos que emita y las asociaciones que logre realizar, paulatinamente progresen.

5. La comprensión.

Hacia el quinto o sexto mes, el niño empieza a comprender ciertas entonaciones en el discurso del sonido. No comprende las palabras, ni las frases que le dicen, pero reconoce muy bien ciertas expresiones reforzadas por la mímica o los gestos.

El adulto que habla con el niño acentúa, espontáneamente, ciertas cualidades de la palabra; el ritmo y la melodía de la palabra son más acentuadas que otras ocasiones; estos elementos de las palabras que, a menudo refuerzan y subrayan el contenido del discurso, facilitan la comprensión del niño y son indicios esenciales para él.

Poco a poco se deducen ciertos elementos de estas breves frases, a menudo comprendidas por el niño y que él ha aprendido y almacenado globalmente por medio de una entonación singular: el niño es capaz de reconocer estos elementos sonoros más acentuados y de este modo va comprendiendo numerosas palabras mucho tiempo antes de poder pronunciarlas. Ejemplo: las rimas y los cantos que se dirigen al bebé acompañadas de ciertos movimientos como el de:

"tengo manita, no tengo manita, porque la tengo desconchavadita", etc.

En el caso del niño hipoacúsico, será de gran importancia permitirle tener acceso a todas las formas disponibles de comunicación para que pueda desarrollar su lenguaje. Estas formas incluirán todas las modalidades de lenguaje: gestos ideados por el niño, lenguaje por signos formal, habla, lectura, labio-facial, educación verbal, ampliación residual (audífonos, lectura y escritura).

Deberá usar el auxiliar auditivo, ya que con esto se aprovecharán los residuos auditivos, y tendrá la posibilidad de escucharse a sí mismo y seguir repitiendo tales sonidos, y a medida que siga avanzando este proceso de maduración intelectual, el niño estará en condiciones de intentar una diferenciación más específica de los sonidos y las palabras.

Antes de que tenga lenguaje tiene que señalar y gesticular para poder comunicarse, estos movimientos no deben reprimirse, ya que se cortarían todo intento de comunicación.

Cuando empiece a desarrollar su lenguaje verbal, encontrará factores que contribuyan a que emplee su voz, como son el movimiento de los labios y vibraciones que produce al intentar decir algo, palpando su garganta, las mejillas tanto de él como de la persona que tiene enfrente. Esto lo reafirma cuando emite algunos sonidos y

observa el movimiento de sus labios y lengua y siente las vibraciones de su garganta.

6. El lenguaje se organiza progresivamente en el niño sin dificultades auditivas.

Al principio las primeras frases no son más que una yuxtaposición de dos a tres palabras sin la menor estructuración gramatical. Paulatinamente se amplía la cantidad de palabras empleadas (al principio, nombres concretos, verbos de acción).

Hacia los dos años y medio, el niño comienza a utilizar pronombre, artículos, preposiciones; a los 2 y 3 años es capaz de decir su nombre, nombrar los objetos más simples y reconocerlos sobre los grabados, utilizar el plural, formas verbales e interrogativas.

Su lenguaje se aproxima más y más al del adulto aún cuando persisten un cierto número de pequeñas imperfecciones en la articulación, en las formas gramaticales o con respecto al sentido de las palabras.

Paralelamente a su lenguaje oral y a partir de los seis u ocho meses, el niño utiliza un lenguaje gestual y mímico: dice "no" con la cabeza; imita; adopta una mímica cuando refunfuña y está descontento. Sea cual sea la edad del niño, siempre existe un desfase en el

tiempo que transcurre entre la comprensión y la articulación del lenguaje.

A diferencia del niño sin impedimento auditivo, el niño hipoacúsico tendrá que recorrer un largo camino, cansado, laborioso y difícil antes de llegar a adquirir el lenguaje oral. Será a través de un exhaustivo trabajo mediante ejercicios especiales como podrá adquirir paulatinamente el lenguaje oral con ayuda del terapeuta y el apoyo de los padres en el hogar.

Por lo que se infiere que para que un niño hipoacúsico desarrolle un lenguaje verbal, será de gran importancia que la intervención del niño sea realizada lo más tempranamente posible, además de una constancia y control de la misma. Por otra parte el apoyo, seguridad y afecto que puedan brindar los padres será definitivo para que el niño con problemas auditivos logre un desarrollo más sano.

3.2. DESARROLLO DE LA AUDICIÓN: DISCRIMINACIÓN AUDITIVA.

El lactante normal, al nacer, no tiene aún una función auditiva totalmente desarrollada. Sólo reacciona frente a repentinos ruidos fuertes. Sus reacciones tienen carácter reflejo únicamente.

En esta etapa aún no son posibles las reacciones diferenciadas respecto a estímulos sonoros. Esto se debe al hecho de en estado

temprano de su desarrollo, el lactante sólo es consciente de los estímulos sonoros como una sensación corporal.

Aún no relaciona a los ruidos con los objetos, personas o sucesos a su alrededor; por esto podría decirse que el lactante percibe al comienzo de su desarrollo al medio acústico como una mezcla confusa de sensaciones internas indefinidas.

De esta vivencia compleja y difusa el niño pasa gradualmente a una discriminación de los sonidos que se producen en el ambiente circundante, es decir, el niño empieza a desarrollar una habilidad para distinguir correctamente los sonidos. El primer paso en este camino será la paulatina "transferencia hacia afuera" de las sensaciones sonoras.

Poco a poco el niño aprende que las sensaciones que él al principio sentía subjetivamente, tienen una equivalencia en el mundo exterior. Con ayuda de experiencias audiovisuales, el niño aprende a transferir la sensación sonora hacia afuera.

Cuando oiga un ruido se dirigirá espontáneamente hacia la fuente y no sólo la percibirá auditivamente sino visualmente también.

Este proceso de aprendizaje generalmente se inicia en el curso del cuarto mes de vida. En el segundo y tercer mes, el lactante aún no está en condiciones psicofisiológicas para ello, ya que su función

auditiva está insuficientemente desarrollada. A esta edad el lactante no puede situar ni localizar fuentes sonoras. Aunque hubiese adquirido la madurez necesaria para una localización sonora, le faltaría a esta temprana edad el control sobre la cabeza, imprescindible para dirigirse hacia la fuente sonora, asimismo el control ocular para su fijación.

En un niño con capacidad sensorial intacta y desarrollo motor normal, la localización sonora se produce por lo general en el curso del cuarto al quinto mes de vida. A esta edad llega el control muscular de la cabeza y los ojos, y puede dirigir su atención sobre un objeto, sobre una persona o suceso.

Con la progresiva experiencia acústica se identifican los diferentes ruidos y tonos, el lactante normal llegará a la etapa de la discriminación auditiva gruesa. Pronto aprenderá a interpretar la diferencia de tonos.

Una vez que el lactante llegó a la etapa de la discriminación gruesa, muy pronto será capaz de realizar diferenciaciones más refinadas. Poco a poco alcanzará la etapa de la discriminación auditiva fina.

Aprenderá a saber cuál es la dirección de los sonidos y más adelante quién y qué los produce. Luego se presentará la posibilidad de diferenciación de los sonidos del medio ambiente de aquellos sonidos específicos de la comunicación humana. Irá reconociendo sonidos

o elementos fonéticos (palabras, frases y expresiones) que se combinan para formar el lenguaje verbal. Asociará patrones fonéticos con objetos determinados; esto se logra a pesar de las diferencias en pronunciación, tono o timbre de quienes lo producen, analizando y sintetizando similitudes y diferencias. De la comprensión de palabras enteras el niño compara y hace diferencias entre ellas hasta llegar al análisis de la discriminación de fonemas.

En el caso del niño hipoacúsico, esta habilidad no será lograda totalmente; sin embargo, con una educación auditiva llevada a cabo temprana y eficazmente, se obtendrá el máximo uso de la audición residual con la cual se contribuirá en forma definitiva a la integración social del individuo.

3.3. CÓMO REPERCUTE EN EL DESARROLLO DEL NIÑO EL PROBLEMA DE LA HIPOACUSIA.

La sordera es una disminución única que no es visible y se limita a una pequeña parte de la autonomía. Sin embargo sus consecuencias son extraordinarias con respecto al desarrollo cognoscitivo, emocional, social y educacional del niño sordo.

El sentido de la audición es el que mantiene al hombre en constante relación con su medio. Aún más importante es su papel vital en la comunicación e interacción humana.

La facultad de comunicarse es uno de los dones más preciados del hombre. El mundo silencioso del niño sordo, el aislamiento de una persona incapaz de establecer un contacto libre y normal con otros seres humanos, puede ser una barrera tremenda para su total participación en la vida. Tomando en cuenta que el lenguaje oral es la forma convencional para comunicarse.

Por otro lado, las características que presenta un niño hipoacúsico, dependerán también del caso individual y específico de cada paciente, de la magnitud del problema, de la etiología del mismo, la edad de adquisición de la pérdida auditiva y de la educación recibida.

Desarrollo Psicológico

Los niños con dificultades auditivas tienen las mismas necesidades sociales y afectivas que cualquier otro niño. Mientras un niño con toda su capacidad sensorial intacta percibe continuamente desde pequeño el lenguaje de su prójimo, aprendiéndolo a comprender paso a paso hasta que finalmente comienza a hablar él mismo y a comunicarse con los demás; un niño con impedimento auditivo estará excluido de esta fuente de adquisición del lenguaje oral. Una limitación que le impedirá manifestar sus deseos, ideas, sentimientos, llevándolo así a continuas frustraciones.

Con respecto a la actitud del hipoacúsico, frecuentemente se coloca en posición defensiva y permanece negativista. A menudo es

duro, colérico, violento, pero todo esto tiene su origen en la imposibilidad de comunicarse con los que le rodean, de hacerse comprender y captar el deseo de los demás.

El poder comunicarse es necesario para que un niño pueda convivir, compartir con los demás, en una palabra pueda socializarse. La falta de audición produce frecuentemente una limitada capacidad que es parte integral del lazo que une al niño con su madre y un modo de expresión y desarrollo del cariño.

Así el desarrollo afectivo no será óptimo en la medida en que el problema de la hipoacusia no sea atendido lo más oportuna y adecuadamente posible, ya que constituirá una importantísima limitación en la adaptación del niño.

De tal manera se requiere de la orientación que pueda ayudar a los padres en el manejo del niño sordo en el hogar.

La aceptación al problema es el principio de la rehabilitación del niño. El primer paso será concientizar a los padres para que acepten la sordera de su hijo, ya que muchos de ellos no aceptan el diagnóstico definitivo y por ende consultan a otros especialistas que rectifiquen el diagnóstico equivocado. De esta situación los padres, principalmente la madre, empiezan a tener un terrible sentimiento de culpa, rechazo a su hijo.

Por otro lado, los padres pueden sobreproteger a su hijo manifestándole actitudes tendientes a dejarle el camino sin tropiezos.

Para llegar a la aceptación es indispensable que exista antes que nada un entendimiento entre la madre y el padre, olvidándose de quién fue la culpa, aceptando al niño tal y como es, y hacerlo sentir que es parte de una familia.

Los padres deben saber que es apremiante que el niño ingrese a una institución especial en la que de inmediato se le entrena para la adquisición del lenguaje.

Es necesario observar, que ninguna forma de orientación beneficia al niño cuando no se tiene su desarrollo humano y por tanto sus necesidades esenciales.

Es de suponerse que la existencia de un niño sordo en el hogar no sólo va a modificar gradualmente el núcleo familiar, sino también a los familiares más allegados como tíos, abuelos, primos, etc.

No sólo los padres deben estar conscientes del problema sino que también los hermanos y personas que vivan en el hogar, ya que ellos pueden transmitir gran número de experiencias al niño hipocúsico.

Es por ello que la madre da lugar a que el niño pueda establecer una gran integración con el resto de la familia y el ambiente que le rodea.

Es muy conveniente que los padres del niño conquisten la buena voluntad de su hijo para cooperar en el proceso de su educación.

Toda la familia debe estar informada y debe de reconocer en el lenguaje el método de comunicación de ideas y emociones, por lo que todos ellos habrán de estimularlo al máximo.

Es de suma importancia que al niño hipoacúsico se le hable aprovechando todas las oportunidades que se presenten para ello tales como: la hora de la comida, el baño, el juego. Será necesario que siempre vea los labios, evitando al máximo la actitud gestual para que poco a poco asocie el movimiento de éstos con la producción del lenguaje.

Cuando el niño intenta producir algún sonido o balbuceo, los padres harán grandes manifestaciones de alegría induciéndolo a que intente repetirlos. La familia adquirirá la costumbre de hablarle cerca empleando oraciones cortas y sencillas, repitiéndolas varias veces y explicándole el significado en varias formas hasta que las comprenda.

El hermano del pequeño hipoacúsico es un miembro familiar muy importante, ya que va a ayudar a mejorar la capacidad de aprendizaje de su hermano. Sin embargo, hay que considerar las diferentes características que poseen éstos y qué tan útiles pueden ser para el niño.

- 1) Pueden tener el mismo problema de sordera y por tanto no podrá darle buenos patrones de lenguaje. Es importante vigilar que ellos no se comuniquen por medio de señas, ya que se crean malos hábitos de comunicación.
- 2) Los hermanos son más chicos que él y probablemente todavía no adquieren lenguaje.
- 3) Los hermanos son mucho más grandes que él, los cuales no se detienen para ayudarlo debido a todas sus actividades.
- 4) Sus hermanos sí son de edad aproximada a la de él, están muy concientizados del problema y por ello tratan de ayudarlo.

Por tanto los padres deben intensificar al máximo la vida entre los hermanos y el niño hipoacúsico, la cooperación mutua; la ayuda entre ellos contribuirá a la integración tanto familiar como social del niño.

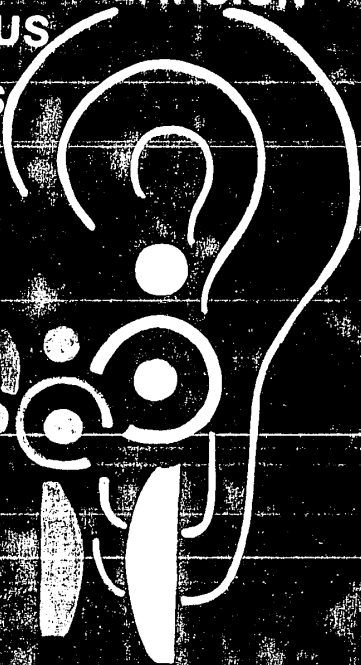
Por otro lado, es importante que los padres como guía del niño, establezcan una comunicación directa con los familiares más cercanos, abuelos, tíos, primos, etc., a fin de que sus relaciones familiares se amplíen considerablemente.

Será necesario que éstos conozcan el problema, además de las limitaciones del niño, que no se les haga sentir mal, que se les dé igual trato a todos los demás niños.

Es importante también que al niño hipoacúsico se le dé la oportunidad de que conviva con las personas que forman parte de su comunidad y que él mismo escoja a sus amiguitos; para ello es necesario que el niño pueda salir al parque, a un club deportivo, para convivir con las demás personas.

Permitir que el niño lleve a sus amigos al hogar para que el niño tenga el máximo de contactos con niños normo-oyentes, ya que es importante que se vaya adaptando a la sociedad.

TU PARTICIPACION
ES IMPORTANTE EN
LA REHABILITACION
DE TUS
HIJOS



HIPOACUSIA.

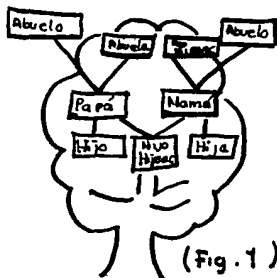
Una vez que los doctores han definido el problema de su hijo nosotros como terapeutas o maestros tratamos de explicarles de la manera más clara posible, las causas y los tipos que existen de hipoacúsia.



1) ¿ Qué es hipoacúsia ?.

Hipoacúsia es una disminución de la audición que puede ser causada por antecedentes hereditarios y factores prenatales, perinatales y postnatales. A éste problema se le puede llamar pérdida auditiva.

Pueden estar afectados uno o ambos oídos.



Causas de la hipoacúsia.

1 Hereditarias: Al hablar de antecedentes hereditarios, la historia familiar con frecuencia presenta individuos con dificultades auditivas. Estos datos pueden sugerir una hipoacúsia hereditaria (Fig.1).

Algunas hipoacúsias hereditarias ocurren asociadas a otra enfermedad.

2. Prenatales; se refiere a la historia de la madre durante el embarazo. (Fig 2).

Los factores que pueden causar una hipocúsis durante esta etapa son;

a) En enfermedades infecciosas tales como: sarampión, rubeola, sífilis, etc. las cuales pueden afectar más frecuentemente el producto del primer trimestre al tercer mes de embarazo.

b) RH. se refiere a la incompatibilidad de ciertas proteínas sanguíneas de los padres. Actualmente esta se detecta antes de que nazca el niño y se puede controlar por medio de una vacuna, de lo contrario puede causar lesiones en el oído.

c) Intoxicación por fármacos se refiere al uso excesivo de medicamentos como: estreptomina, quinina, neomicina, salicilatos (aspirina) y sus derivados.

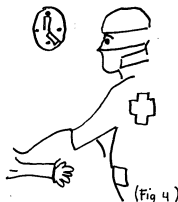
d) Intoxicación por ingestión y contacto con sustancias químicas como: monóxido de carbono, mercurio, tabaco, oro, plomo, arsénico, anilinas y alcohol. (Fig 3).



(Fig. 1).



(Fig 3).



(Fig 4)



(Fig. 5.)

3. Natales: Abarca el conjunto de situaciones y factores adversos al nacimiento. Las causas que nos pueden dejar una hipocúsis son debidas a problemas durante el parto (Fig 4).

Como: parto prolongado, parto precipitado, hipoxia (disminución de oxígeno), uso de fórceps, uso incontrolado de anestesia.

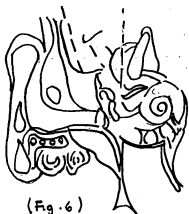
4. Postnatales: Se refiere a la historia clínica del niño después de nacer. La hipocúsis se puede presentar debido a:

a) Infecciones:
-Sarampión mal atendido.
-Meningitis.
-Paperas.
-Catarros mal atendidos.

b) Uso inadecuado de medicamentos. (Fig 5).

c) Traumatismos (golpes).
-Golpes cercanos al oído.
-Fractura de cráneo.

d) Varios.
- Neuritis.
- Enfermedad de Ménière.



(Fig. 6)

II Tipos de hipoacusias.

Existen tres tipos de hipoacusias que son:

- 1) **Hipoacusia Conductiva:** Es cuando la pérdida auditiva se localiza en el oído externo y en el oído medio.
- 2) **Hipoacusia neurosensorial:** El problema radica en oído interno o aún más dentro - donde el sonido es interpretado por el cerebro. (Fig 6)
- 3) **Hipoacusia Mixta:** Es en parte neurosensorial y en parte conductiva.

De acuerdo al grado de la pérdida auditiva estos tres tipos de hipoacusia se sub-clasifican en :

- a) **Hipoacusia superficial:** Es el grado mínimo de la hipoacusia. La pérdida es de 25 a 35 decibeles. Esta requiere de una estimulación auditiva, más que un método-rehabilitatorio. Los niños que presentan esta pérdida nos escuchan sólo con aumentar el volumen de la voz (Fig 7).



(Fig 7).



(Fig. 8)

por lo que no es necesario el uso de un auxiliar auditivo. Generalmente encontramos alteraciones en el modo de pronunciar las letras.

- b) **Hipoacusia media:** La pérdida auditiva va de 40 a 60 decibeles. Los niños que presentan esta pérdida requieren de un auxiliar auditivo y de un método rehabilitatorio. Estos niños pueden o no presentar lenguaje hablado antes de recibir terapia.

- c) **Hipoacusia Ciega:** Abarca de los 65 a 85 decibeles. Los niños presentan esta pérdida; pueden identificar algunos ruidos ambientales (Fig 8). Y distinguir vocales, pero incluso con auxiliar auditivo pueden tener dificultad, con las consonantes; por tanto requieren de un auxiliar auditivo y un método rehabilitatorio.



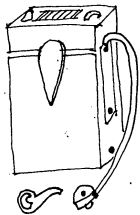
(Fig 9)

- d) **Hipoacusia profunda:** Abarca de los 90 a 110 decibeles. Los niños que tienen este tipo de hipoacusia no presentan lenguaje hablado al llegar a la terapia aún cuando puedan oír algunos sonidos muy intensos nunca pueden depender de la audición como principal vía de comunicación por lo que necesitan un auxiliar auditivo (Fig 9).

y un método rehabilitatorio cuidadoso y extenso.

APARATOS AUDITIVOS.

Si como resultado de la aplicación de las pruebas audiométricas que el niño necesita, de acuerdo a su edad se detecta una pérdida auditiva, es recomendable adaptar un AUXILIAR AUDITIVO (Fig 10). muestra un auxiliar auditivo tipo caja monoaural.



¿ Qué es un auxiliar auditivo?... El auxiliar auditivo es un aparato electrónico que funciona con una o dos pilas, su función es amplificar y reproducir los sonidos de la manera más natural posible (Fig 11).

El auxiliar auditivo nunca puede compensar completamente una pérdida auditiva.

HOLA
(Fig 10 y 11).



(Fig. 12.)

Todo padre que piensa obtener uno de estos auxiliares debe saber desde el comienzo que existen ciertas limitaciones. Algunas de estas son dadas por el oído del niño que presenta hipoacusia y otras por la naturaleza de los sonidos.

Los primeros años de vida en el niño son de mucha importancia porque es cuando el niño aprende el significado de los sonidos y del lenguaje, por lo tanto siempre deberá usar un auxiliar auditivo (Fig 12).

Existen diferentes tipos de auxiliares auditivos. El audiólogo selecciona el adecuado de acuerdo al caso que se presente.

Los auxiliares auditivos recomendables para niños infantes y preescolar son los siguientes:

- a) Caja monoaural.
- b) Seudobinaural o cordón en Y.
- c) Auxiliar en grupo.
- d) Auxiliar auditivo de modelo de escritorio.
- e) Auxiliar auditivo eléctrico de grupo. y.
- f) auxiliar auditivo de grupo inalámbrico.

ORIENTACION BASADA EN EJERCICIOS Y ACTIVIDADES
QUE SE PUEDEN LLEVAR A CABO EN CASA.



Considerando que ustedes como -
padres de familia ya que cuentan -
con la orientación necesaria -
para comprender el problema de -
su hijo, creemos importante la -
realización de los siguientes -
ejercicios, ya que con ellos -
el niño tendrá un mayor apoyo en -
su rehabilitación.

I Cómo conscientizar al niño al -
sonido.

Objetivo: El niño reaccionará -
y/o responderá ante un sonido -
logrando así diferenciar entre -
presencia y ausencia del sonido.

Ejercicios:

- 1) Hacer notar cuando su auxi -
liar esté prendido y apagado.
- 2) Usar vocalización y balbu -
ceo con voz cerca del auxi -
liar del niño (Fig 13).
- 3) Usar vocalización y balbu -
ceo sin voz, cerca del auxi -
liar del niño.
- 4) hacer notar ruidos de uten -
sillios del hogar como por -
ejemplo: prendido y apagado de -
la licuadora, radio o televi -
sión, golpe de la puerta, -
trastos y timbres de puertas.



(Fig 13).

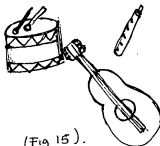


(Fig. 14).

- 5) Hacer notar los sonidos que -
emiten los animales domésticos -
y de la granja, como por -
ejemplo: Perro, gato, pato, -
pollo, gallo, vaca, caballo, -
etc (Fig 14). Si no tiene -
a los animales presentes, se -
podrán usar estampas, dibujos -
o juguetes.

- 6) Hacer notar el ruido de -
algunos juguetes como, por -
ejemplo: matraca, caja de -
música, sibátos, etc.
- 7) Tocar instrumentos musica -
les y hacer notar sus sonidos -
por ejemplo: tambor, fauta, -
guitarra, etc (Fig 15).

- 8) Hacer notar las voces de -
las personas que se encuentran -
a su alrededor, acercándose -
a el y colocándose a su vista.



(Fig 15).

NOTA: Después de mostrado el -
sonido será muy importante que -
el adulto repita el mismo soni -
do cerca del niño utilizando -
los objetos y animales que se -
tengan en casa.

II Cómo poner alerta al niño al sonido.

Objetivo: Que el niño se interese, esté atento y que localice el sonido.

Ejercicios:

1) Enseñarle de dónde proviene la fuente sonora, por ejemplo: ir con el niño y mostrarle donde fué el portazo. (cualquier sonido).

2) Demostrarle que objeto produjo el sonido; por ejemplo: enseñarle la puerta y repetir el portazo.

3) Enseñarle a experimentar el sonido; es decir, hacer que el niño dé el portazo y e imite el sonido (Fig. 16).

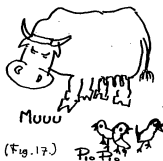
4) Enseñarle al niño a poner atención al sonido; en este caso enseñarle a esperar cuando se va a producir el portazo.



(Fig. 16).

III Discriminación gruesa.

Objetivo: Que el niño note la diferencia entre el sonidos y ruidos ambientales.



(Fig. 17.)

1) Distinguir entre sonidos que producen los diferentes animales (Fig 17). primero se dará la diferencia entre los sonidos; después tres, así aumentando sucesivamente por ejemplo:
Vaca- Pollo Muuu- pío, pío.

2) Distinguir entre sonidos de transportes, sonidos ambientales y juguetes de sonidos muy diferentes.
Tren- Coche uuu-pipi.

Puerta- Teléfono toc-toc-rin-rin

3) trabajar el ritmo con las tres velocidades, lenta, media y rápida, con instrumentos musicales y/o animales y/o utensilios del hogar.

(Fig 18). Ejemplo:
Choque de cuchara con una cacerola.

Ta---ta' ta--ta ta,ta,ta.

(lenta) (media) (rápida)



(Fig. 18).

4) Notar la diferencia entre -
dos intencidades, fuerte y -
quedo con instrumentos musi -
cales y/o animales y/o uten -
slios del hogar y/o ruidos -
ambientales. (Fig 19).

Cochino:
OINC,OINC oinc,oinc.
(fuerte) (quedo).

Guitarra:
TRAN,TRAN tran,tran.
(fuerte) (quedo).

Taconeo:
TAC,TAC tac,tac
(fuerte) (quedo).

IV Discriminación fina.

Objetivo: El niño distinguirá -
la voz y ruidos parecidos -
entre sí, aumentando poco a -
poco el número de sonidos.

Ejercicios:

1) Lograr que el niño mani -
fieste la diferencia al oír -
palabras y frases tales como:
¡ Bravo! (aplausos), adios -
(mover la mano), vámonos -
(tender los brazos y ejecutar
la acción de irse).

NOTA: Usar frases y palabras -
con las que el niño esté más -
familiarizado, Ejemplo ! Adios
papa ;

2) Distinguir entre voz y -
utensilios del hogar (Fig 20).
Por ejemplo: golpes de trastos -
voz.
Trás, trás- aa.

NOTA: tratar de usar realmente -
utensilios del hogar.

3) Distinguir entre sonidos -
de instrumentos musicales y -
voz. (Fig 21) Por ejemplo:

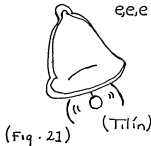
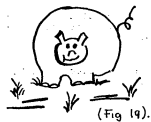
campana-voz tiiín, tiiín,eee

4) Lograr que note la dife -
rencia entre ritmos y/o -
golpes de voz sencillas de -
uno, dos y tres sílabas por -
ejemplo:

pa- 'papa.
papa' pa.
pa- papapa.
papapa- pa.

5) Notar la diferencia entre -
velocidad lenta y rápida -
usando vocalización y balbu -
ceo (Fig 22). Por ejemplo:

pa pa pa pa- papapapa
(lenta) (rápida).



Pa - Pa.
pa, pa, pa.
(Fig 22)

BRAVO!

6) Notar la diferencia entre velocidad media y rápida usando vocalización y balbuceo por ejemplo:

pa pa pa pa - papapa
(media) (rápida).

7) Combinar las tres velocidades con balbuceo y vocalización por ejemplo:

pa pa pa, papapa pa pa pa
(lenta) (rápida) (.media)

8) Notar la diferencia entre dos intensidades, fuerte y - quedo, usando balbuceo y - vocalización (Fig 23).
Por ejemplo:

AAAAAA aaaaaa
(fuerte) (quedo).

(Fig 23)



ORIENTACION FAMILIAR.

Dentro de la rehabilitación del niño hipocúsico, es muy importante la participación activa de ustedes, los padres quienes estando enterados sobre el problema de su hijo deben recibir guía y orientación para poder comprender mejor este problema y así ayudar a su hijo en la rehabilitación, para que éste más adelante, se logre valorar si mismo dentro de la sociedad a la que pertenece.



Para lograr que esta participación sea la mejor para su hijo, es necesario que ustedes hayan recibido una adecuada explicación sobre el problema del niño por parte del audiólogo y después por la terapeuta o maestro (Fig-24). La cual tratará de aclarar las dudas que tengan y al mismo tiempo explicará los beneficios que el uso de un auxiliar auditivo da, así como su cuidado y mantenimiento.



(Fig-24)

Antes que nada, debemos estar -
conscientes sobre las limita -
ciones y posibilidades del -
niño y aceptarlo para que así -
también los demás lo acepten.

De la buena aceptación, com -
prensión, cooperación de la -
familia hacia el niño se -
logrará su total unión a la -
misma, evitando así, tanto una -
barrera en su rehabilitación -
con problemas emocionales.

El hogar da al niño la base -
de la socialización. Si la -
familia es entusiasta el niño -
pronto participará dentro de -
sus actividades. (fig 25).

La mayoría de los niños con -
falta de audición pueden desa -
rrollar gran parte de las -
actividades y oficios humanos -
y no hay razón para que no las
desarrollen al máximo.



El niño hipoacúsico obtendrá -
grandes beneficios al entrar -
al jardín de niños y después a -
la escuela primaria y así -
sucesivamente (Fig 26).
teniendo la oportunidad de -
convivir con niños de su edad -
los cuales tienen los mismos -
intereses, deseos y necesidades
que él.

Debemos considerar que es un -
niño y tratarlo como tal, de -
una forma normal evitando la -
sobreprotección o al contrario
el abandono.

Es muy importante que exista -
una buena comunicación entre -
el niño y sus padres, así como
entre los padres y el terapeuta
o maestro y demás personas -
que trabajan y conviven más -
cerca del niño.

De la buena educación que -
reciba en el hogar, dependerá -
que el niño se desenvuelva -
adecuadamente dentro de la -
sociedad.

Debemos aprovechar todas las -
oportunidades que se nos -
presentan para la rehabilita -
ción del niño, como por ejemplo:
la hora de la comida, de bañarse
y demás actividades de la
vida diaria (Fig 27).



(Fig. 27)

La motivación juega un papel -
muy importante; debemos motivar
al niño para que oiga, y de -
esta manera, trate de participar
en las actividades familiares.



(Fig. 28)

Es muy importante que el niño
use el auxiliar el mayor -
tiempo posible, así como el que
esté expuesto a toda clase de
sonidos ambientales incluyendo
la voz, para que se familiarice
con ellos y trate de usar él -
mismo su propio lenguaje.
(Fig 28).

Siempre se debe de estimular -
al niño para que responda con
su voz.



El niño debe sentirse amado y
aceptado para lograr una -
estabilidad emocional, y así -
poder desenvolverse satisfacto
riamente en su medio ambiente.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO.

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS
PROFESIONALES ACATLAN.

ELABORADO POR:
MARCELA BRAVO TORRES COTO.

1994.

CAPITULO 4

LA MODIFICACIÓN DE CONDUCTA EN LA REHABILITACIÓN DEL NIÑO HIPOACÚSICO

La teoría conductista es muy amplia, va desde la asociación Estímulo-Respuestas y el conexionismo de Thorndike, donde se enlazan ciertas respuestas específicas con estímulos dados; con Watson y su conductismo con conceptos de física y química, utilizando experimentación con animales como también Pavlov; hasta Skinner con el condicionamiento operante a partir del cual se va a poder modificar una conducta introduciendo un término, "el reforzador". (29)

Se van a explicar los términos más relevantes del conductismo a través de la modificación de conducta a partir de un programa de repertorio conductual básico (imitación) y otro de conducta verbal (control ecoico). Los términos importantes no utilizados en los ejemplos se definirán posteriormente.

La modificación de conducta no es más que la parte aplicada de la psicología experimental, sus métodos se han derivado principalmente del análisis de la conducta animal y humana en el laboratorio, análisis en el que ocupan un lugar prominente las técnicas del condicionamiento operante y pavloviano y cuyo fundamento teórico

(29) Bigge, L. Morris, Teorías del Aprendizaje para Maestros. p.p. 69-80, 370-372.

ha de buscarse en las obras de B.F. Skinner, I.P. Pavlov y J.R. Kantor.

La modificación de conducta "es un conjunto de técnicas muy diferentes que se han aplicado, y se aplicarán, a la solución de problemas de conducta en los campos de la educación, la psicología clínica, la educación especial y la rehabilitación".(30)

El rasgo común de todos estos procedimientos es la estructuración sistemática de las condiciones ambientales para cambiar la conducta del sujeto, es decir, para establecer, mantener, transformar o eliminar repertorios conductuales. La modificación de conducta es entonces un procedimiento de enseñanza.

En lo que respecta al problema que nos ocupa, el estudio experimental de casos de retardo y la aplicación de la modificación de la conducta a la rehabilitación del retardo, se iniciaron en la década de 1950 con trabajos de investigadores como S.W. Bijou, N.R. Ellis, F.L. Girardeau, T. Ayllon entre otros, quienes utilizaron los principios del condicionamiento operante (incremento en la probabilidad de una respuesta operante, como consecuencia de la operación de reforzamiento [Skinner, 1970]) para establecer diferentes conductas en retardados, o para estudiar las características del retardo. Estos estudios demostraron que el condicionamiento operante era una herramienta poderosa, capaz de eliminar problemas de conducta en

(30) Galindo, E. Modificación de Conducta en la Educación Especial. p. 22.

sujetos que los habían padecido durante años. Los trabajos publicados han tenido objetivos diversos y han empleado diferentes procedimientos, han incidido en todo tipo de sujetos retardados, se han realizado en todos los ambientes en los que es posible trabajar con estos pacientes (en el hogar, el taller, la educación especial, la escuela y el hospital), y han recurrido a menudo a entrenamiento de las personas que rodean al afectado (familiares, maestros, compañeros, profesores y paraprofesionales) para que colaboren en la rehabilitación.

El objetivo de la aplicación de los programas es lograr la independencia del retardo en cuestiones de cuidado personal, eliminar la estimulación aversiva que genera y recibe en su medio, lograr su integración al medio familiar y social, y pugnar, en los casos en que esto sea posible, por su vinculación al Sistema Educativo.

4.1. PROGRAMAS DE REPERTORIOS BÁSICOS (IMITACIÓN).

Estos repertorios generalizados son la base para la adquisición de otras conductas. Son repertorios básicos la atención, la imitación y el seguimiento de instrucciones.

Programa de Imitación Generalizada

Existe un procedimiento para fomentar la adquisición de una nueva conducta: es la de imitación. En general, puede utilizarse

únicamente con sujetos que poseen un repertorio conductual mínimo previo.

En la imitación hay tres aspectos importantes: "a) la semejanza entre la conducta del sujeto imitador y la del modelo, b) la relación temporal entre otras conductas, y c) la omisión de instrucciones explícitas para el sujeto que emite la conducta".(31)

Es importante aclarar que no es indispensable que las dos conductas sean iguales o idénticas. Es suficiente con que se parezcan. Además, para que consideremos imitativa la conducta del sujeto, debe existir una relación temporal estrecha entre la conducta del modelo (o estímulo) y la conducta del sujeto.

Una respuesta o conducta es imitativa cuando no es forzoso dar instrucciones explícitas para que sea emitida. La respuesta ha de producirse por sí sola ante la simple presencia de la conducta del modelo, y es aquí precisamente, en donde radica una de las grandes ventajas de la imitación como procedimiento para la adquisición de repertorios nuevos.

La imitación constituye un procedimiento mediante el cual la conducta del sujeto se coloca bajo el control topográfico (formal) y temporal que brinda la conducta de otro sujeto que funciona así como modelo.

(31) Ribes Iñesta, E. Técnicas de Modificación de Conducta, su Aplicación al Retardo en el Desarrollo. p. 32.

"El objetivo fundamental de un programa que busca establecer un repertorio imitativo de apoyo es poder controlar las respuestas imitativas generalizadas mediante la sola presencia de la conducta del modelo sin necesidad de recurrir a formas adicionales de estimulación ('Dí ____' o 'Haz ____'). Si un sujeto posee un repertorio imitativo generalizado, adquirirá automáticamente numerosas conductas sin necesidad de una programación explícita."(32)

Un segundo aspecto importante en relación de una conducta imitativa es su relación temporal con el estímulo. Una respuesta se considera imitativa cuando se está seguro de que aparece ante el estímulo correspondiente, producido por la conducta del modelo. (Se denomina estímulo a la causa o explicación de un suceso, dicho estímulo provoca una respuesta).

Para que se logre la respuesta imitativa es necesario que se dé inmediatamente o en un lapso relativamente breve. Es decir, debe haber una correspondencia temporal entre el estímulo (conducta del modelo) y la respuesta (imitación de dicha conducta).

El tercer aspecto importante es en relación a la conducta imitativa en su semejanza topográfica con la conducta que duplica.

Topografía: "conjunto de propiedades físicas que definen la geografía de una conducta".(33)

(32) Ibidem, p. 104.

(33) Galindo, E. Op. cit. p. 312.

Una respuesta es imitativa cuando cumple con los requisitos previos y guarda una relación de similitud, en su topografía, con la conducta del modelo que funciona como estímulo. La conducta del sujeto puede ser idéntica o semejante a la del modelo mientras ambas presentan características físicas comunes.

Una conducta imitativa admite una triple relación de contingencias "entre la conducta del modelo, el estímulo discriminativo, la conducta del que imita, la respuesta y un reforzador natural".(34) Tómesese en cuenta que la conducta obtenida sea similar ala del estímulo, si no es similar no se refuerza.

También se espera con el programa restablecer un repertorio generalizado.

"Un repertorio en el cual las nuevas respuestas, definidas funcionalmente como conductas bajo control discriminativo equivalente, se establecen sin necesidad de reforzamiento".(35) La imitación generalizada se manifiesta cuando, después de reforzar una serie de respuestas imitativas, se logra y mantiene la respuesta imitativa sin reforzamiento.

Para llevar a cabo el programa, se establecen dos tipos de repertorios: de entrada y terminal.

(34) Ribes Iñesta, E. Op. cit. p. 105.

(35) Ibidem, p. 106.

En el repertorio de entrada se establecen los requisitos para llevar a cabo el programa, es decir, la capacidad física del sujeto para emitir las conductas del programa.

El repertorio terminal describe la finalidad del programa en donde el sujeto pueda desarrollar la imitación a partir de una lista de 39 conductas que componen el programa y 5 respuestas sin reforzamiento alguno. (El reforzamiento es una recompensa para el sujeto).

Descripción del programa. El programa está compuesto por 39 conductas y una serie adicional de otras 5 que se tomarán como prueba.

Procedimiento de aplicación. Para llevar a cabo un programa, se requieren de los siguientes pasos como:

Línea base. "El número o porcentaje de respuestas que el sujeto pueda imitar entre las primeras quince conductas de la anterior listas".(36)

"El programa se inicia con la presentación del estímulo (1) y se dejan cinco segundos para que el niño la imite. Si no lo hace, se le otorgará un instigador físico. Se vuelve a poner el modelo, se instiga físicamente y se refuerza inmediatamente después. Lo mismo se hará en la respuesta."(37)

(36) Skinner, B.F.; Holland, J.G. Análisis de la Conducta. Texto Programado. p. 178.

El siguiente paso del programa es la reducción gradual de los estímulos instigadores.

Cuando el sujeto ya responde imitativamente sin instigadores, deberá empezarse a reforzar diferencialmente la respuesta a fin de que sea lo más parecida posible.

El reforzamiento se administrará de modo continuo (RFC), es decir, se reforzarán todas y cada una de las respuestas.

Cuando ya se han emitido las 39 conductas con reforzamiento continuo, se refuerza de manera intermitente. Es decir, se reforzarán como el ejemplo RF2 las respuestas a conductas (2, 4, 6, etc.), después bajo RF4 (4, 6, etc.) hasta RF39, sólo la respuesta 39 se reforzará.

Se probará el repertorio imitativo generalizado presentando los estímulos correspondientes a las cinco conductas que se agregan al programa. El sujeto deberá imitarlas sin reforzamiento, sin estímulos instigadores. De no hacerlo así, se extenderá el programa mediante una serie nueva de conductas.

Para la forma de registro, se utilizará una hoja cuadriculada con fecha y nombre del que registra. En la parte superior de una hilera de cuadros se anota el programa de reforzamiento utilizado, ejemplo (RFC, RF, ____), y en cada cuadro se pone el número de la

respuesta del programa (1, 2, ..., n) acompañado de una palomita si fue imitada correctamente o de una cruz si no lo fue. En caso de haber sido imitada correctamente, se agrega una i como índice inferior para señalar que se instigó la respuesta o una d para indicar que se comenzó a desvanecer la instigación.

4.2. PROGRAMAS DE CONDUCTA VERBAL.

Los programas de lenguaje están presentes en una gran mayoría de los individuos que sufren de retardo en el desarrollo y forman una amplia gama que va desde la ausencia total de repertorios verbales, en los sujetos profundos, hasta las dificultades de vocabulario y gramaticales, en los superficiales pasando por la dislalia, la tartamudez, las dificultades de articulación, etc., que pueden afectar a todo tipo de sujetos.

El enfoque conductual estudia el lenguaje desde fuera observando los efectos y las causas de los actos verbales y buscando las leyes que los rigen; para esto parte de una premisa fundamental: "el lenguaje no es una entidad abstracta, sino una forma de comportamiento que, como tal, puede analizarse".(38)

La conducta verbal se diferencia de otras conductas en que se establece y se mantiene a través de otra persona que ha sido entrenada para desempeñarse como mediadora. Esto significa que para

(38) Galindo, E. *Op. cit.* p.p. 111-112.

que una conducta sea verbal no tomamos en cuenta una forma o topografía específica. De esta manera son conducta verbal no sólo la conducta vocal, sino también la escritura, los gestos y otros movimientos corporales; no obstante, los programas se dedican principalmente a la conducta vocal por ser la más representativa y la más común.

El programa de conducta verbal puede subdividirse en cinco programas parciales, referidos a problemas funcionales particulares, como son: a) ecoico, b) de articulación, c) de entendimiento, d) de pausas, y e) de intensidad. Sin embargo, nos enfocaremos solamente al programa de control ecoico, ya que está vinculado al establecimiento de un control imitativo apropiado sobre la emisión verbal.

Programa de Control Ecoico

Este programa se aplica a sujetos no verbales o a aquellos que poseen un control ecoico defectuoso (por ejemplo, ecolalia); los objetivos del programa pueden ser diversos, ya que dependen de cada caso particular.

"Es recomendable que se posea un repertorio discriminativo auditivo (cuando menos en la primera sección del programa de discriminación auditiva), y repertorios de tipo imitativo y de control instruccional".(39) Si el sujeto no posee estos últimos repertorios de

(39) Ribes Iñesta, E. Op. cit. p. 160.

entrada, será necesario entonces incluirlos como parte del programa de conducta verbal.

Para el establecimiento de un repertorio inicial bajo control ecoico, se utilizan los siguientes procedimientos:

- a) Imitación de la disposición adecuada del aparato fonador para la emisión de vocales simples (abrir la boca en forma adecuada para emitir la "a", sin que se produzca el sonido).
- b) Imitación de la disposición motriz del aparato fonador más la emisión del sonido.

En esta primera etapa, no es necesario que dicho sonido sea idéntico al que se pretende reproducir, desde el punto de vista de su topografía, ya que posteriormente puede refinarse mediante un reforzamiento inicial.

En los casos en que el sujeto, a pesar de disponer de una posición adecuada del aparato fonador, no emita el sonido, deberá utilizarse la instigación física, que en este caso sería apretarle la boca para que emita el sonido deseado; o cualquier otra forma de instigación que favorezca la emisión de cualquier sonido. Posteriormente, se refinará la topografía y se le pondrá bajo control imitativo.

En sujetos que se encuentran con niveles muy profundos de retardo y que no emiten ningún sonido, ni siquiera con instigación física, lo más importante será evocar, con cualquier medio disponi-

ble, una frecuencia inicial de vocalización, sin tener en cuenta su articulación o discriminabilidad.

En este caso puede utilizarse un sistema de ampliación del sonido, que permita al sujeto recibir un feed-back inmediato de su respuesta, además puede irse elevando gradualmente el criterio de intensidad y discriminabilidad de la emisión hasta que se hayan moldeado uno o dos sonidos distintos. Sólo entonces puede procederse a colocarlos bajo control imitativo.

- c) Una vez que el sujeto imite las cinco vocales, se pueden establecer sílabas compuestas de una vocal y una consonante.
- d) Este último paso consiste en encadenar las sílabas para formar palabras y posteriormente oraciones.

Sin embargo, es recomendable utilizar como línea base el porcentaje de palabras que el sujeto puede repetir antes de iniciarse el programa. En tal sentido, se pasará de una respuesta a otra cuando se emita la misma diez veces consecutivas, que se encuentren correctas y sin ningún apoyo. Al término del programa el sujeto debe alcanzar un 100% de eficiencia.

Se deben registrar los errores cometidos por sesión y el uso de procedimientos imitativos o de instigación física.

Por otra parte, debe reforzarse cada respuesta al comienzo del programa e ir variando el uso de reforzamiento par lograr efectos

más positivos socialmente al alcanzar las partes terminales del mismo.

A continuación, términos importantes no utilizados en los programas descritos con anterioridad.

Aproximaciones sucesivas: "el cambio gradual del criterio para conseguir la forma de respuestas que será reforzada";(40) es decir, se moldea la conducta a partir de las respuestas o conductas que se necesiten para que se logre totalmente.

Primero es necesario que se distinga la conducta final que deseamos obtener, segundo se debe elegir una conducta más amplia y posteriormente se le reforzará en seguidas ocasiones hasta que se presente con frecuencia.

Tipos de programas. Son cuatro los programas: de razón fija, de razón variable, intervalo fijo e intervalo variable.

Programa de razón fija: es cada vez que el sujeto cumple con el criterio que se ha establecido, es decir, se van a reforzar según el número de respuestas.

Programa de razón variable: se refuerza en diferentes respuestas dadas variablemente, es la suma de las distintas respuestas.

(40) Skinner, B.F.; Holland, J.G. *Op. cit.* p. 24.

Programa de intervalo fijo: se refuerza la respuesta dada en un tiempo fijo, cuando se establezca un valor en segundos o minutos, se reforzará la primera respuesta que dé el sujeto.

Programa de intervalo variable: se refuerza en un tiempo no fijo, se eligen diferentes intervalos de duración diferente.

Un programa múltiple es el que presenta dos o más de los programas mencionados con anterioridad.

La extinción es "el proceso mediante el cual el estímulo condicionado pierde su poder de provocar la respuesta condicionada".(41)

Estímulo condicionado es el que es capaz de provocar una respuesta después del condicionamiento. Una respuesta condicionada es dada por un estímulo condicionado, es decir, con anticipación.

Otros términos importantes dignos de tomarse en cuenta son: el reforzamiento negativo y positivo.

El negativo: consiste en eliminar los estímulos aversivos, es decir, cuando el sujeto dé la respuesta, desaparezca el estímulo aversivo y ésta respuesta sea más probable en el futuro.

El positivo: es el aumento de la frecuencia de una respuesta, es decir, va a presentar estímulos.

(41) Skinner, B.F.; Holland, J.G. *Op. cit.* p. 28.

Estos reforzamientos tienen la característica de aumentar la probabilidad de la presentación de una respuesta.

Otro reforzador importante es el denominado generalizado "el cual depende de una privación específica".(42) Ejemplo: un movimiento de cabeza positivo, que reforzaría no sólo un tipo de respuesta, sino que se puede generalizar a diferentes tipos de respuestas.

Otros conceptos importantes son:

Estímulo discriminativo: "estímulo en cuya presencia la probabilidad de una conducta operante es elevada, porque anteriormente estuvo presente cuando fue reforzada" (Reynolds, 1968). El cual es la oportunidad para que las respuestas se refuercen. Es decir, cuando un estímulo está siempre presente, cuando es reforzada una respuesta y además cuando no se refuerza, la conducta se emite con mayor probabilidad entre dicho estímulo.

Estímulo Delta: en cuya presencia las respuestas no son reforzadas. Ejemplo: cuando con condicionamiento previo, un niño aprieta un botón para obtener una bolsa de dulces ante la presencia de un timbre con sonido agradable. El timbre es el estímulo discriminativo que permite el reforzamiento. Si aparece un ruido desagradable (estímulo Delta), no va a poder el niño obtener la bolsa de dulces, aunque apriete el botón (con el condicionamiento previo y no apretaría el botón).

(42) Skinner, B.F.; Holland, J.G. Op. cit. p. 90.

Los repertorios continuos y discretos se definen de la siguiente manera:

Repertorio continuo: son las respuestas parecidas que difieren poco unas de otras.

Repertorio discreto: donde las respuestas tienen pequeñas diferencias en lugar de continuas.

Finalmente, el castigo consiste en presentar un reforzador negativo después de una respuesta y retirar un reforzador positivo inmediatamente después de la respuesta. Después de un breve período de castigo, baja la tasa de respuestas, pero no se extinguen totalmente después de quitar dicho castigo.

CAPITULO 5

ANÁLISIS CONCEPTUAL Y METODOLOGICO DE LA ELABORACION DEL FOLLETO 'TU PARTICIPACIÓN ES IMPORTANTE PARA LA REHABILITACIÓN DE TUS HIJOS'

5.1. CRITERIOS BÁSICOS PARA EL ANÁLISIS DE PROGRAMAS DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA.

Para la realización del análisis de un programa, debemos contemplar cada una de las perspectivas históricas, filosóficas y psicológicas. Las cuales deben vincularse para la elaboración de programas, tomando en cuenta los propósitos específicos de la estimulación temprana, con base en lo que requiera el programa.

De esta forma se hace indispensable tener presente al curriculum como:

"Una serie estructurada de conocimiento y experiencias de aprendizaje que en forma intencional se articulen con la finalidad de producir aprendizajes que se traduzcan en forma de pensar y actuar frente a los problemas concretos que plantea la vida social y la incorporación del trabajo."(43)

(43) Pansza, Margarita. La Fundamentación de la Didáctica. Vol. I. Ed. Garnika. México, D.F., 1986.

Del curriculum se determina el qué y el cómo, se enseña implicando así la concepción de la realidad, el conocimiento del hombre y el tipo de aprendizaje en un lugar determinado.

Del curriculum parten los programas, existiendo cuatro núcleos o niveles disciplinarios en los cuales se apoyan: la epistemología, la psicología, la sociología y la pedagogía, las cuales deben estar relacionadas con un trabajo interdisciplinario.

Con base en lo anterior, se puede decir que bajo las bases de los modelos curriculares se encuentran integrados dos tipos de estructuras, una de tipo conceptual y la otra estructura metodológica.

Estructura conceptual con referencia a los fundamentos del desarrollo curricular

La primera pregunta que se debe formular en todo programas es: ¿Por qué? Basada en los fines o propósitos que se tengan en relación a la educación.

¿Para quién? Hacia quién va dirigido, con base en las características de la población, también toma en cuenta a las personas que se harán responsables para la realización de los programas.

¿Dónde? Que comprende lugar o lugares de aplicación, es decir, se toman las características geo-socio-culturales de la comunidad.

¿Cuándo? En relación a cada una de las actividades que se presentan en el desarrollo del niño, las cuales deben ser llevadas en forma continua y secuencial. Es decir, pretende la sincronización de las experiencias en cuanto a un tiempo o situación apropiada, tomando en cuenta que las actividades tengan una secuencia graduada con base en el proceso de desarrollo que sigue el niño.

¿Qué? Principales aportaciones para los contenidos de determinados programas. Es decir, los contenidos, objetivos, métodos, la estructuración, la orientación teórica y las necesidades administrativo-organizativas y de evaluación.

¿Cómo? Contenidos que deben ser congruentes con la práctica profesional. La especificidad de los objetivos perfectamente establecidos, métodos que se llevarán a cabo y todo aquello que se quiere lograr en el programa.

Se pretende la flexibilidad de los programas con referencia a determinados contextos sociales, una adecuada congruencia entre el enfoque teórico y los contenidos, así como cada uno de los conceptos.

En cuanto a la estructura metodológica, no se presenta aislada, sino que se vincula con la estructura conceptual.

La base esencial de la estructura metodológica se plantea con la pregunta ¿Cómo?. Son los aspectos relacionados con el contenido y el tiempo en que será administrado. Se refiere a la puesta en

marcha, tanto en la forma en cómo se presenta un programa curricular.

Otro elemento de suma importancia es el que se refiere a la evaluación sumaria: la cual se va a encargar de sumar el efecto total de un programa dado. Implica la orientación que tiene un resultado, como alguna forma de evidencia tangible, para indicar que ha habido un cambio.

La evaluación formativa es la que se utiliza y se lleva a cabo durante el proceso, pudiendo aplicarse a diversas variables como las técnicas instruccionales, la adecuación de materiales de aprendizaje, el ambiente donde se efectuará el programa.

Por tanto la evaluación sumaria como la formativa, se pueden emplear para tomar decisiones, ya sea para continuar o suspender un programa, para mejoras en las estrategias y en los procedimientos del programa, para iniciar programas similares en otros ambientes y para aceptar o rechazar la teoría de un programa.

5.2. ESTRATEGIAS Y RECURSOS QUE APOYEN LA PARTICIPACIÓN DE LOS PADRES EN LOS PROGRAMAS DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA.

El niño hipoacúsico es un ser que presenta disminución auditiva. Sin embargo no es carente de inteligencia ni de habilidades para el aprendizaje. Por ende, requiere de una rehabilitación. Para llevar

a cabo esta rehabilitación, o en su defecto modificar la conducta. Es indispensable contar con las aportaciones de la Teoría Conductual, la cual nos dice que a través del condicionamiento operante (incremento en la probabilidad de una respuesta operante, como consecuencia de la operación de reforzamiento [Skinner, 1970]). Estos estudios demostraron que el condicionamiento operante es una herramienta poderosa, capaz de eliminar problemas de conducta de los niños con retardo en el desarrollo o que presentan alguna disminución a través de diversos estímulos que refuerzan la mejor rehabilitación del niño con el apoyo del terapeuta y sus padres.

Se pretende lograr a través de esta rehabilitación que el niño sea un hombre feliz, ya que nace con capacidad de respuesta y facultad de aprender.

Por otro lado, se hace indispensable destacar la participación de los padres como un elemento fundamental para la elaboración del folleto.

El interés por la participación y la educación de los padres no constituye algo nuevo. Desde 1825 grupos de madres comenzaron a reunirse regularmente para discutir y estudiar la crianza de los niños.

En la década de los 20's y los 30's empezaron a surgir las primeras organizaciones que tomaban en cuenta a los padres de familia.

Posteriormente, en la década de los 40's la cooperación de los padres ha surgido como una estrategia vigorosa y popular de educación de padres de familia [Taylor, 1967].

Su propósito consiste en ayudar a los padres a aprender nociones relativas al crecimiento y desarrollo del niño normal, practicar conductas de crianza efectivas y clarificar sus propios valores acerca de la crianza infantil.

Su función consiste en reunirse semanalmente para hablar con ellos. Los instructores, en este caso los terapeutas, mostrarán las actividades diseñadas para promover el desarrollo del niño con la ayuda y cooperación de los padres.

En cuanto a la técnica de discusión en grupo, constituye otra estrategia de educación parental ampliamente utilizada. Se emplea como parte importante del modelo de cooperación paterna en guarderías y programas como Beneficio Inicial y de Ejecución Continua. Se considera un método efectivo para transmitir información que será de gran utilidad para los padres de familia en la crianza de sus hijos.

El coordinador o instructor debe definir el contenido y los objetivos de la sesión; es su responsabilidad compartir información y poseer un conocimiento básico acerca del área que ha de discutirse o asegurar que se halle presente una persona con esos recursos. El conocimiento y la habilidad del dirigente del grupo debe incluir la

capacidad para relacionar la información procedente de la teoría y la investigación, con las opciones específicas de práctica.

Por otra parte, Ira Gordon al realizar una revisión de la participación de los padres en la educación compensatoria rescató cinco niveles de participación:

1. La participación parental es mínima; los padres actúan como meros receptores de la información acerca del propósito y la realización de un programa.
2. El padre de familia participa como maestro del niño en el hogar o fuera del ambiente educativo regular (cabe mencionar que este nivel es el que más se adecúa a los fines de mi propuesta, que es la realización de un folleto informativo que contribuya como apoyo a los padres para rehabilitar a su hijo, por tanto es indispensable tomarlo en cuenta).
3. Los padres de familia participan como voluntarios en el programa.
4. El padre de familia participa como trabajador adiestro, y
5. Los padres participan en la formulación de la política del programa."(44)

El objetivo que se pretende es que los padres lleguen a participar en todos los niveles antes mencionados, tomando en cuenta las

(44) Stevens, King. Educación Temprana y Preescolar. p. 192.

necesidades, intereses y derechos que poseen los padres de familia, todo esto con el fin de que el programa para niños tenga una eficacia máxima.

Sin embargo, es necesario aclarar los términos de educación de padres y participación de los padres.

Educación de padres: "Se considera un tipo de participación de los padres; sin embargo abarca aquellas actividades que se encuentran en el segundo nivel. La meta de la educación de padres consiste en desarrollar destrezas, actitudes y conductas de crianza que optimicen el desarrollo del niño. Es decir, la educación de padres está constituida por aquellas actividades diseñadas para capacitar a los adultos a convertirse en mejores padres."(45)

Participación de los padres: "Señala aquellas estrategias que incluyen a los padres de familia en la planeación, aplicación y evaluación de los programas abarcando también las actividades de educación de los mismos."(46)

Sin embargo, Ira Gordon rescata la importancia que tiene la comunicación relativa a la realización y el contenido del programa, debe de proceder no sólo del maestro al padre, sino también del padre al maestro.

(45) *Ibidem*. p. 192.

(46) *Ibidem*. p. 192.

Por tanto, el intercambio de información que puedan generar los padres hacia los maestros son vitales para que esos programas sean eficaces.

Por otra parte, a través de diversos programas se ha visto la necesidad de que los padres de familia tengan voz y voto en cuanto a la participación en la política del programa, así como también en los servicios para los niños y sus familias. Como el Follow Through (de Ejecución Continua), que destaca la participación de los padres en la toma de decisiones. Es decir, los tipos de actividades que deben incluirse en un componente efectivo de participación de padres de familia en un programa de Head Start (Beneficio Inicial o de Ejecución Continua):

- a) Participación en el proceso de toma de decisiones relativas a la naturaleza y operación del proyecto por medio de un Comité de Asesoría Política.
- b) Participación en las actividades de salón de clases, de la escuela y de proyecto, como empleados asalariados, voluntarios u observadores.
- c) Contactos permanentes entre el hogar y la escuela.
- d) Actividades comunitarias y de educación paterna que los padres de familia han ayudado a desarrollar.

Por tanto estas actividades refuerzan la importancia de contar con un programa de participación parental que sirva para todos los niveles de la participación de los padres de familia. La toma de decisiones y la reglamentación constituyen funciones fundamentales de los padres, pero también es importante mejorar la efectividad de éstos como maestros en el hogar.

De tal forma que se hace indispensable la elaboración de un folleto. Su función consiste en transmitir una información, que es la acción y efecto de comunicar, debe ser real, clara y concisa.

Su objetivo: "Es el envío del mensaje transmitido por cualquier medio de comunicación a determinada persona o población, con el objeto que ésta responda a ciertas circunstancias o situaciones; la cual se compone de un texto que habla en forma general de lo que se está tratando y también da a conocer datos, fechas, disposiciones, etc."(47)

Esta información generalmente se envía de una manera codificada, audiovisual o gráficamente.

La información dada por medio de un folleto debe ser clara y concisa, como ya se mencionó con anterioridad, es decir, la expresión de la idea debe ser representada de tal forma que su significado pueda interpretarse fácilmente por quien reciba el mensaje.

(47) Murray, R. Manual de Técnicas. Barcelona, 1981. p. 41.

"Esta información se expresa por medio de un medio elegido, el cual puede ser estático, dinámico, fotográfico, representacional, simbólico o abstracto y produce en el receptor un efecto psicológico."(48)

En una primera instancia, el folleto se encuentra dirigido a los padres del niño hipoacúsico, ya que ellos por convivir con su hijo son los más indicados para brindarle apoyo y orientación en lo que se refiere a su rehabilitación y educación.

Por otro lado, también se encuentra dirigido a los niños que presentan alguna disminución auditiva o hipoacusia, con el fin de minimizar en la medida de lo posible toda su problemática en cuanto a factores de aislamiento, rechazo e inseguridad.

Su puesta en marcha se llevaría a cabo tanto en instituciones públicas como privadas, ya que las dos requieren de un instrumento que apoye las actividades programáticas de las mismas.

Así mismo, también en el tiempo que sea conveniente para dichas instituciones, es decir, con base en sus necesidades e intereses.

La participación paterna constituye una de las formas de atender a los niños. Tal estrategia es un complemento de otros esfuerzos,

(48) *Ibidem.* p. 42.

debido a que gran parte del tiempo de los niños se consume en el hogar.

Para (Coleman, 1966) afirma que el ambiente del hogar puede ser más influyente en términos de aprovechamiento escolar en los niños que las variables de la escuela o salón de clases.

De tal forma que la participación parental es una estrategia que se debe utilizar para promover el desarrollo óptimo del niño. Su propósito debe ser explícito para el niño y la familia respecto a sus propios objetivos y medios para alcanzarlos. Para lograr esto es necesario contrarrestar varios mitos:

a) Los padres pobres son padres malos.

Este es uno de los grandes mitos que se tienen. Sin embargo, los padres pobres no son padres malos, como lo manifiestan Baratz y Baratz: "Las madres proletarias pueden no ser inadecuadas, pero su estilo de enfrentamiento y sus estrategias de socialización pueden ser diferentes, es con ello que estos padres educan según su cultura, su ambiente socioeconómico." (49)

b) El aprendizaje de la crianza es asunto personal.

La crianza es una parte inherente de la función social de todos en diferentes etapas de la vida. Es decir que las personas con mayor experiencia (abuelos) pueden desempeñarse eficazmente como capa-

(49) *Ibidem*. p.p. 200-202.

citadores de los padres jóvenes. Sin embargo (Bronfenbrenner, 1973) sugiere que "todas las personas debieran participar en programas de educación para adultos durante la gestación de su primer hijo hasta los años preescolares y escolares del niño". (50)

c) Todos los padres tienen las mismas necesidades.

Otro de los mitos acerca de la educación paterna se refiere a que un tipo de programa satisfará las necesidades de todos los padres.

Creemos que no, ya que la participación paterna no puede atender directamente todas las necesidades educativas de los padres. Es con ello que se debe establecer un equilibrio entre sus recursos y las necesidades de los padres. Sin embargo es importante que la diversidad de necesidades e intereses de la población atendida se refleje en el contenido de ese componente.

Por otro lado, creemos que la preparación del escenario es básico, ya que las semanas iniciales del programa son fundamentales para el desarrollo de una actitud positiva hacia la comunicación entre el hogar y la escuela, con el fin de que el padre, hijo y maestro se conozcan y se comuniquen mejor, y evitar en lo posible el momento traumático de los primeros días de clase. Es decir, se admite al niño de manera gradual con la presencia del padre.

(50) Ibidem. p. 202.

En lo referente al delineamiento de las áreas apropiadas del programa de participación paterna, se deben considerar los siguientes aspectos:

Que los programas deben contemplar las habilidades y conocimientos básicos que tienen los padres para poder socializar al niño.

Este programa de participación paterna deberá proporcionar un servicio mediante técnicas de discusión en grupos, observaciones en el salón de clases, entrevistas individuales, visitas a los hogares y la participación en cuestiones políticas y legales del programa.

A menudo, los padres llevan y recogen a sus hijos inscritos en los programas. Estos períodos proporcionan excelentes oportunidades de dar al padre de familia cierta retroalimentación breve acerca de un avance del niño hacia una meta que ha estado trabajando el padre o el maestro.

También son preciosos estos momentos para que el maestro lleve a cabo una entrevista de cinco minutos con el fin de describir brevemente un área problema que ha manifestado el niño dejando abierta la posibilidad de continuar con una plática padre-maestro más formal.

Existen varios pasos importantes en la ejecución de una entrevista eficaz entre el padre y el maestro, es decir: a) la planeación, b) estructuración del ambiente y c) realización de la entrevista.

a) Planeación

Para la preparación de la entrevista, el personal académico debiera reunir cuidadosamente la información sobre el niño que ha de ser compartida con el padre antes de la entrevista, deben de incluir una evaluación clara del desarrollo intelectual, social, emocional y físico del niño.

Otro aspecto importante es la elección del sitio apropiado para la entrevista (a elección del padre). Es decir, los arreglos relativos al sitio de la entrevista deben ser acordados entre el maestro y el padre de familia. Confirmar de antemano al padre la hora y lugar donde se llevará a cabo la entrevista.

b) Estructuración del Ambiente

Si la entrevista se lleva a cabo en la escuela, hay que seleccionar un lugar tranquilo y privado; el lugar debiera ser iluminado, atractivo y tener ventanas, contar con sillas cómodas de manera que el maestro y el padre puedan verse mutuamente.

Si la entrevista es en el hogar, es importante que el padre comprenda que esa situación es oportuna para que él y el maestro analicen el programa del niño sin ninguna interrupción de los vecinos, ni permitir que otros niños se encuentren en la habitación.

c) Realización de la Entrevista

Después que el maestro y el padre se hayan instalado cómodamente, se sugiere que el maestro empiece la entrevista con las áreas en que el niño está mejor, es decir, la entrevista debe comenzar con una nota positiva. Posteriormente, el área problema será introducida breve y directamente.

d) Reuniones de los Padres de Familia

Existen varias ventajas en el hecho de concertar reuniones con los padres para analizar el programa. Las cuales proporcionan una oportunidad para la integración social del personal y las familias.

"Su propósito es lograr que los padres conozcan los objetivos del programa y proporcionar un foro para sus relaciones, brindar una oportunidad para la integración social y el establecimiento de relaciones entre el personal y las familias."(51)

Por otro lado, muchos modelos de educación y participación de padres de familia se han iniciado para mejorar el rol o papel del padre como maestro en el hogar, como agente de socialización y como el individuo que toma las decisiones. Sin embargo, para estos propósitos han surgido dos métodos eficaces para mejorar esa función pedagógica del padre: la consulta individual y la consulta en grupos; y una tercera es formar grupos de discusión.

(51) Ibidem. p. 215.

Otro aspecto importante serán las notificaciones por escrito dirigidas a los padres.

Boletines Escolares

"Los boletines constituyen una manera útil de comunicar una cantidad sustancial de información a los padres mediante un formato breve."(52)

Este también puede ser utilizado por el maestro para actualizar a los padres respecto al programa en el salón de clase, y para formular sugerencias relativas a actividades de aprendizaje en el hogar.

Por otro lado sirve para expresar agradecimientos a los padres de familia que han brindado algún servicio al programa.

En cuanto al entrenamiento de los padres como maestros en el hogar, los programas que se han centrado en la función del padre como maestro han empleado un modelo de consulta individual o un modelo de consulta en grupo.

"El modelo individual permite al consultor de padres de familia, trabajar con el padre y los niños respecto a sus necesidades individuales. Tal consulta ocurre por lo general en el ambiente del hogar, de tal manera que el consultor puede trabajar directamente

(52) Ibidem. p. 213.

con los padres en la estructuración activa de su hogar para el aprendizaje."(53)

El consultor es el apropiado para enseñar y fomentar los principios de esta autoimagen.

Sin embargo, una vez iniciado este cambio de autoimagen, es probable que su desarrollo adicional se pueda lograr más eficazmente por medio de un modelo de grupo.

"Las ventajas del método grupal radican en un sistema de apoyo entre padres de familia, es decir, se reúnen diversos padres para tratar problemas o soluciones en lo referente al programa o a sus propias familias. Estos padres pertenecen al mismo lugar geográfico, con las mismas características socioculturales y económicas, entre otras."(54)

Es así que el programa de participación paterna consiste en identificar los recursos de la comunidad que pueden prever entrenamiento en habilidades que trasciendan el papel del adulto como padre o como agente de socialización.

De esta manera, el folleto trata de responder a las necesidades apremiantes que manifiestan los padres.

(53) *Ibidem.* p.p. 229-230.

(54) *Ibidem.* p. 231.

De tal forma que el folleto consta de cuatro partes fundamentales que son: "La hipoacusia", "Aparatos auxiliares auditivos", "Orientación basada en ejercicios y actividades que se puedan llevar a cabo en casa" y "Orientación familiar".

En cuanto a "Hipoacusia", se pretende dar a conocer sus características, causas y tipos.

En el tema de "Aparatos auxiliares auditivos", se hace indispensable describir qué es un auxiliar auditivo y sus tipos.

"La orientación basada en ejercicios y actividades que se puedan llevar a cabo en casa", pretende apoyar al niño a la concientización del sonido, a la discriminación gruesa y fina.

Por último, la "Orientación familiar", pretende que los padres participen en la rehabilitación de su hijo contando con los elementos básicos para apoyarlos en su educación.

Todo esto con el propósito de que el folleto sirva en un curso de sensibilización como material informativo en el área de la hipoacusia.

En cuanto a su evaluación, ésta se llevará a cabo mediante:

El folleto se dará y se aplicará a través del curso de sensibilización como apoyo a éste, reforzando el área de la hipoacusia con una

duración de dos meses, una vez a la semana, durante dos horas al día.

A través de este folleto, los padres conocerán los elementos más indispensables y útiles para rehabilitar a su hijo en el hogar.

A través de visitas al hogar o de reuniones de grupos de padres de familia en instituciones, se evaluará si el folleto cumplió con su función de apoyar a los padres en la rehabilitación de su hijo. Es decir, que el visitador del hogar observará si realmente los padres adquirieron los conocimientos presentados en el folleto, así como también si los llevaron a la práctica en la rehabilitación de su hijo.

Finalmente, cada visita o reunión se les agradecerá a los padres por su cooperación y apoyo para la realización de este curso y por el empeño que ponen para rehabilitar a su hijo.

Sin embargo, para llevar a cabo lo anterior, es necesario señalar varios peligros inherentes al desarrollo de un programa de participación paterna. Al planear tal programa es importante e indispensable considerar: a) el fracaso de evaluar cuidadosamente las necesidades e intereses de los padres, b) el fracaso al igualar tales necesidades e intereses a los recursos del programa, c) el fracaso al seleccionar un personal competente para trabajar en el componente de participación paterna, d) la participación excesiva de los mismos padres, e) el fracaso al mantener la confidencialidad, y f) el fracaso al proporcionar reforzamiento por esfuerzos realizados.

a) Evaluación de las necesidades de los padres.

Para determinar lo que los padres desean aprender, consiste en hacerles preguntas al respecto. Una estrategia que ha funcionado en diversos ambientes es el uso del cuestionario escrito. En ocasiones, los padres pueden responder más fácilmente con algunos elementos de apoyo, como sugerencias de actividades en las que les gustaría participar.

De tal forma que un programa que refleje las necesidades y los intereses expresados de los padres, tendría más probabilidades de éxito.

Por otro lado, debería efectuarse una evaluación no sólo de las cosas que los padres desearían aprender, sino también de las áreas en que los padres ya poseen habilidades bien definidas.

b) La igualación entre los recursos del programa y las necesidades de los padres.

Esta igualación de recursos debe estar acorde con los intereses de los padres, así como del programa establecido por la institución.

Es decir, un coordinador de la participación paterna puede ayudar a los padres de un área dada a que compartan la responsabilidad del transporte y el cuidado de los niños con otros padres.

c) Selección del personal para el programa de participación paterna.

La selección del personal apropiado para el programa de participación de los padres es el factor más importante para su éxito.

De tal forma que se hace indispensable que un miembro del personal asuma la responsabilidad de coordinar a los padres de familia, es decir, esta persona deberá conocer perfectamente la comunidad en la que el programa se ubica.

Es importante que dicha persona muestre habilidades interpersonales, que sea capaz de trabajar con padres de familia, para-profesionales y profesionales, y que posea la habilidad para emplear la terminología educativa y poder traducir tales conceptos a un lenguaje sencillo. Todo esto con el propósito de ayudar a los padres a adquirir nuevas conductas.

d) Cómo evitar la participación excesiva de los padres.

A menudo los padres se ofrecen como voluntarios para colaborar o participar en el programa. Sin embargo, existen riesgos inherentes al hecho de que el coordinador siempre confíe en estos mismos padres, porque ya han participado en años anteriores. En ocasiones, tales padres pueden enajenarse de sus compañeros y comenzar a identificarse con el grupo profesional, esto puede constituir un peligro para los representantes de los padres en los grupos de formulación de políticas.

e) Preparación respecto al crecimiento y al cambio.

Un programa de participación paterna debe permitir el cambio. Es decir que por medio de la formación de grupos de padres que han adquirido experiencias a través de programas de visita a los hogares, que han sido voluntarios en los salones de clases, puedan ser entrenadores para los demás padres.

f) Mantener la confidencialidad.

Frecuentemente, cuando los padres asumen una responsabilidad progresiva en el programa, surgen preguntas acerca de cuánta información debiera permitirse compartir a los padres.

g) Suministro de Incentivos y Reforzamientos.

Es importante incorporar al programa una variedad de reforzadores para los padres tales como: agradecimiento verbal o escrito por su asistencia y colaboración, diplomas de reconocimiento a su desempeño y participación, comidas de agradecimiento para los padres que han trabajado como voluntarios, etc.

Por tanto, para mantener y expandir la participación paterna, los programas deben determinar cómo se puede reconocer y agradecer más efectivamente el esfuerzo realizado por los grupos de padres de familia.

De tal forma que el personal del programa puede moldear la conducta apropiada de los padres voluntarios, para lo cual debe analizar a los niños y a sus familias de una manera privada, constructiva, orientada a la meta. La información debe ser compartida por los miembros del personal únicamente con el logro de los objetivos del programa para los niños y las familias.

Finalmente teniendo como objetivo brindar a los padres información y orientación para que comprendan mejor la problemática de sus hijos y puedan así darles un trato y una educación adecuados.

- Los padres conocerán y comprenderán el significado del término hipoacusia, sus tipos y causas que la provocan.

- También obtendrán conocimiento de los diferentes tipos de auxiliares y su función.

- Conocerán diferentes ejercicios y actividades que trabajarán en casa y comprenderán el trato adecuado a través de la orientación para el niño hipoacúsico.

Finalmente, la participación de los padres de familia en los programas de estimulación temprana, resulta decisiva y fundamental si se pretende lograr un ambiente de continuidad cultural y personal entre el hogar y la escuela. La enseñanza temprana debe de apoyar y respaldar las relaciones primarias entre el niño y sus padres, con ayuda del maestro.

Por otro lado, la tarea del administrador consiste en ayudar a fortalecer los sentimientos de efectividad de los padres en relación con el desarrollo de sus hijos, así como en delinear alternativas y sus posibles efectos en el desarrollo de los niños; sin embargo, nuestra tarea no consiste en decidir por los padres cuál es la mejor manera de criar ni proporcionar un buen entrenamiento al respecto, sino que debe seguir siendo la de consultores y colaboradores.

CONCLUSIONES

Al dar a conocer los puntos más significativos de la problemática que presenta el niño hipoacúsico y sus padres, se observa la necesidad de colaborar en la realización de la propuesta de un folleto informativo sobre la contribución de los padres de familia al desarrollo del lenguaje de su hijo hipoacúsico con el fin de hacer saber los elementos indispensables de fácil manejo para apoyar a los padres e instituciones en la estimulación, rehabilitación y educación de su hijo.

Por otra parte, la detección temprana ayuda al restablecimiento de la relación entre el niño y quien esté en condiciones de brindarle asistencia para su desarrollo, sea éste un familiar o un grupo de trabajo interdisciplinario, teniendo como principal objetivo aclarar etiológicamente y diagnósticamente el daño auditivo y de ser posible tratarlo terapéuticamente.

El objetivo primario de la pedagogía, es introducir en el momento más temprano posible las medidas educativas adecuadas mediante las cuales se puedan aliviar las consecuencias de los daños auditivos o en casos de hipoacúsias ligeras o medias, evitarlas en gran parte. El tiempo tiene en este 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.

Por tal motivo es indispensable la participación y colaboración de los padres para reforzar la estimulación del lenguaje por medio de ejercicios y actividades que se emplean en el ambiente familiar, en la calle, escuela, etc., para que el niño los comprenda y aprenda.

En cuanto al asesoramiento temprano, comprende la totalidad de las indicaciones educativas a los padres. El especialista deberá realizar varias entrevistas con los padres con el propósito de conocer su historia familiar. El asesoramiento se verá apoyado en lo posible por documentos, fotos, películas, trípticos, etc.

Por otro lado, también los padres como maestros se verán apoyados y beneficiados a través de diversos elementos que colaboren y participen en los programas de estimulación temprana, los cuales son:

Los criterios básicos para el análisis del programa de estimulación temprana, teniendo como finalidad todos aquellos elementos útiles para la elaboración de dichos programas.

Así mismo, se describieron las estrategias y recursos que apoyan la participación de los padres en los programas de estimulación temprana; como alternativa para que los padres conozcan su función dentro de estos programas, así como también su forma de participación y colaboración para promover el desarrollo educativo de su hijo.

De la misma manera, se hizo indispensable proponer un folleto informativo que contribuya a formar parte de un curso de sensibilización como material informativo en el área de la hipoacúsia. Que pretenda proporcionar elementos que nos permitan llegar a las siguientes conclusiones:

El hogar da al niño la base de la socialización y de la buena aceptación, comprensión y cooperación de la familia hacia el niño, se logrará una mejor rehabilitación. Para obtener esto es indispensable que los padres conozcan a fondo el problema de sus hijos, para que así puedan proporcionarles un mejor trato y preparación para su vida futura.

Es preciso que tanto los padres como los hijos conozcan el auxiliar auditivo, ya que éste es indispensable en algunos casos para la rehabilitación del niño.

Es necesario que los padres tengan conocimiento sobre actividades y ejercicios que puedan llevar a cabo en su casa para que con esto el niño tenga un mayor apoyo en su rehabilitación.

El éxito en la rehabilitación del niño hipoacúsico requiere de lo siguiente:

- * Contar con el auxiliar auditivo requerido según el caso, conociendo su aplicación y buen cuidado.

* Contar con un maestro o terapeuta consciente y responsable de su actividad y gran sentimiento humanitario.

* Contar con una buena relación padres-hijos-hipoacúsico-familia-terapeuta.

El ilustrar el folleto ayudará a que los padres comprendan mejor los conceptos en él mencionados.

El hecho de proporcionar a los padres con hijos hipoacúsicos un folleto fácil y comprensible que los orientará sobre el problema de sus hijos, servirá para que ellos puedan aclarar muchas dudas e interrogantes al respecto.

Después de leer el folleto, los padres se mostraron más interesados y motivados para lograr la mejor rehabilitación de sus hijos, es importante ver cómo el conocer la situación de sus hijos y su posición frente a ellos ayudará a comprenderlos mejor.

BIBLIOGRAFÍA

- * Bigge, L. Morris.
Teorías del Aprendizaje para Maestros. Ed. Trillas, Méx. año 1975, pag 414.
- * Bricker, Diane D.
La Experiencia Temprana / Educación en Niños de Riesgo y Disminuidos.
Descripción de la población, Cap. 6, páginas 146-149.
1. Cabrera, M.E. y Sánchez Palacios.
Introducción. Qué es la Estimulación Precoz: un Enfoque Práctico.
México, D.F. (*)
- * Conceptos y Niveles de Prevención.
Grupo de Estudios del Nacimiento, A.C., páginas 29-32.
2. Darcy, M.C. Dale.
El Niño Sordo en el Hogar y la Escuela.
Ed. Instituto Nacional de la Comunicación Humana, página 304.
México, D.F.
Año 1981.
3. Davis, H. y Silverman, S.R.
Audición y Sordera.
Ed. La Prensa Médica Mexicana, página 702
México, D.F.
Año 1985.
- * Algunas lecturas y trabajos de estimulación temprana en el Módulo 2 carecen de información bibliográfica, debido a que no se proporcionó.

4. Durivage, Johanne.
Educación y Psicomotricidad.
Ed. Trillas, página 140.
México, D.F.
Año 1984.
- * Eventos Perinatales como Causa de Daño Neurológico
Dirección General de Educación Especial, páginas 1-7.
5. Fine, J. Peter.
La Sordera en la Primera y Segunda Infancia.
Ed. Médico-Panamericana, página 167.
Buenos Aires, Argentina.
Año 1977.
6. Galindo, Edgar et al.
Modificación de Conducta en Educación Especial: Diagnóstico y Programas.
Ed. Trillas, 4a. reimpresión, página 322.
México, D.F.
Año 1986.
7. Holland y Skinner.
Análisis de la Conducta.
Ed. Trillas, página 325.
México, D.F.
Año 1970.

8. Lowe, Armein.
Audiometría en el Niño: Implicaciones Pedagógicas.
Ed. Panamericana, página 198.
Buenos Aires, Argentina.
Año 1981.
9. Lowe, Armein.
Detección, Diagnóstico y Tratamiento Temprano en los Niños con Problemas de Audición.
Ed. Panamericana, página 139.
Buenos Aires, Argentina.
Año 1982.
10. Lowe, Armein.
Estimulación Temprana del Bebé Sordo.
Ed. Médico - Panamericana, página 56.
Buenos Aires, Argentina.
Año 1982.
11. Lutherman, D.
El Niño Sordo: Cómo orientar a sus Padres.
Ed. La Prensa Médica Mexicana, página 199.
México, D.F.
Año 1985.

12. López Tolsá, Ma. Isabel.
Estimulación Temprana.
Ed. Escuela Normal de Especialización, página 19.
México, D.F.
Año 1984.
13. Morgon, A.; Armand, Págin; Daudet, N.
Educación Precoz del Niño Sordo
Ed. Masson, página 102.
México, D.F.
Año 1984.
14. Murray, Ray.
Manual de Técnicas.
Ed. Gustavo Gill, página 320.
Barcelona, España.
Año 1983.
15. Nieto E., Margarita.
Algunas Lecturas y Trabajos sobre Estimulación Temprana.
Ed. UNICEF, página 128.
México, D.F.
Año 1981.
16. Nieto E., Margarita.
Anomalías del Lenguaje y su Correlación.
Ed. Cedis, página 181.
México, D.F.
Año 1988.

17. Pansza González, Margarita et al.
Fundamentación de la Didáctica, Vol. I.
Ed. Garnika, página 228.
México, D.F.
Año 1986.
18. Ribes Iñesta, E.
Técnicas de Modificación de Conducta.
Ed. Trillas, página 282.
México, D.F.
Año 1976.
19. Schmid Giovannini, Susana.
Habla Conmigo: Método para que Padres y Educadores Enseñen a Hablar a Niños con Trastornos Auditivos de 0 a 7 Años.
Ed. Kapelusz, página 129.
Buenos Aires, Argentina.
Año 1980.
20. Stevens, J. King E.
Educación Temprana y Preescolar.
Ed. Trillas, página 312.
México, D.F.
Año 1991.
21. Suría D., María.
Guía para Padres de Niños Sordos.
Ed. Delegación de la Cultura, página 255.
Barcelona, España.
Año 1974.