



**Universidad Nacional Autónoma de México**

---

**Facultad de Estudios Superiores Iztacala**

**La Población Infantil con Sordera**

T E S I S I N A  
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA  
P R E S E N T A ( N )  
**Montserrat Budar Rojas**

Directora: Lic. **Clara Bejar Nava**  
Dictaminadores: Lic. **Francisca Bejar Nava**  
Lic. **Julia Chimal Pablo**



Los Reyes Iztacala, Edo. de México

2009



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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 esta 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.

Si el día de hoy pudiera plasmar en estas líneas todo mi sentir por alcanzar este nuestro logro, sería un error ya que dicho sentimiento, al igual como lo que significan para mi cada unos de ustedes, simplemente es especial e interminable. Refiero nuestro logro, ya que en mi camino ustedes han sido parte fundamental para ver dilucidado este objetivo.

Comenzando por ustedes mis más cercanos y entrañables seres:

Bren

Pese a que sigo pensando que nuestra forma de ser es totalmente distinta, no se que hubiese sido si Dios no te hubiera dado la oportunidad de conocerme. Principalmente gracias por verme crecer, por darme un espacio en tu vida y corazón, por tus regaños y caminar a mi lado para poder llegar hasta aquí contribuyendo a mi enseñanza solucionando mis dudas con tu gran cariño.

Padres

Se que durante varios años han cuidado cada paso que doy, por lo que en este y en otros momentos les estaré profundamente agradecida. La vida nos ha dado altas y bajas, pero hoy es turno de este instante importante. Deseo externar que su fortaleza, madurez, sencillez e incomparable esfuerzo, apoyo y compañía frente a todo o todos es algo que no cambiaría por nada, se que quizá, tanto como yo tuvieron miedos, pero pese a ello el día de hoy se ve consumada mi formación como profesionista con lo cual, espero regresarles un poco de lo que me han dado y así ser mejor persona para ayudar también desde el ámbito profesional a esta sociedad.

Angie

Gracias por abrirme las puertas de tu mundo y permitirme conocer a tus apreciables padres y familia, a la cual quiero y respeto. Gracias por la humildad, cariño y cuidados. Por compartir este infinito, único y grato sentimiento, por demostrarme que el amor auténtico no sólo se cuantifica y triunfa en términos de éxitos socialmente bien vistos, sino que va más lejos de ello, por enseñarme a comprender que el miedo es ausente cuando realmente amas. Por ello y más agradezco el regresarle a mi corazón la fe y lealtad que yacían perdidas, para hacer nuestras grandes, inexplicables, irremplazables y maravillosas e interminables sensaciones.

Mi Dios y a ti mi Niña

Gracias por la vida, por darme aliento, sentimiento, alegrías, éxitos, tristezas y fracasos, porque debido a todo ello me doy cuenta que a cada instante intento ser mejor y sobre todo gracias por la sensatez para actuar de la mejor manera cuando siento que pierdo la calma, por escuchar todas y cada una de mis plegarias, por tomarme de la mano y guiar mi camino para llegar hasta aquí. Gracias por cada experiencia, simplemente son mis mejores ángeles.

Guillermo

Aunque no entiendas de esto gracias por esas noches de desvelo, pero no des fin a esto que aún falta mucho por recorrer.

A ustedes mil gracias por su amor.

A mis proveedores de enseñanza

Por brindarme no sólo sabiduría sino aunado a ello, apoyo, escucha y ánimo incondicional para seguir pese a las adversidades. Gracias por prepararme, por depositar en mi su confianza, así como la capacidad creadora y de servicio.

Lic. Mario

Cómo olvidarlo, se que esto también es de usted, Dios es el único que sabe por qué desea que la cantidad de ángeles aumente en su paraíso, deseo sepa que no por ello dejo de agradecerle lo que hizo por mi.

He llegado a comprender que no hay soluciones fáciles para problemas difíciles, que hay que luchar por lo que se quiere y que este es sólo apenas el comienzo de una vida. Mi gratitud es el prestigio que ante mis ojos ustedes han ganado, lo han conquistado con amor. Se que al paso del tiempo esto será uno más de nuestros tantos recuerdos, pero hoy deseo no olviden que aunque la vida se torne complicada, no hay barreras que no puedan derrumbar o fronteras que no se puedan alcanzar, mientras Dios nos preste vida todo es posible y alcanzable. Hoy también me siento feliz por mantener una existencia libre, responsable, pero sobre todo por aprender que no es lo que cuenta lo que tienes en la vida, sino a quien amas y tienes en ella, así que no pierdan la convicción de cada una de sus metas, cuiden de sí mismos hoy y siempre.

Les ama Mon

## ÍNDICE

	<b>Pág.</b>
<b>RESUMEN</b>	
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>1</b>
<b>CAPÍTULO I ¿Qué es la hipoacusia?</b>	<b>5</b>
1.1 Hipoacusia	7
1.2 Tipos de hipoacusia	8
1.3 Causas de la hipoacusia	12
<b>CAPÍTULO II Lenguaje en población con hipoacusia</b>	<b>17</b>
2.1 Definición de lenguaje	17
2.2 Desarrollo del lenguaje	19
2.3 Lenguaje y niño con hipoacusia	22
<b>CAPÍTULO III Interacción del niño con hipoacusia y el medio</b>	<b>26</b>
3.1 El niño con hipoacusia y la familia	26
3.2 ¿Cómo será la integración del niño con hipoacusia a la vida social?	45
3.3 Aspectos psicológicos de la hipoacusia	49
<b>DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES</b>	<b>63</b>
<b>REFERENCIAS</b>	<b>68</b>

## RESUMEN

El presente trabajo, se ha desarrollado como una revisión bibliográfica, a fin de describir las dificultades a las que se enfrenta la población infantil con hipoacusia, así como el desarrollo de su lenguaje.

En el primer capítulo, se hará un breve pero enriquecedor recorrido sobre la tarea de la que se encarga el área de Educación Especial en el ámbito de la hipoacusia; conociendo a la vez el concepto de dicha necesidad especial y de forma general hacer una aproximación a los conceptos, tipos y causas de la hipoacusia, ya que con dichas definiciones se ofrecen de cierta manera presentaciones más claras de la presente investigación.

En el segundo capítulo, se exponen desde el punto de vista de autores como Puyuelo (2002), Torres (1995), Marchesi (1991), Claude (1987), Flores y Berruecos (2003), la conceptualización del lenguaje, su desarrollo en el niño con hipoacusia, ya que se considera de sumo valor; tenga clara la importancia de dicho desarrollo como un instrumento decisivo para el niño con hipoacusia. Finalmente, el capítulo tres explica de manera breve, pero no por ello menos elemental un panorama de algunas de las tantas interacciones y dificultades a las que se enfrenta el niño con hipoacusia desde el entorno familiar, ya sea con la madre y/o el padre; cómo se da su adaptación social y las aportaciones desde el punto de vista psicológico, para que se comprenda más a fondo el impacto de no contar con los medios “normales” de comunicación que poseen los demás.

## INTRODUCCIÓN

La importancia de una orientación, intervención rápida y responsable en la población infantil con hipoacusia por parte de profesionales y padres de familia, debe hacer énfasis en que los problemas encontrados en dicha población no elimina la necesidad de una educación apropiada, especial y cuidados en el futuro, sin embargo, ello puede hacer posible el aprovechamiento de las oportunidades de educación para dicha población.

Cabe señalar, se empleará el término hipoacusia a lo largo de los capítulos que se presentarán posteriormente, ya que el término hipoacusia pretende prescindir connotaciones peyorativas, que términos como "sordo" o "sordera" pudieran traer adheridos.

Ahora bien, se sabe que el número creciente de profesionales relacionados con la población infantil con hipoacusia, comprenden que trabajando en conjunto se obtiene a mayor escala, una detección más rápida de los defectos auditivos, en consecuencia, se ha convertido en más útil e inmediata la concesión de una guía a los padres y la misma educación de los niños con hipoacusia (Harris, 1973).

El término Necesidades Educativas Especiales, refiere a todos los niños cuyas necesidades "especiales" derivan de las capacidades y/o de sus dificultades de aprendizaje. Durante mucho tiempo los problemas de las personas con discapacidades (capacidades diferentes) y/o Necesidades Educativas Especiales han sido agravados por la sociedad, que se fija más en la discapacidad más que en sus necesidades o en sus fortalezas (Damia, 2004).

La Educación Especial tiene como función promover el desarrollo psicológico de aquellos niños que no han logrado adquirir patrones de conducta adecuados a su edad y grupo social, bajo condiciones educativas en que han estado a lo largo de su vida. Por ello, la Educación Especial consiste en la evaluación de las condiciones en que se ha desarrollado cada niño, en valorar los diversos factores personales y ambientales que pudieran desviarse de la norma social y en diseñar estrategias de intervención, que lleven al niño a la adquisición de las habilidades conductuales de las cuales carezca.

Guevara, Ortega y Plancarte (2005), indican que la Educación Especial se distingue de la educación normal en tres aspectos fundamentales:

1. En el tipo de estudiantes a los que va dirigida, porque aquí se trabaja con niños con retardo en el desarrollo, con limitaciones físicas o con Necesidades Educativas Especiales.

2. En el sistema de instrucción, porque el carácter específico de cada "caso", de cada niño que ingresa a la Educación Especial, obliga al psicólogo y a otros profesionales a utilizar formas específicas para: prevención, detección, evaluación, instrucción, trabajo con familiares, maestros, diseño de ambientes y materiales de instrucción.

3. En el currículum, porque los contenidos de instrucción de cada niño deben ser diseñados de manera individual. Esto con el fin de cubrir las necesidades específicas del desarrollo psicológico que cada niño tenga. De hecho, dentro de la Educación Especial se trabaja frecuentemente con programas para desarrollar conductas que los niños normalmente desarrollan en sus hogares, mediante la educación informal que los padres imparten. También existen casos en los que un currículum normal de educación formal (por ejemplo, de primer grado de primaria) es adaptado para que un niño en particular desarrolle habilidades académicas que no ha podido desarrollar en la educación regular (Guevara, Ortega y Plancarte, 2005).

Ahora bien, la espera de un hijo casi siempre se acompaña de ilusiones y esperanzas. Para los padres, el recién nacido es igual o quizá mejor que los demás niños; lo contemplan más hermoso, más pequeño, más delgado o más rubio, pero lo importante es que es hijo de ellos y que está presente. Los primeros días del niño con hipoacusia transcurren de manera normal: el niño llora si algo le duele, si tiene hambre, frío o si está incómodo. En el principio de su vida, su sueño es muy prolongado; luego se reduce poco a poco hasta convertirse sólo en una siesta matutina o vespertina. El niño ríe ante algunas situaciones que le agradan y ya no sólo de modo reflejo. Sin embargo, llega el momento en que los padres advierten algunas anomalías en su comportamiento; se dan cuenta de que después del balbuceo normal, de pronto, su desarrollo se detiene. Observan también que cuando cae un objeto pesado o se cierra



bruscamente una puerta, el niño parece indiferente. Muchos padres acuden entonces con el médico.

Por desgracia, numerosos pediatras no dan a dicho comportamiento la debida importancia y dicen a los padres que esto es resultado de actitudes pasajeras, que el niño llegará a responder y a adquirir su lenguaje normalmente. No obstante, el tiempo pasa y las predicciones del médico no se cumplen. La ausencia de respuestas frente a la estimulación auditiva se nota básicamente cuando el niño empieza a caminar y en su marcha incipiente no responde ni voltea cuando sus padres lo llaman. Cuando se confirma la presencia de una falla auditiva, los padres adoptan actitudes muy diversas: se aíslan o aíslan al hijo y no permiten su incorporación social normal, al no encarar la situación con el valor y la calma necesaria (Flores y Berruecos, 2003).

Aunado a lo anterior, las características que destacan de manera inmediata en un niño con hipoacusia, es la dificultad para comunicarse con el mundo que le rodea. Es decir, cuando vea a un niño con hipoacusia o tenga contacto con él, lo primero que piensa es que va a tener problemas para comunicarse. Esto es cierto, probablemente va a tener problemas de comunicación con él y él los va a tener con usted. Esto último que carece de redundancia, se explica si tiene en cuenta, que el niño con hipoacusia no va a experimentar los mismos problemas de comunicación, si se encuentra ante una persona oyente que ante otra persona con hipoacusia: la diferencia es abismal. Frente a otra persona con hipoacusia, el niño es capaz de llegar a niveles de comunicación sumamente eficaces y complejos (Torres, Rodríguez, Santana y Gonzales, 1995).

Es por anterior que en el primer capítulo del presente trabajo, se hará un breve pero enriquecedor recorrido sobre la tarea de la que se encarga el área de Educación Especial en el ámbito de la hipoacusia; conociendo a la vez el concepto de dicha necesidad especial y de forma general hacer una aproximación a los conceptos, tipos y causas de la hipoacusia, ya que con dichas definiciones se ofrecen de cierta manera presentaciones más claras de la presente investigación.

En el segundo capítulo, se exponen desde el punto de vista de autores como Puyuelo (2002), Torres (1995), Marchesi (1991), Claude (1987), Flores y Berruecos (2003), la conceptualización del lenguaje, su desarrollo en el niño con hipoacusia, ya que se considera de sumo valor; tenga clara la importancia de dicho desarrollo como un

instrumento decisivo para el niño con hipoacusia. Finalmente, el capítulo tres explica de manera breve, pero no por ello menos elemental un panorama de algunas de las tantas interacciones y dificultades a las que se enfrenta el niño con hipoacusia desde el entorno familiar, ya sea con la madre y/o el padre; cómo se da su adaptación social y las aportaciones desde el punto de vista psicológico, para que se comprenda más a fondo el impacto de no contar con los medios “normales” de comunicación que poseen los demás.

En lo anterior, se encuentra la justificación a la consideración de las necesidades educativas, no sólo como resultante de patologías preexistentes, de carácter genético, hereditario, orgánico, funcional, psíquico y ambiental, sino como un déficit relevante que puede presentarse en cualquier momento. Por ello, es imperativo desde el ámbito psicológico y el punto de vista social, la comprensión de dicha problemática sin malas interpretaciones o prejuicios que impidieran sobresaltar a la población infantil con hipoacusia para satisfacer sus Necesidades Educativas Especiales y en determinado momento, se contribuya satisfactoriamente en su inserción, integración y/o inclusión a esta sociedad tan diversa, cambiante y contradictoria.

## Capítulo I

### ¿Qué es la hipoacusia?

Para que consiga vislumbrar la conceptualización de hipoacusia, debe de conocer los órganos de los sentidos, ya que para el ser humano son los mediadores entre las necesidades internas y las circunstancias externas. Se les divide en sentidos “cercaños”, como el olfato, el gusto, el tacto y en sentidos “lejanos”, como la vista y el oído. Los primeros reciben información por medio de los llamados exteroceptores, es decir, los receptores situados en una particular condición de la superficie del cuerpo humano. Los segundos reciben información mediante los teleroceptores, es decir, aquellos sistemas sensoriales que permiten la captación de hechos que suceden a distancia. Los órganos de los sentidos tienen como misión fundamental mantener al ser humano en contacto con el medio. No obstante, el gusto, el olfato y el tacto son más primitivos e inmaduros que la vista y el oído. Como prueba de esta afirmación, encontramos que en el hombre primitivo la dependencia de esos sentidos era mayor que en el hombre del siglo XX. Además, un sujeto afectado en sus facultades mentales tiene al olfato como principal sentido para explorar lo que le rodea; un recién nacido, cuyo sistema nervioso es inmaduro, también se relaciona con el medio básicamente por medio del tacto, el gusto y el olfato (Flores y Berruecos, 2003).

La vista y el oído son sentidos bidimensionales, pero el oído analiza más parámetros temporales y secuencias que la vista, y ésta, más parámetros espaciales que el oído. Un estímulo visual, por ejemplo, una pintura, suele ser más duradero que un estímulo auditivo: un sonido viene y se va. El oído capta agrupaciones y secuencias de sonidos; en cambio, la letra escrita se agrupa de manera estable y fija (Flores y Berruecos, 2003).

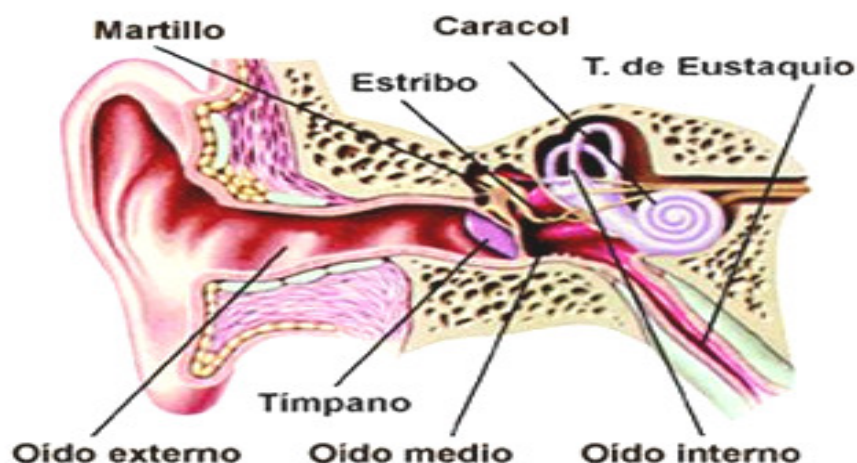
Ahora bien, con base a lo anterior se debe cuestionar respecto a ¿Qué es la pérdida auditiva y sus implicaciones? para esto, es necesario que conozca cómo funciona el oído y cómo está integrado.

Según Claude (1987), el oído se compone de tres partes:

El oído externo comprende el pabellón, el conducto auditivo externo que está cerrado por el tímpano. El oído medio se abre por delante hacia la parte trasera de la nariz o cavo por la trompa de Eustaquio y por detrás hacia el túnel, primera célula de la

neumatización mastoidea. Comprende unas aberturas cerradas por el tímpano hacia el oído externo, la ventana oval en la que se sitúa el estribo y la ventana redonda cerrada por una leve membrana hacia el oído interno. La cadena de huesecillos incluye el martillo, cuyo mango está insertado en el espesor (muy fino) del tímpano, el yunque que está unido al estribo. Los huesecillos se alojan en el ático, parte alta del oído medio, unidos por ligamentos. El oído interno está formado por la cóclea, por delante, órgano acústico, detrás el aparato vestibular, órgano del equilibrio. El nervio facial atraviesa el oído medio en un canal óseo. El nervio acústico vestibular ocupa el conducto auditivo interno por donde pasan también la arteria auditiva y el nervio facial (Véase Figura 1).

Figura 1. **EL OÍDO**



El oído se compone de tres partes: oído externo, oído medio y oído interno. Fuente: Barreda (2007), [www.pediatría.cl/revista/anatomia-del-oido](http://www.pediatría.cl/revista/anatomia-del-oido). Recuperado Julio/2008.

Ahora bien, el órgano de la audición es el oído, que transforma la energía, es decir, recibe las ondas sonoras del exterior -energía mecánica- las amplifica y convierte en energía bioeléctrica para que el cerebro la procese y entienda. Cuando el oído no funciona debidamente, envía señales débiles o distorsionadas al cerebro (Romero y Nasielsker, 2000).

La función auditiva es compleja, el oído es un intermediario entre el mundo exterior y el sistema nervioso, adapta una información vibratoria transmitiendo señales temporales y calculando sus intervalos.

### **1.1 Hipoacusia**

Hoy en día, el término hipoacusia es designado como la deficiencia auditiva parcial o total que tiene lugar en el oído. Las definiciones de la palabra hipoacusia que se conocen hasta el momento son innumerables; cada día se introducen nuevos términos según criterios sociales, educativos o médicos.

El concepto de hipoacusia, refiere por tradición a un trastorno auditivo profundo que impide la comunicación práctica a través del lenguaje hablado. Sin embargo, el niño con imposibilidad para percibir el lenguaje cotidiano no debe atribuírsele sistemáticamente el término hipoacusico. Esta incomunicación con el medio puede ser también debida a otras muchas causas independientes de la deficiencia sensorial, tales como: trastornos de la visión, estado emocional o inteligencia (Suriá, 1982).

Es importante, distinga entre términos que tienen un uso determinado en función de lo que se desea expresar y de aquello de lo cual se está hablando.

Torres (1992), señala que el término hipoacusia acostumbra a ser utilizado sólo para referirse a individuos con hipoacusia profunda, lo cual, les impide el aprendizaje natural del lenguaje oral. Estos sujetos han sido llamados clásicamente sordomudos. El término sordomudo ya no es utilizado por los profesionales, a pesar de que alguno de ellos lo prefiere, porque cree, deja claro el tipo de hipoacusia que presenta el sujeto y no puede llevar a confusión. El término sordomudo hoy ya no tiene razón de ser, ya que se sabe que el individuo con hipoacusia puede oralizar con mayor o menor dificultad; se sabe, sin lugar a dudas, que no son mudos. Por otro lado, el individuo se siente molesto delante del término sordomudo, que posee connotaciones históricamente peyorativas y lo rechazan diciendo “tengo hipoacusia, no soy mudo”.

Torres (1992), a la vez propuso la convención de usar el término hipoacusia para referirse a sujetos con un déficit audiológico y usar el término hipoacusia en mayúscula para referirse al grupo particular de individuos con hipoacusia que poseen una lengua (la lengua de signos) y una cultura. Cuando se refiere a sujetos adultos, dicho acuerdo

es fácilmente utilizable, pero se tiene problemas al hacer referencia a los niños con hipoacusia.

Ahora bien, la hipoacusia conlleva a una dificultad de percepción de los sonidos. La deficiencia auditiva es un trastorno sensorial auditivo de la percepción de las formas acústicas. Puede existir sin que haya hipoacusia. Sitúa al sujeto con referencia al mensaje (Claude, 1987).

Torres (1992), señala que muchas de las personas con hipoacusia profunda, aunque no todas, forman la denominada comunidad con hipoacusia. En ella se encuentran individuos con hipoacusia con una cultura, historia y lengua propia: la lengua de los signos. Los integrantes de este grupo se autodenominan población con hipoacusia. Para estas personas el hecho de tener hipoacusia es un rasgo distintivo. Lo primero que le preguntan al conocerle es ¿Tiene hipoacusia o es oyente?; después le preguntan su nombre. Reclaman su derecho a tener hipoacusia y a poseer una cultura diferente que no es asimilada por la cultura de los oyentes. Para ellos, tener hipoacusia es la normalidad y no aceptan términos como minusválido o discapacitado, tienen sencillamente hipoacusia, nada más.

Los individuos de la comunidad con hipoacusia se expresan en lengua de signos, aunque algunos de ellos, principalmente los más jóvenes, presentan un buen nivel de lengua oral. Para estos individuos, la lengua de signos es su lengua natural y es una parte muy importante de su cultura distintiva (Torres, 1992).

## **1.2 Tipos de hipoacusia**

Existen diversos sistemas de clasificación de la hipoacusia. La tipificación del grado y tipo de hipoacusia, será importante desde el punto de vista médico y también educativo. En el niño, la hipoacusia puede afectar con mayor o menor gravedad la adquisición del lenguaje oral. Cuando más grave es la hipoacusia mayores dificultades tendrá el niño para adquirir el lenguaje oral, ya que no lo podrá aprender de forma natural en el contacto diario con los adultos oyentes que le rodean. Sin embargo, dos niños con el mismo grado de hipoacusia pueden presentar dificultades de aprendizaje diferentes, ya que al grado de hipoacusia se suman otros factores, como lo es el momento de adquisición o aparición de la hipoacusia, si el niño pertenece a una familia

con hipoacusia u oyente, así como las características individuales del niño, entre otros. Pueden decir, sin ninguna duda, que no existe un “niño con hipoacusia”, sino que es la diversidad la nota dominante; de ahí que no exista un método de enseñanza que resuelva todos los problemas que se le pueden presentar al niño con hipoacusia durante la adquisición y el desarrollo del lenguaje oral (Torres, 1992).

La hipoacusia se clasifica según Torres (1992), comúnmente atendiendo a tres criterios fundamentales:

1. Momento de adquisición o evolutivo.
2. Zona auditiva lesionada.
3. Grado de pérdida auditiva.

Las consecuencias sobre la adquisición del lenguaje oral varían de modo importante según el momento evolutivo en el que aparece la hipoacusia. Cuando la hipoacusia es adquirida después de un primer proceso de aprendizaje del lenguaje oral tiene menos repercusión sobre el desarrollo de sus aspectos fonéticos, lexicales y morfosintácticos, que cuando ésta se adquiere antes del desarrollo del lenguaje oral. Sin embargo, las consecuencias sobre la comprensión son bastante idénticas y son proporcionales a la importancia de la pérdida, aunque generalmente, estos niños tienen una mejor lectura labial, esto debido a su mayor conocimiento del lenguaje en general (Torres, 1992).

Torres (1992), clásicamente distingue dos tipos de hipoacusia, según el momento de adquisición de la misma y el desarrollo alcanzado en ese momento por el lenguaje oral:

1. Hipoacusia prelocutiva: se trata de una hipoacusia adquirida antes de la adquisición del lenguaje oral.
2. Hipoacusias postlocutivas: aquella adquirida después de la adquisición del lenguaje oral.
3. Hipoacusia según la zona auditiva lesionada: aquella hipoacusia que se presenta por alguna lesión o alteración en el sistema auditivo, se pueden distinguir dos tipos de hipoacusia:
  - a) Hipoacusia de transmisión

Denominada también hipoacusia de conducción o conductiva, que es debida a una lesión o alteración en el oído externo o medio, con lo cual se produce una deficiencia en la transmisión del sonido por vía aérea. Ésta afecta a casi todas las frecuencias del espectro auditivo. En este tipo de hipoacusia, las vibraciones son “paradas” antes de llegar al oído interno, pero funcionando este órgano normalmente y sin ninguna distorsión sonora (Torres, 1992).

b) Hipoacusia de percepción o sensorial

Hipoacusia por la lesión del oído interno, con lo cual, la transducción del sonido en las células de la cóclea se ve alterada. La afectación puede localizarse en la vía nerviosa que conduce el estímulo auditivo a la corteza cerebral o hallarse en la propia corteza, por lo cual, también reciben el nombre de hipoacusias retrococleares. Alrededor de tres cuartas partes de las hipoacusias crónicas y más de 9 de cada 10 hipoacusias terapéuticamente irremediables, tienen su causa en alteraciones patológicas localizadas en la cóclea (Torres, 1992).

Dentro de este tipo de hipoacusias se distinguen cuatro grupos, en función del momento de su adquisición:

1. Hipoacusia genética o hereditaria: ligada al equipo genético y transmitida de padres a hijos. Supone alteraciones alrededor del 45% de las hipoacusias de origen conocido. De ellas, dos tercios son de herencia recesiva y un tercio por herencia dominante.

2. Hipoacusia congénita: adquirida durante el embarazo a causa de distintas enfermedades sobrevenidas a la madre durante el primer trimestre de gestación.

3. Hipoacusia neonatal: ocurre en torno al nacimiento, en el primer parto o por distintas afecciones del neonato durante los primeros días de vida.

4. Hipoacusia postnatal: puede ocurrir en cualquier momento, siendo sus causas más frecuentes las infecciones víricas y la ototoxicidad, además de otras afectaciones del oído interno y/o vía auditiva que también causan hipoacusia de percepción (Torres, 1992).

Según el grado de pérdida auditiva, se calcula a partir de la fórmula de Carhart, que consiste en hallar la media aritmética de la cantidad de decibelios (dB) necesarios



para la audición de los sonidos (pérdida auditiva) de las frecuencias conversionales: 500, 1.000 y 2.000 Hz (Torres, 1992).

Siendo los criterios establecidos por el Bureau Internacional de Audiophonologie (BIAP), según (Torres, 1992), se diferencian cuatro grados de hipoacusia:

Hipoacusia ligera o leve, también denominada deficiencia auditiva ligera (DAL), con pérdida auditiva media entre 20 y 40 dB.

En el habla, se percibe en su globalidad, a excepción de algunos elementos fonéticos a una intensidad baja. Los individuos con hipoacusia leve pueden beneficiarse del uso de audífonos.

Hipoacusia media o moderada, también denominada deficiencia auditiva media (DAM), con pérdida auditiva media entre 40 y 70 dB.

De forma natural, no perciben la voz alejada y no se perciben las conversaciones normales. Sin embargo, con la ayuda de audífonos y la educación correspondiente, se puede percibir casi la totalidad de la cadena fonemática.

Hipoacusia severa, también denominada deficiencia auditiva severa (DAS), con pérdida auditiva media entre 70 y 90 dB.

Percibe los elementos suprasegmentales del habla, pero necesitan de la lectura labiofacial y del tratamiento logopédico para el dominio del lenguaje oral. Los audífonos y los sistemas de amplificación sonora serán de gran importancia para que el niño pueda adquirir el lenguaje oral.

Hipoacusia profunda, también denominada deficiencia auditiva profunda (DAP), con pérdida auditiva media superior a 90dB (Torres, 1992).

Se trata del déficit auditivo más grave. No puede oír la voz hablada, ni siquiera cuando ésta es amplificada. Si la afectación es hereditaria, congénita o de adquisición temprana (prelocutiva), le impide la adquisición normal del lenguaje oral. Los aspectos suprasegmentales del habla, tales como ritmo o entonación, también se verán afectados. Por ello, presentan un lenguaje oral diferente al de los normoyentes, cuyas características dificultan la inteligibilidad para un interlocutor no habituado. Para el aprendizaje del lenguaje oral, el niño necesita de procedimientos específicos a través de vías vibrátiles y visuales (Torres, 1992).

Torres (1992), menciona que dentro de las hipoacusias profundas, según los criterios establecidos por los Centros de Recursos para la Educación del Deficiente Auditivo de Catalunya (CREDAC) se distinguen cuatro niveles:

Primer grado: restos auditivos hasta la frecuencia de 4.000 Hz.

Segundo grado: restos auditivos hasta la frecuencia de 2.000 Hz.

Tercer grado: restos auditivos hasta la frecuencia de 1.000 Hz.

Cuarto grado: restos auditivos hasta la frecuencia de 750 Hz.

Torres (1992), revela que los llamados restos auditivos situados en frecuencias menores de 1.000 Hz, sólo son sensación táctil y no acústica.

### **1.3 Causas de la hipoacusia**

Flores y Berruecos (2003), aluden que se pueden encontrar las llamadas aplasias/displasias auriculares, la imperforación o la atresia del conducto auditivo externo, las secuelas traumáticas por cuerpos extraños, las estenosis cicatrízales, los tapones epidérmicos, los quistes sebáceos o congénitos y algunos problemas de índole tumoral. Las aplasias/displasias y la imperforación son malformaciones congénitas, es decir, defectos en el proceso de formación de las estructuras del oído externo durante los primeros meses de vida en el vientre materno.

Las estenosis o angostamientos del conducto auditivo, que también dificultan el paso del sonido, pueden producirse por una operación o por traumatismos accidentales. Los tapones epidérmicos y los quistes sebáceos son problemas relativamente fáciles de resolver. Los tumores originan problemas más severos, pero por fortuna son más raros y requieren estudios médicos profundos para su tratamiento (Flores y Berruecos, 2003).

En el oído medio, también puede existir una gran variedad de malformaciones congénitas, como la ausencia de tímpano hasta la ausencia total o parcial de la cadena de huesecillos que transmiten el sonido desde la membrana timpánica hasta las células nerviosas del oído interno. Además, pueden presentarse problemas causados por traumatismos, por obstrucción de la trompa de Eustaquio, que es un pequeño conducto que permite la ventilación del oído medio a través de la cavidad oral o por procesos infecciosos, que son la causa más frecuente de fallas auditivas en los niños. Sin que

deje de mencionar aquí, la fijación del tercer huesecillo, que, al presentar esta condición y por ser fijo, no pasa los sonidos hasta las células nerviosas del oído interno (Flores y Berruecos, 2003).

La mayoría de estos problemas pueden ser resueltos médica o quirúrgicamente. Pero es más importante, considerar los problemas que se presentan en el oído interno, es decir, los problemas a los que antes se les clasificaron como sensoriales. Los problemas del oído interno pueden ser hereditarios. Entre ellos, los siguientes dos grupos: los síndromes o cuadros de una enfermedad fundamentalmente del oído y los síndromes como cuadros de enfermedades en donde existe una afección del organismo a la que se asocia un problema del oído de importancia secundaria.

Entre los primeros están las enfermedades de Siebenman, Sheibe y Mondini (citado en: Flores y Berruecos, 2003), en las que existen lesiones específicas en las células nerviosas de la estría vascular, que permite la irrigación sanguínea del oído interno de otros elementos microscópicos de suma importancia para la función auditiva normal (Flores y Berruecos, 2003).

El segundo grupo, es decir, en los que la lesión del oído está asociada con otros problemas del organismo:

1. Morfodisplasias, en las cuales existen alteraciones importantes en la forma normal de muchos elementos del organismo, básicamente de la cara y de la mandíbula.

2. Las Histodistrofias: alteraciones en distintos tejidos orgánicos que determinan problemas en la maduración del niño.

3. Las displasias moleculares y las enfermedades metabólicas: el problema no es visible, pero existen alteraciones que afectan el crecimiento y la maduración general del pequeño, el cual tiene también un problema auditivo (Flores y Berruecos, 2003).

Otra categoría importante en los problemas que originan las fallas auditivas son las embriopatías, es decir, las enfermedades del embrión, entre las cuales destaca la originada por la rubéola materna durante el primer trimestre del embarazo. Este periodo, sobresale porque es cuando se realiza la formación de todos los elementos del organismo y en particular los del oído. No sólo la rubéola ocasiona fallas en la

formación normal del oído, sino también otras enfermedades que la madre sufra en esa época, entre las que están la sífilis y la toxoplasmosis, así como las causadas por citomegalovirus, herpes o virus del SIDA (Flores y Berruecos, 2003).

Otro problema que ocasiona lesiones en el oído, es la incompatibilidad sanguínea entre la madre y el hijo. Cuando el factor Rh de la madre es diferente al de su hijo, el niño puede tener problemas al sufrir la destrucción de sus glóbulos rojos en el momento del nacimiento; el contenido de esos glóbulos rojos se fija en las estructuras nerviosas del aparato auditivo, desde las células nerviosas del oído interno hasta la corteza cerebral, impidiendo su funcionamiento normal. En estos casos, es muy probable que existan problemas motores asociados de coordinación fina y de maduración psicomotora (Flores y Berruecos, 2003).

Flores y Berruecos (2003), mencionan otras causas de las lesiones auditivas, como son los medicamentos que afectan al feto en su desarrollo, la prematurez, los traumatismos obstétricos, las lesiones que el niño sufre durante el nacimiento y la falta de oxigenación en los primeros segundos o minutos del nacimiento. Otras causas son los procesos infecciosos del oído interno -laberintitis o neurolabirintitis- y la meningitis cerebroespinal, ocasionada por el meningococo, por el bacilo de la tuberculosis o por virus que ataca el sistema nervioso central. Entre otros notables de la hipoacusia, está la administración de medicamentos que tienen una acción tóxica en el oído interno. Hace algunos años fue utilizada la estreptomina y la dihidroestreptomina, que por fortuna desapareció del mercado.

Flores y Berruecos (2003), indican que existe un enorme grupo de antibióticos, los llamados aminoglucósidos, cuyos efectos tóxicos deben de ser conocidos por los médicos. La kanamicina, la tobramicina y la gentamicina, entre otros muchos de este grupo químico, provocan lesiones importantes en el oído.

Cuando el niño presenta algún problema de tipo infeccioso en los primeros meses de vida y es llevado al pediatra, en muchas ocasiones recibe este tipo de antibióticos. Es justo mencionar, que habrá casos en los cuales la gravedad del problema infeccioso hagan necesaria la aplicación de un medicamento que pone en riesgo la audición, pero los padres de familia deben de estar conscientes de lo que se

le administra a sus hijos para que, en caso de que aparezca un problema auditivo, la causa sea fácilmente identificable, no sea necesario recurrir a exámenes largos y costosos que sólo propicia retraso en la iniciación de los programas de tratamiento. Debe extremarse los cuidados con cualquier medicamento. Hay compuestos hormonales, bióxido de carbono, cloroformo, éter y anestésicos locales, corticoesteroides, rayos X o rayos gamma, utilizados muchas veces en el período prenatal, que pueden también lesionar al oído interno. Las gotas nasales que utilizan para resolver obstrucciones intrascendentes de las vías respiratorias superiores, muchas veces sólo facilitan las infecciones del oído medio, que al volverse crónicas, originan daños en la audición. También se debe proporcionar, la protección del niño contra el ruido. Han hecho estudios experimentales que demuestran que las vibraciones de algunas cunas de sanatorios obstétricos son motivo de lesiones del oído interno, además de la excesiva limpieza del oído medio, que facilitan los procesos patológicos del oído interno. Por último, no debe soslayar las enfermedades llamadas sistémicas, es decir, aquellas que afectan a todo el organismo del niño, así como los traumatismos craneoencefálicos que, si bien en muchas ocasiones no tienen secuela, pueden ser el punto de partida de trastornos auditivos severos. Como han dicho, existe una enorme variedad de factores que producen trastornos en la audición, de ahí la importancia de la exactitud en el diagnóstico, el cual debe describir también la forma en que el problema se presentó, su localización y su cuantificación, para que fundamenten las bases del tratamiento que debe aplicarse (Flores y Berruecos, 2003).

Morgon, Amard y Daudent (1984), mencionan que todas las causas de la hipoacusia no son conocidas con claridad todavía. A menudo, existen antecedentes de hipoacusia en la familia y en estos casos, es necesario aconsejar a los padres que se sometan a exploraciones de orden genético, particularmente cuando se plantean otro nacimiento. Algunas clases de hipoacusia son bien conocidas, pero aún no encuentran la explicación total de todas las formas de hipoacusia. A pesar de los actuales medios de investigación y que estos se están perfeccionando, hay que admitir que todavía, alrededor del 40% de las hipoacusias aparecen por causas desconocidas.

La etiología de la hipoacusia es elemento importante en la probabilidad de existencia de otra lesión. La rubéola fetomaternal en el caso de la afección ocular, la ictericia neonatal en el caso de la deficiencia motriz, la encefalitis para la debilidad mental. La etiología aporta también, elementos interesantes para la variabilidad de la pérdida auditiva. Una hipoacusia familiar puede ser de aparición progresiva, una hipoacusia posmeningítica puede evolucionar hacia una hipoacusia profunda o al contrario, mostrar con el paso de los meses una cierta recuperación (Claude, 1987).

Cuando un individuo padece algún déficit en el cuerpo que nos hace signo, una alteración de una función: la audición repercute en el desarrollo del habla y del lenguaje. El niño se ve reducido a esta presencia de un organismo, si no se introduce un lenguaje fácil de comprender y de hablar para él, puede producirse un retraso en su estructuración como sujeto (Torres, 1992).

Finalmente, es importante no olvide que cuando el niño es mayor de tres años y ya concluyo un desarrollo psicomotor normal, no existen mayores problemas para que el programa diagnóstico pueda cumplir con sus objetivos. Los exámenes especializados y la medición de la audición, fundamentalmente, permiten definir con exactitud cuál es el tipo y la magnitud del problema que el niño presenta.

Sin embargo, los niños menores de tres años, incluso en menores de 12 meses, la maduración neurológica, motora y emocional no ha alcanzado el grado de evolución necesario para que responda aceptable y convenientemente a un examen de medición especializada de la audición. Por ese motivo, debe aplicarse otros exámenes que no exigen la participación del niño (Flores y Berruecos, 2003).

Ahora que conoce más a fondo la anatomía del oído como uno de los más importantes sentidos que el individuo posee como instrumento básico dentro de su vida cotidiana, es importante tenga en claro cómo es que la hipoacusia va a ir ligada a la afectación en: adquisición, comprensión y evolución del lenguaje por dicha deficiencia auditiva.

## **Capítulo II**

### **Lenguaje en la población con hipoacusia**

El lenguaje de los niños con hipoacusia es uno de los temas más importantes dentro del campo de la Educación Especial, ya que para poder tener su adquisición, se presentan dificultades como lo será, la incorporación normal o natural de un sistema lingüístico. El aprendizaje, supone mayor planificación, esfuerzo e intervención educativa, ya que los ambientes lingüísticos en los que los niños con hipoacusia se desarrollan en los primeros años de vida son muy variados, por lo que los procesos de socialización lingüística son diferentes (Marchesi, 1991).

Ahora bien, se debe tener en cuenta que el lenguaje es privilegio de la especie humana. Ninguna otra especie ha conseguido la comunicación a través del lenguaje. Éste está unido a la madurez simultánea de una serie de procesos cognitivos solamente unificados en la especie humana (Lenneberg 1975 citado en: Torres, 1995). La naturaleza ha concedido un tiempo limitado para el aprendizaje verbal, entre 0 y 12 años, no hay unanimidad entre los autores, para llevar a cabo el aprendizaje de la primera lengua. Y dentro de este período hay un tiempo privilegiado, que son los primeros años. Pasados los 12 años, tiene lugar un proceso de secreción hormonal sobre las neuronas, que les incapacita para discriminar sonidos del habla previamente no escuchados. Los mayores avances cualitativos y cuantitativos en el aprendizaje verbal se hacen antes de los 5 años de edad. El lenguaje depende decisivamente de la audición. Cuando falta la audición se hace muy difícil el aprendizaje verbal.

Lenguaje y pensamiento comparten un espacio común y otro espacio independiente. En el espacio común compartido, podrán apreciar retrasos madurativos llamados “disociación temporal” (Torres, 1995).

#### **2.1 Definición de lenguaje**

El concepto del lenguaje, remite a múltiples y variados significados a veces contradictorios o al menos con numerosas discrepancias entre ellos. Generalmente,

cuando refiere al lenguaje suele pensar o aplicarlo a esa facultad específicamente humana de comunicación por medio de sonidos articulados (Torres, Rodríguez, Santana y Gonzales, 1995).

Dado que el lenguaje es consecuencia del procesamiento de la información auditiva, las habilidades específicas se asocian de forma predominante con el procesamiento auditivo (Puyuelo, Torres, Santana y Vilalta, 2002).

El lenguaje, es inducido por un idioma según las reglas de una lengua. Es una apropiación de un sistema en función de las calidades intelectuales personales. Por otra parte, genera afectos psicológicos complejos, en particular los altos niveles de abstracción y las organizaciones secuenciales. La lengua, es la descripción de las reglas de un sistema de comunicación, idioma utilizado por un grupo de individuos. La lengua es descrita por los lingüistas que formalizan las estructuras de los medios de comunicación (palabra), las reglas de los elementos significantes en su naturaleza (vocabulario) y en su organización (sintaxis). Las variaciones de una lengua madre dan dialectos, que en función de la importancia que se les otorga en la escritura y por los extranjeros pueden, a su vez, imponerse como lengua. Ésta evoluciona rápidamente bajo la influencia de grupo y otras lenguas, Se deteriora más en su forma oral y a menudo se enriquece en su forma escrita (Claude, 1987).

El término lenguaje alude a veces, por ejemplo, a el lenguaje de las maquinas o a la facultad innata y característica de la especie humana. Asimismo, es definido en multitud de ocasiones atendiendo a sus diversas funciones (como sistema de comunicación, como sistema de representación). El lenguaje aparece alrededor del primer año de vida y acompaña e interviene en la mayoría de las actividades, sin que su adquisición, ni uso parezcan requerir un esfuerzo especial. Está plenamente aceptado que la función principal del lenguaje es la comunicación, de intercambio con el otro, siendo un instrumento de socialización. Mediante el lenguaje, los seres humanos se comunican, regulan y controlan los intercambios sociales. El lenguaje es hoy, entendido como un mecanismo estructurador y condicionante del pensamiento. Con el lenguaje se ordenan tanto las experiencias que los individuos tienen en el entorno, como las que se originan en ellos mismos (Torres, 1992).



Desde el campo de la lingüística, la distinción entre lengua y lenguaje fue expresada claramente por (Benvenist, 1996; citado en Torres, 1992, pág. 48-49): en su obra “La lingüística tiene doble objetivo, es la ciencia del lenguaje y la ciencia de la ciencia”. Esta distinción, que no se hace siempre, es necesaria: el lenguaje, la facultad humana, característica universal e inmutable del hombre, es otra cosa que las lenguas, siempre particulares y variables, en las cuales el lenguaje se realiza. El lingüista, se ocupa de las lenguas y la lingüística es primeramente la teoría de las lenguas.

Es importante, conozca que la palabra a diferencia de la lengua y el lenguaje es para López (2005), producto de los sonidos articulados, es un poderoso auxiliar para la adquisición, la combinación de las ideas y el desarrollo de las facultades intelectuales; tiene el privilegio de despertar, sostener y dirigir la atención entre la persona que habla y la que escucha.

Para el niño conocer el nombre de los objetos y lograr nombrarlos, es de suma importancia, ya que ello conduce a fijarlos en su pensamiento, hacerlos suyos y memorizarlos. Es así, como el lenguaje introduce estabilidad y duración en todas las adquisiciones del niño. Cabe mencionar que dicho lenguaje, es un factor de individualización del niño que, a su vez, empieza a experimentar su poder sobre las cosas y a valorarse como componente del grupo humano que le rodea (Torres, 1992).

## **2.2 Desarrollo del lenguaje**

Orton (1937 citado en: Puyuelo, Torres, Santana y Vilalta, 2002, pág. 4), fue uno de los primeros autores en referirse a los problemas del lenguaje en niños, no sólo neurológicos, sino también conductuales. Posteriormente, Gessell (1947 citado en: Puyuelo, Torres, Santana y Vilalta, 2002, pág. 4), empleó en ellos criterios normativos para evaluar el lenguaje y determinar si había o no, un problema.

Para que brote el lenguaje se requiere de interacción, el diálogo, en definitiva. Si expusieran al niño con hipoacusia durante la mayor parte del día a la escucha de un altavoz, seguro que no aprendería a hablar. El lenguaje requiere de interacción (Torres, 1995).

¿Cómo adquieren los niños el lenguaje?, ¿Cómo son capaces de aprender un código tan complejo? o ¿Qué influencia tiene el lenguaje sobre su desarrollo cognitivo?,

son algunas de las preguntas que los diferentes estudiosos del tema se han formulado a lo largo de los siglos. Con el siglo XX se llega a un momento histórico durante el cual, al converger diversas tendencias filosóficas y corrientes de pensamiento, tanto la lingüística como la psicológica adquieren nuevo impulso. Son de destacar las teorías sobre la adquisición del lenguaje, en las que Chomsky y Skinner (citado en: Torres 1992), presentan opiniones contrapuestas y las teorías cognitivas del lenguaje representada por trabajos de Piaget y Vygotski. Para Chomsky (citado en: Torres 1992), el niño ya posee algunos principios fundamentales en su mente que le permitirán adquirir y desarrollar el lenguaje, mientras que para Skinner el lenguaje se desarrolla como una conducta aprendida. Para Vygotski (citado en: Torres 1992), el lenguaje es un agente principal del desarrollo cognitivo, mientras que Piaget sostiene que el lenguaje depende del aprendizaje de otros medios para su desarrollo (Torres, 1992).

Ahora bien, la adquisición del lenguaje es un proceso arduo, difícil y extremadamente largo, pero no imposible de lograr. Un niño oyente balbucea a los seis meses de edad. De acuerdo con muchos estudios, la integración de las bases elementales del lenguaje sólo puede completarse, por lo general, hasta los cuatro años y medio de edad, sin involucrar aún la riqueza del vocabulario, el cual se incrementará poco a poco, conforme el individuo avance en sus conocimientos y adquiera mayor experiencia en relación con la vida. Si en niños normales, es necesario que transcurra ese largo período para que se conforme la integración básica del lenguaje, no se debe pensar en un período menor para un niño con incapacidad auditiva (Flores y Berruecos, 2003).

Torres, Rodríguez, Santana y Gonzales (1995), afirman que la enseñanza del lenguaje al niño con hipoacusia, para que sea justificada y eficaz, es decir, para que consiga elevar los niveles de ejecución en los diferentes procesos y funciones, debe afrontar una evaluación rigurosa. Dicha evaluación, es compleja y presenta algunas dificultades como lo son las normas de desarrollo lingüístico tomadas de los oyentes, donde el proceso de adquisición es natural, escasez de estudios concienzudos sobre el desarrollo evolutivo del lenguaje en sujetos con hipoacusia, diferencias individuales muy importantes entre dichos sujetos y procedimientos de testeo no adaptados a las dificultades de la población con hipoacusia.

Belinchón, Riviere e Igoa (1992 citados en: Torres, Rodríguez, Santana y Gonzales, 1995), ofrecen una caracterización desde una perspectiva psicolingüística señalando tres dimensiones concretas: formal o estructural, funcional y comportamental:

1. El lenguaje tiene una dimensión formal o estructural. Se trata de un código, conjunto estructurado de unidades o signos lingüísticos, que formalmente combinados entre sí de acuerdo a un conjunto de reglas, se forma en un instrumento eficaz de comunicación. Esta es la perspectiva lingüística y filológica del lenguaje e incluye tanto las unidades constituyentes básicas (fonemas y palabras), como las condiciones en que éstas pueden ser combinadas (la gramática).

2. La segunda dimensión del lenguaje cabe resaltar es funcional, según la cual, éste adquiere su sentido social y a su vez individual, no por los signos formales en sí mismos sino por la posibilidad de “hacer cosas”. Esta dimensión, la función pragmática, remite al conjunto de actividades que los usuarios realizan con el lenguaje, tales como la comunicación, la interacción social, la expresión de emociones, el conocimiento de la realidad.

3. El lenguaje es también, un tipo de conducta o de comportamiento. Esta dimensión comportamental se manifiesta en la conversación, en la que tienen lugar dos modalidades de conducta: la comprensión y la producción. Se debe considerar de manera global que el lenguaje del niño con hipoacusia, significa atender no sólo a los aspectos estructurales, sino también a los aspectos funcionales y todo ello en ambas modalidades: comprensión y expresión.

Si un niño con hipoacusia ingresa a un programa de rehabilitación en condiciones familiares ideales, con especialistas que realmente enfoquen adecuadamente el problema, si está provisto del mejor auxiliar auditivo eléctrico posible, si la pérdida auditiva no es muy profunda y si su edad es ideal -entre más pequeño mejor-, se podrá pensar en principio emplear un programa que sea especializado, que no sea menor de un período de cuatro años, pero cabe resaltar, que si la incapacidad auditiva es mayor, entonces el tiempo de rehabilitación puede prolongarse (Flores y Berruecos, 2003).

### 2.3 Lenguaje y niño con hipoacusia

Los niños con hipoacusia que han tenido un buen y rápido comienzo de su lenguaje, es debido a sus últimos años de preescolar, aceptan que se les diga que utilicen mejor el lenguaje. El niño con hipoacusia necesita una práctica, un uso del lenguaje correcto y aceptable. Utilizar un lenguaje pobre, puede convertirse en habitual (Harris, 1973).

Ahora bien, el lenguaje escrito es uno de los sistemas de transmisión de conocimientos e información más ágil y preciso en la historia de la humanidad, sin embargo, uno de los mayores problemas que plantea la pérdida auditiva es un acceso correcto al lenguaje escrito (Belén y Velasco, 1999).

Ling y Moheno (2005), mencionan que el lenguaje de señas es un método que los niños con hipoacusia pueden aprender para comunicarse, en vez de usar lenguaje hablado. Por ello, quienes abogan por el uso del lenguaje a señas lo recomiendan ampliamente como primer medio de desarrollo de lenguaje (Véase Figura 2).

También la lengua de señas es conocida como lengua manual o de signos, son códigos lingüísticos cuyo medio de producción-recepción es manual-visual (Romero y Nasielsker, 2000).

Figura 2. **LENGUAJE DE SEÑAS**



El profesional mostrándole a un niño con hipoacusia a emplear los dedos de la mano como herramienta para poder comunicarse. Fuente: González, C. (2006). [www.jccm.es/revista/155/articulos155/img74.jpg](http://www.jccm.es/revista/155/articulos155/img74.jpg). Recuperado Julio/2008.

Cuando los niños deletrean con los dedos, siendo distinto de los signos, no es otra cosa que una forma de escritura, debe de ser empleado cuando no existan símbolos convencionales, por ejemplo, en nombres propios o en conceptos y objetos poco comunes, sin embargo, el empleo del método del deletreo, del mismo modo que el leer o escribir, presupone un conocimiento del lenguaje hablado que el niño con hipoacusia no domina (Furth, 1981).

Dale (1981), menciona que el método oral para enseñar al niño con hipoacusia, está basado en la lectura labio-facial, lenguaje y audición. Este método no incluye el deletreo manual, además de que las señas y actitudes gestuales se utilizan en un 5% con los niños que tienen gran dificultad en aprender a leer labios, además de utilizar la lectura.

¿Por qué es conveniente utilizar el lenguaje manual o el lenguaje por señas? Según Flores y Berruecos (2003), existen muchas controversias relacionadas con la metodología que debe utilizarse para el niño con hipoacusia. Sin embargo, es un hecho perfectamente aceptado que la mejor posibilidad comunicativa de un individuo, se logra por medio del lenguaje oral. El lenguaje manual limita al individuo porque carece de la amplitud, la magnitud y la profundidad del lenguaje oral. Un individuo que se expresa sólo con lenguaje manual, no será comprendido. Si el niño con hipoacusia contesta con lenguaje manual y el hablante u oyente normal no conoce ese código, no podrá entender el mensaje. En esta forma, el vínculo comunicativo está bloqueado y no existe la posibilidad de intercambio de experiencias. En consecuencia, el lenguaje manual marca al individuo como una persona diferente, cuando en realidad, un niño con hipoacusia sólo difiere de los demás por su capacidad sensorial. Al margen de lo anterior, el lenguaje manual es una necesidad ineludible para individuos que no tuvieron acceso a la lengua oral en el momento oportuno. Aún hoy en día, los individuos siguen hablando de los “sordomudos”. Probablemente esto se deba por una parte a que hace mucho tiempo los individuos con hipoacusia estaban incapacitados para hablar y por otra parte, los bebés que nacen profundamente con hipoacusia es totalmente imposible que desarrollen un lenguaje normal. En estos días es muy raro que el niño no aprenda a decir siquiera algunas palabras; algunos llegan hasta a desarrollar un vocabulario realmente extenso.

Según Ling y Moheño (2005), indican que el habla con significado no es algo que se desarrolle de la nada. Muchas habilidades deben adquirirse antes de que aparezcan las palabras inteligibles.

En la misma forma que una variedad de vocalización y balbuceos preceden al habla en los bebés con un nivel de audición normal, así estos patrones de prelenguaje ayudan a poner las bases para hablar en los niños con impedimento auditivo. El desarrollo del habla en los niños con nivel de audición normal y niños con impedimento auditivo, debe de seguir el mismo camino. Así como el control de las vocales y los diptongos, preceden al dominio de la mayor parte de las consonantes y sílabas compuestas o grupos consonánticos en el primer caso, ocurre lo mismo en los niños con hipoacusia.

En las primeras etapas, el lenguaje debe promoverse principalmente, si no en su totalidad, por medio de la comunicación con significado. El lenguaje que se dirige a los niños no necesita restringirse, ni estar desprovisto de gramática. Si así fuera, el niño no podría deducir las reglas semánticas y sintácticas del lenguaje, sin las cuales el significado de las emisiones permanece oscuro. Cuando se desarrollan las emisiones de dos o más palabras, las aproximaciones a la forma adulta, más que ser una articulación apropiada, necesita ser aceptada y esperada. Las variaciones de pronunciación son comunes entre los niños con audición normal. En palabras simples y en el lenguaje común, a veces sustituyen un sonido por otro, omiten ciertos sonidos, restringen el número de sílabas en una palabra y así sucesivamente. Los numerosos patrones con error de lenguaje en desarrollo, se llaman procesos fonológicos. La misma clase de procesos fonológicos pueden presentarse en niños con impedimento auditivo mientras aprenden a hablar. Desafortunadamente, algunos de esos patrones equivocados pueden originarse con problemas perceptuales. Es posible que el habla en un rango particular de frecuencias, no pueda amplificarse lo suficiente como para que el niño la perciba o puede suceder que sus auxiliares auditivos no estén bien ajustados. La única forma de identificar la naturaleza de cualquiera de tales problemas en el curso del desarrollo del lenguaje hablado, es una evaluación permanente en el transcurso del tratamiento, proceso que a menudo se llama terapia diagnóstica (Ling y Moheño, 2005).

Ling y Moheno (2005), narran que a diferencia del pasado, actualmente el trabajo formal sobre el desarrollo del lenguaje en los niños con impedimento auditivo tiende a enfocarse menos en la sintaxis y a involucrarse más con el significado (estructura semántica) y el uso con propósito (aspectos pragmáticos).

Todos los componentes del lenguaje se emplean en el discurso; los principales aspectos son: conversación, narración, preguntas, explicación y descripción. La enseñanza y el aprendizaje, por medio del discurso significativo tiene muchas ventajas, la mejor de las cuales es que las lecciones estructuradas con el empleo del discurso reflejan el lenguaje diario; por ello, esto se generaliza con más facilidad en la vida diaria (Ling y Moheno, 2005).

Es por lo anterior, que el lenguaje es medio fundamental de comunicación del niño con hipoacusia para con los demás y viceversa, ya que a través del diálogo cambian las perspectivas que movilizan de manera sustancial sus emociones y significación del medio, en el cual se encuentran; básicamente los cambios de sus etapas evolutivas y emocionales se apoyarán en sus formas de comunicación.

## **Capítulo III**

### **Interacción del niño con hipoacusia y el medio**

En la actualidad, la falta de comprensión de que el entorno en el que se encuentra el niño con hipoacusia no se reduce al padre o a la madre, aunque ambos desempeñen un papel excepcional al contribuir como personas básicas en la reeducación del niño, los demás individuos se olvidan que no sólo los padres forman y/o mantienen las condiciones adecuadas para la interacción del niño con el contacto del medio, ya que es real la existencia de individuos que no brindan el equilibrio de dicha interacción, por ende modificarán el alrededor del infante y esto, puede perturbe rápida o gravemente la manera de experimentación y participación en los progresos del niño con hipoacusia.

#### **3.1 El niño con hipoacusia y la familia**

La familia es un sistema que guarda un delicado equilibrio, diseñado para satisfacer las necesidades de sus miembros individuales. Con frecuencia la “intromisión” de un niño con una invalidez perturba este delicado equilibrio y por lo tanto, las familias muchas veces necesitan ayuda para restablecer una dinámica saludable, en la cual todos los miembros puedan lograr su desarrollo personal. El profesional con sensibilidad planteará el programa para toda la familia; ayudará a los padres, abuelos, hermanos y a cualquier otro miembro de la familia en estrecha proximidad, para que se ajusten a las cambiantes necesidades familiares. La familia debe de ser considerada y tratada como una unidad; en cualquier momento que se presente una perturbación (como el nacimiento de un niño con hipoacusia), deben invertir toda la energía que haga falta para mantener una precaria “homeostasis familiar”, el delicado equilibrio (familiar) en las relaciones establecidas. La restauración de dicho equilibrio, con frecuencia se vuelve función de un terapeuta familiar, quien maneja a la familia como una unidad (Luterman, 1985).



Morgon, Amard y Daudent (1984), dicen que por regla general, suele ser la madre quien acompaña al hijo a las sesiones de reeducación; es la madre quien dedica más tiempo al niño y quien hace el papel de auxiliar de la educadora. La madre brinda mucho tiempo, paciencia e ingenio al niño con hipoacusia durante los años que pueda durar la reeducación. Esta tarea es, a menudo, incompatible con una actividad profesional de plena dedicación por parte de la madre, ya que lo que les interesa no es dedicar al niño un cuarto de hora o media hora diario de reeducación (por ejemplo en el caso de enseñarle a tocar piano...) sino dedicarle un tiempo menos disciplinado, más generalizado en el que pueda comprender mucho de lo que acontece en su vida diaria, para que tome ejemplo de frente a sus propios progresos. Lo más difícil de esta reeducación no es el aspecto material: en esta tarea se requiere que la madre llegue a conciliar las exigentes de este excepcional papel con las exigencias de su vida familiar y personal. No debe de olvidar a los otros hijos sólo porque “el niño con hipoacusia le absorbe todo tiempo”. Este programa deberá también ser comprendido y aceptado por todos los miembros de la familia. En esta tarea, muy ardua por cierto, la madre necesita mucha ayuda, tanto en el plano psicológico como el técnico.

Morgon, Amard y Daudent (1984), sugieren cuestiones que debe evitar: ocuparse demasiado del niño con hipoacusia y de manera exclusiva. Los padres a menudo toman unos consejos de forma estricta, como si ocupándose más de lo debido del niño, lograsen también más de lo que puedan esperar de él. En efecto, es necesario evite que el niño viva en un ambiente demasiado artificial y obligado, pues de lo contrario, los padres absorben la predisposición del niño de una forma caricaturesca: desde que el niño se despierta ya se le presentan cacerolas, juguetes sonoros y la jornada se desarrolla con tal disciplina que el niño apenas tiene ocasión de dar rienda a su naturalidad. Este niño se fatigará pronto y no prestará atención a lo que se le proponga; terminará haciendo caso omiso a cualquier demanda presionante. Rechaza con horror todo aquello que se le trata de imponer; estos problemas se empeorarán más tarde, dando como resultado un niño que demuestra oposición, indiferencia, u otros problemas de comportamiento.

Existe, para cada caso, “un equilibrio (difícil) entre hacer demasiado y no hacer nada”; no resulta fácil equilibrar estas dos actitudes.

Morgon, Amard y Daudent (1984), indican es habitual que el contacto padre-niño sea, generalmente, menos frecuente por las obligaciones profesionales del padre y porque éste todavía entiende (a pesar de la evolución de la condición femenina) que la educación de los niños es principalmente, tarea de la madre. Sin embargo, si para un niño sin problemas su presencia es importante, en este caso lo es mucho más y debe procurar hacer valer su presencia en los contactos que establezca con el niño. El padre debe interesarse por él aunque sea muy pequeño, participando -en la medida en que su tiempo se lo permita y en lo que él pueda hacer- de sus actividades cotidianas; debe ayudarle a comer, a vestirse, ir con él de paseo y de este modo se establecerán intercambios conformes con lo que debe de resultar familiar al niño y dentro de un estilo de actitud que conviene adoptar para con él. Los contactos con el padre, frecuentemente se resumen a unos intercambios que quedan al margen de pequeños hábitos cotidianos, como por ejemplo, alborotar o hacer extravagancias con el niño, hacerle cosquillas cuando regresa por la tarde o por el contrario, adoptar el papel de padre severo cuando interviene en una discusión. Estas actitudes esporádicas no son suficientes; el padre debe intimar más y aún en lo más insignificante, con el niño; debe jugar, a la vez, el papel de padre y el de padre de niño con hipoacusia.

Morgon, Amard y Daudent (1984), exponen que el padre se siente, muchas veces, un poco descartado de la rehabilitación; es la madre quien asume esta tarea, ella es la que toma más conciencia de lo que se debe hacer con el niño, de cómo comportarse y comunicarse con él; el padre se siente desconcertado, no sabe si debe hablarle o no, no sabe cómo hacer para comprender sus reacciones y sobre todo, no sabe cómo hacerse comprender. No es raro que el padre se margine voluntariamente del plan reeducativo bajo pretexto de que no sabe qué hacer o que no dispone de tiempo, de paciencia, por ende, se llegan a crear situaciones mal equilibradas. Mientras la madre se esfuerza en seguir las orientaciones que le dan, incitando al niño a leer en los labios, el niño mantiene con su padre una relación de otro tipo, en la cual la comunicación oral no tiene cabida.

Se le sugiere reunir a los dos padres en una sesión de educación precoz, a fin de que el padre comprenda mejor los objetivos que se pretenden; esto permite tener en cuenta las intuiciones de cada uno, encontrar un equilibrio entre la forma de ver las

cosas de ambos, lo cual no siempre coincide bajo el punto de vista educacional. Los padres que desean estar profundamente informados pueden también participar en sesiones de grupo y donde las múltiples actividades que se desarrollan pueden serles útiles (Morgon, Amard y Daudent, 1984).

Luterman (1985), afirma que por la naturaleza de la forma en que nuestra actual sociedad se encuentra estructurada, la mayor parte de la “educación impartida por los padres” es educación a través de la madre, realmente. Dado que la mayoría de los grupos de educación de la población con hipoacusia, con programas orientados a los padres se reúnen durante el día, la madre es (en la familia tradicional, al menos) el único de los padres que puede acudir con regularidad. Para la familia tradicional que se apega a los papeles sexuales que “tocan” a cada padre el programa de educación de los padres genera una gran cantidad de tensión dentro de la relación marido-mujer. Muchas madres comienzan a sentir la agobiante responsabilidad del manejo del niño y el peso de la toma de decisiones educacionales, esto sin el apoyo de un esposo bien informado o comprometido. Como la madre está recibiendo la educación y la información importante, el padre adopta frecuentemente un papel pasivo, transfiriendo toda la responsabilidad de estas decisiones a su esposa. Dentro de un ambiente familiar tradicional, en el cual esperan que el hombre tome todas las decisiones importantes, muchos hombres encuentran difícil acotar esta inversión de los papeles. Las esposas por otra parte, frecuentemente tienen dificultad para aceptar este papel activo y por extensión, en considerar a sus esposos como menos competentes que ellas. Esta falta de eficacia, resulta más evidente cuando el esposo participa en el tratamiento del niño en el hogar; con mucha frecuencia resulta incapaz, simplemente porque tiene experiencia y conocimientos muy limitados acerca del manejo del niño. Sin embargo, puede ser difícil para el esposo -a veces para la esposa- aceptar un papel orientador de la mujer ya que, con frecuencia, parece más bien una crítica.

Esta situación puede llevar a disputas, a una actitud defensiva por ambas partes. El grupo mixto de padres, en el cual hombres y mujeres no casados entre sí asisten juntos, es muy útil para vencer la defensiva paterna. El hombre parece escuchar mejor a una mujer que no sea su esposa, cuando le habla de los problemas para relacionarse con su esposo; puede escuchar, sin tener que tomar la responsabilidad de cualquiera

de los comportamientos referidos y puede escuchar objetivamente mientras está relacionando el material expuesto con sus propias experiencias. La mujer también responde en forma no defensiva a las quejas del hombre. Después de varias sesiones del grupo mixto de padres, es necesario tener una reunión completa de grupo con maridos y esposas a fin de resumir lo que apareció en las sesiones mixtas (Luterman, 1985).

Luterman (1985), propone otra alternativa en el enfoque, es la técnica de la “pecera”, en la cual las madres del grupo se sientan en el centro y los padres observan desde la periferia. Las madres discuten problemas de las relaciones entre marido y mujer, mientras los hombres se limitan a escuchar. Después de cierto tiempo, los grupos se invierten, los padres vienen al centro y las madres observan desde la periferia. Al final de la sesión, se organiza una discusión con todo el grupo, con interacción entre esposos y esposas. Esta técnica, parece promover una discusión mucho más libre que en el caso de la discusión con todo el grupo frente a frente. El grupo en el centro parece olvidar rápidamente que sus cónyuges están en la periferia y la discusión se vuelve muy confortada. Cuando se reúne el grupo en su totalidad, los miembros pueden discutir puntos individuales. La “pecera” ayuda a iniciar el trabajo de grupo y sólo necesita emplearse una o dos ocasiones antes de una discusión con la totalidad del grupo.

Luterman (1985), aclara que a pesar de sus mejores esfuerzos, la brecha entre los conyugues (inicialmente, al menos) parece ampliarse.

Durante las sesiones matutinas del grupo, las madres con frecuencia se quejan de que no cuentan con suficiente apoyo emocional de sus esposos y como resultado, son ellas los únicos miembros de la familia que se enfrentan a los aspectos emocionales. Sin embargo, las mujeres parecen sentirse más cómodas que los hombres al tratar los aspectos emocionales. En esta cultura, la mayoría de los hombres no parecen dispuestos a tomar en cuenta las emociones; prefieren manejar aspectos tangibles y hechos que puedan manipular. Los padres al tener que participar, tienden a tomar un punto de vista mucho más grande y se interesan en aspectos vocacionales, políticos y monetarios de la manutención de un niño con hipoacusia.

Sería un error, respondieran a los ruegos de las madres que tratan de obtener mayor apoyo emocional de sus esposos, hacer presión para despertar el afecto del grupo de padres o pidiéndoles (exhortando) a éstos para que proporcionen a sus esposas mayor apoyo emocional. Esta conducta no es favorable, en particular la exhortación, ya que sería una violación a la norma de estímulo no impositivo que previene aceptar al grupo tal como es en determinado momento. También estaría en contra de los mejores intereses de estas familias, alentar a los hombres a mostrar abiertamente sus sentimientos, en contradicción a su tradicional papel en la familia.

En la familia puede haber necesidad de ambos enfoques: el inmediato y más intuitivo que la mayoría de las mujeres parecen proporcionar y el más intelectual, basado en hechos y planeado a largo plazo, que la mayoría de los hombres parecen aportar a la relación. Estas funciones se complementan y si se manejan adecuadamente, pueden actuar en provecho de mejores intereses para el niño. En aquellas relaciones que no permitan efectuar cambio, los padres deben aprender a aceptarse recíprocamente, por lo que cada uno de ellos puede proporcionar y buscar en otro espacio lo que sienten que les falta. Las mujeres que no pueden encontrar apoyo dentro de su matrimonio pueden necesitar encontrarlo en otro lugar, por ejemplo, en los grupos de apoyo a los padres que operan en las escuelas o en las organizaciones de padres de familia (Luterman, 1985).

La palpable necesidad de apoyo emocional, puede dejarles entrever muchas otras deficiencias en las relaciones entre los esposos y muchos matrimonios en los que las cosas se complican por la presencia de hijos con necesidades especiales terminan en divorcio.

En las familias se observa, que el divorcio pareció haberse precipitado por la tensión extra que significa un niño con deficiencia auditiva sobre una relación ya de por sí debilitada. A veces el divorcio, es el resultado del desarrollo personal de los padres, un reconocimiento de su propia fuerza, autonomía y una preferencia por actuar así. También han visto (los padres así lo han relatado) el caso opuesto; o sea, algunos matrimonios que han resultado reforzados por la experiencia de tener un hijo con hipoacusia, cuya presencia se vuelve un punto de cohesión para los padres y el resto de la familia, el niño con necesidad especial puede ofrecer la oportunidad de

reestructurar una relación que quizá se había deteriorado. Los hombres informan con frecuencia lo complacidos que se han sentido al apreciar la fortaleza de sus esposas y las madres han expresado deleite frente a las solícitas cualidades que han desarrollado sus esposos. Con frecuencia, ambas partes encuentran un nuevo propósito al trabajar juntos muy interesadamente en organizaciones de padres, en programas de terapéutica y al hacerlo así, refuerzan los nexos entre ellos. Las familias en las cuales se encuentra bien establecida (o puede establecerse durante el programa) una buena comunicación entre marido y mujer logran sobrevivir o desarrollarse; las familias en las cuales hay una mala comunicación, parecen condenadas a la destrucción (Luterman, 1985).

Luterman (1985), expone que con demasiada frecuencia, en un programa para los padres cometen el error de no reconocer las propias necesidades de los padres para su desarrollo personal y para disfrutar de cierto tiempo libre de las obligaciones de tratar con la hipoacusia. Los padres pueden volverse “unidimensionales”, o sea, pensar únicamente en términos de la hipoacusia del niño. Para algunos, esto puede provocar una enorme cantidad de resentimiento o el síndrome de la “madre mártir”. Este síndrome se llama así por afectar más a las madres que a los padres, aunque en ocasiones se observa a algún “padre sacrificado.” La madre, por lo general se vuelve mártir como resultado de sus sentimientos de culpa; los considera como una especie de retribución por haber causado -en alguna forma- la hipoacusia del niño y como parte de la idea que se tiene de la paternidad como un papel noble y de autosacrificio, en el cual, siempre se relega la satisfacción de las necesidades personales de los padres. La madre mártir se encuentra siempre resentida y con frecuencia le dice al niño, no con sus actos (si no con palabras): “¡Mira todo lo que he hecho por ti! pág. 146”. El niño puede entonces, comenzar a sentirse vagamente culpable; puede sentir que nunca satisface realmente a su desdichada madre y quizá nunca se sienta digno de recibir el tiempo y las cosas materiales que se le están dando con tal renuencia. El hijo de una madre mártir se encuentra siempre cargado de culpa y tiene una reducida autoestimación.

A veces, la mejor terapéutica para el niño son unas vacaciones lejos de los padres. Así mismo, han encontrado que el día libre de los padres constituye una técnica

muy útil. Es importante que ellos dispongan de tiempo para sí mismos y que hay otras personas que pueden hacer el trabajo necesario con el niño. Cuando tiene éxito, esta técnica puede convertir a un padre en un individuo más tranquilo y receptivo, que trabaja mucho más eficientemente con su hijo (Luterman, 1985).

Cuando el niño es muy pequeño, los padres acuden con los profesionales con muchas esperanzas. Muchas de ellas no se cumplen, aunque no es por culpa del profesional; sin embargo, como consecuencia, los padres experimentan una gran frustración. El profesional debe darse cuenta de tales expectativas y prepararse a trabajar con tales reacciones, ya que con mucha frecuencia el coraje que se motiva de las expectativas frustradas, se desplaza al propio profesional. La principal expectativa que se pierde en la mayoría de los padres es muy razonable, de que tendrá un niño normal. Esta esperanza la dan siempre por supuesta, aunque con frecuencia no se le aprecia, ni por los padres, ni por el profesional, en su debida trascendencia. La mayoría de las personas se lanzan a la paternidad con la confianza de que su hijo será normal y por supuesto, hermoso, con gran probabilidad de llegar a ser una persona importante. Y aunque puedan surgir ciertas dudas durante el embarazo, rara vez se las reconoce o se analizan. Cuando los padres descubren la hipoacusia en su hijo, se destruye su propia sensación de invulnerabilidad, a lo cual responden, en un principio, con perplejidad y después con furia, dirigida al hijo. Por el otro lado, los padres esperan que el profesional se haga cargo del caso, o sea de la reparación de un oído lesionado o asuma la responsabilidad completa de educar al niño con hipoacusia (Luterman, 1985).

Luterman (1985), menciona que los padres depositan también grandes esperanzas en el aparato auxiliar para la audición. Los padres suelen pensar en los anteojos para hacer una analogía: "Si quienes sufren un problema de la visión usan anteojos para ver normalmente, ¿Por qué un niño con problema auditivo no puede emplear un dispositivo auxiliar para oír normalmente? Dicha expectativa se presenta a pesar de todas las advertencias del audiólogo y los conduce al síndrome de desengaño-ira. pág. 17". Es otra explicación del problema que tienen los padres para hacer que su hijo acuda a la escuela con un auxiliar auditivo en buen funcionamiento. Los padres comentan que odiaban a los auxiliares para la audición en las etapas

iniciales, porque no lograban hacer que el niño escuchara, por lo tanto, hacían más evidente su hipoacusia.

La más difundida y quizá la más nociva, de las expectativas, se relaciona con lo que los padres esperan de sí mismos y del niño. Abrigan la esperanza de que podrán vencer a la hipoacusia con absoluto aplomo, sin caer nunca en la desesperación (cuando menos no por mucho tiempo) o en el enojo. Quieren que su familia sea un equipo amoroso, cooperador y que colaboren todos al unísono para producir un “super-niño” con hipoacusia (Luterman, 1985).

Desde el punto de vista clínico, consideran fundamental conocer las expectativas de los padres, ya que todas ellas, si son exageradas, están condenadas al fracaso. El niño nació con hipoacusia; el niño no escuchará “normalmente”, el maestro no puede tomar toda la responsabilidad para educar al niño (aunque algunos intenten hacerlo); los auxiliares para la audición no curaran la hipoacusia. Las esperanzas fallidas les llevan, como en una cadena, del enojo al rechazo y finalmente, a la desesperación. Cuando los padres, esperan que su niño con hipoacusia llegue a hablar tan bien como las personas que gozan de la audición, se dan cuenta de que no lo logrará, vuelven a experimentar gran enojo. Este sentimiento va dirigido al maestro o a la escuela; a veces también se internaliza contra el mismo padre y finalmente, se refleja sobre el niño. Con frecuencia, lo primero que hace el padre es rechazar el programa; luego comienza una “peregrinación” en busca del mejor maestro o de una curación milagrosa. Finalmente, el mismo niño sufre rechazo y reconoce en forma vaga que él es la fuente de la desesperación de sus padres (Luterman, 1985).

Las expectativas exageradas limitan la percepción de la realidad. El padre que espera que su hijo llegue a hablar, tiende a valorar a la criatura sólo en términos de si está o no hablando bien y deja de apreciar o aceptar cualquier otro aspecto del desarrollo del niño. En el análisis de las expectativas acerca del desarrollo del niño es importante que el médico no contraste sus propias y limitadas esperanzas con las de los padres. Es imperativo que los padres acepten esta filosofía si quieren una familia y un hijo que funcione adecuadamente (Luterman, 1985).

Para Marchesi (1991), la constatación de que su hijo tiene hipoacusia es un problema difícil para los padres, ante el que pueden dar distintas respuestas. Hay



padres que persisten en un peregrinaje de diagnósticos sucesivos, en ocasiones, dura largos años, con el consiguiente desgaste emocional ante la constante frustración. En ocasiones, el problema les resulta tan angustioso que optan por una actitud de negación; se resisten a aceptar que su hijo tiene algún tipo de dificultad. Esta actitud puede acarrear importantes consecuencias, tanto porque no se establecen los medios terapéuticos adecuados para la estimulación y tratamiento del déficit auditivo del niño, como por las implicaciones que a nivel de relación suponen. Una actitud claramente distinta, que encierra características similares, es la de “delegar” en los expertos. Los padres, en ocasiones, se sienten incapaces de tomar parte en el proceso educativo y de intervención con la hipoacusia de su hijo, optando por delegar en los demás, en “los que saben”, la total responsabilidad de la educación de su hijo. Todas estas situaciones suelen acompañarse de sentimientos contradictorios (rechazo, sobreprotección...) y fuertes sentimientos de culpabilidad. Los padres tienden a sentirse responsables de los déficits del niño. La etiología parece jugar un papel importante en la forma de vivir el diagnóstico.

Cuando la causa de la hipoacusia es desconocida, los padres tienen más tendencia a sentirse culpables (Meadow, 1969 citado en: Marchesi, 1991).

A menudo, el diagnóstico de hipoacusia puede ocasionar cambios en las relaciones familiares, dificultando la relación de pareja o por el contrario, favoreciendo la cohesión familiar como única vía de encarar las dificultades planteadas. Todo lo expuesto hasta este momento, apunta a la necesidad de orientar e informar a los padres oyentes de la hipoacusia del niño. La situación que se plantea a los padres con hipoacusia es radicalmente distinta, en cuanto a la aceptación de la hipoacusia de su hijo, ya que suelen mostrar una actitud menos angustiada. ¿Cuál es la situación comunicativa que se plantea entre un niño con hipoacusia y sus padres oyentes? Con toda la probabilidad, los padres se sentirán frustrados ante la falta de respuestas por parte del niño a sus intentos comunicativos verbales. A menudo, sin ser conscientes de ello, se sienten rechazados por esta ausencia de respuesta, lo que les lleva a una disminución en la frecuencia de las interacciones y a un empobrecimiento progresivo de las mismas, unido al aumento de ansiedad. Todo esto puede conducir al niño y a sus padres a una situación de aislamiento. En este sentido, algunos autores han

evidenciado síntomas de “indefensión”, tanto en los niños como en los padres. El término “indefensión” fue utilizado por Seligman (1975, citado en: Marchesi, 1991) para referirse a la situación a la que se evocaba una persona cuando se da cuenta de que sus acciones no tienen efecto en el entorno, lo que produce una disminución en las iniciativas y en las respuestas voluntarias. No es extraño que este tipo de situaciones se planteen con otros niños que tengan hipoacusia. Ante su dificultad de expresar adecuadamente sus deseos y necesidades, los padres tienen más problemas para entenderles. Es posible que la respuesta de los padres de los niños con hipoacusia sean menos contingentes, lo que puede provocar en los padres sentimientos de inseguridad ante su propio rol. La relación que existe entre calidad de estimulación comunicativa materna y competencia en esta área del niño es muy estrecha. Schiesinger y Meadow (1972 citado en: Marchesi, 1991) analizaron las interacciones de madres con sus hijos con hipoacusia preescolares y las compararon con las interacciones de niños y madres oyentes.

Encontraron que los dos grupos presentaban diferencias en seis de las diez dimensiones de interacción estudiadas. Los resultados indicaban que las madres de los niños con hipoacusia se mostraban más inflexibles, menos permisivas y más frecuentemente didácticas que las madres de los niños oyentes. Al dividir el grupo de niños con hipoacusia de acuerdo con su competencia comunicativa, encontraron que los resultados en las diadas de niños con hipoacusia con buena competencia eran comparables a las de los niños oyentes. La competencia comunicativa era un factor poderoso a la hora de determinar la conducta tanto del niño como de la madre.

En esta misma línea, Clarke-Steward (1973 citado en: Marchesi, 1991) encontró que la calidad de la estimulación materna tenía fuertes repercusiones en la conducta del niño. Existiendo una fuerte correlación entre un factor que denominó “óptimo cuidado materno” y la competencia del niño.

En cuanto al tiempo de contenidos expresados, las madres de los niños con hipoacusia tienden más, como ya han señalado, a regular la conducta de sus hijos que ha compartir información, interrogar Valmaseda y Clemente, (1985 citado en: Marchesi, 1991).

Es importante señalar, que las interacciones son muy dependientes del contexto. Algunos estudios han constatado que las madres de niños con hipoacusia sólo podían comunicarse con sus hijos preescolares sobre cosas o acontecimientos presentes. Schlesinger (1982 citado en: Marchesi 1991) mostró, por otra parte, que el 95% de los niños con hipoacusia y sus padres, limitan su comunicación a temas de referencia visual. Si los padres no son capaces de comunicar al niño el curso de los acontecimientos futuros, dándole seguridad, éste puede mostrarse desconfiado viviendo los acontecimientos de forma amenazadora (Marchesi, 1991).

Esta situación varía ostensiblemente cuando el niño con hipoacusia tiene un sistema estructurado de comunicación, que le permita relacionarse de forma más adecuada con su medio ambiente. No olvide que de forma general, el lenguaje ayuda a que el niño se configure como individuo, diferenciándole de lo externo a la vez que incluyéndole en una pluralidad. En este sentido, los datos indican que los niños con hipoacusia con un sistema de comunicación oral -signado ya sea en forma bimodal- si sus padres son oyentes o bilingües (si sus padres tienen hipoacusia), suelen tener un mejor ajuste comunicativo. Los padres pueden también beneficiarse de esta situación. Schlesinger y Meadow (1972 citado en: Marchesi, 1991) encontraron grandes diferencias entre madres que utilizaban un sistema signado en su comunicación y madres que empleaban un sistema exclusivamente oral. Estas últimas mostraban menor confianza y aceptación, más stress y sensación de menor control sobre la conducta de sus hijos, mientras que las primeras mostraban mayor efectividad y confianza como padres. Como contrapunto, cabe señalar que la madre con hipoacusia puede tener dificultades similares en la interacción con sus hijos oyentes.

Los padres, pero la madre principalmente tiene el papel más determinante en la socialización del niño con hipoacusia. Naturalmente, la acción de los profesionales, desde el médico al audioprótesisista, desde el ortofonista y psicólogo al pedagogo, es esencial para dicha adaptación. Pero no hace más que confortar y hacer eficaz la acción educativa de los padres, quienes siguen siendo los verdaderos garantes del porvenir de su hijo. Todos los éxitos sociales del niño con hipoacusia, son éxitos también de los padres. Evidentemente, ello en mayor medida cuando la hipoacusia es profunda (Claude, 1987).

Morgon, Amard y Daudent (1984), indican que se habla, principalmente, del papel que asume el padre y la madre; pero no olvide que el niño con hipoacusia necesita, más aún que otro niño, un equilibrio dinámico en cuanto a su entorno. Tenga muy en cuenta, por la importancia que implica respecto a su vida personal, el equilibrio de los padres.

Si la madre se dedica exclusivamente al niño y el padre se margina de la situación, el niño organiza forzosamente un sistema de relaciones que no alcanza un equilibrio dentro del contexto de su desarrollo. El niño establece una dependencia exclusiva con la madre; cuando crece, adquiere conciencia de que él ha sido el resultado de todo lo que la madre le ha proporcionado; sufre al sentirse deudor y frustrado de su propia autonomía. Todo sucede como si se hubiera organizado, entre madre y niño, un sistema de relaciones, una interdependencia demasiado estrecha que excluye a los demás, inclusive al padre que no encuentra lugar, ni respecto al niño, ni respecto a la madre. Si el padre no haya lugar en este sistema relacional, si el niño es prioritario al matrimonio, las relaciones familiares fallarán. El niño debe tener un hermoso hueco en la vida de los padres, pero de ningún modo debe suplantarlos. Es preferible dedicar menos atención al niño antes de comprometer -por darle un papel prioritario, casi exclusivo- la vida afectiva de la pareja.

El niño tiene la necesidad a la vez, de un padre que es un hombre y de una madre que es una mujer, más que de una madre que se consagre totalmente a él, aún cuando ésta lo haga con absoluta devoción, pero a fin de cuentas, en detrimento del resto (Morgon, Amard y Daudent, 1984).

Luterman (1985), indica que además de la inversión de papeles que con frecuencia se presenta entre marido y mujer, ocurre otra inversión entre los padres del niño con hipoacusia y los abuelos. Estos, por lo general, se fijan en la etapa de la negación: les resulta difícil manejar el dolor de tener un nieto inválido y el saber que su propio hijo está sufriendo. La experiencia le crea una formidable situación emocional que tiene que superar y que incide en un momento de la vida en el que quizá se encuentren menos preparados para hacer frente a conflictos emocionales. Los abuelos, como la mayoría de los no profesionales, carecen de información y conocimientos acerca de la hipoacusia. En consecuencia, sus hijos (los padres del niño con deficiencia

auditiva) frecuentemente saben mucho más que ellos y se encuentran mucho mejor emocionalmente.

Los padres, a través de contactos profesionales y de la educación de grupos con padres, adquieren rápidamente información y quizá apoyo emocional que les pueda ayudar a recorrer las etapas de su aflicción con más rapidez que los abuelos. Además, si la madre y el padre buscan el apoyo de sus propios padres, frecuentemente no lo obtienen y en vez de esto, son ellos, la generación intermedia, los que tienen que actuar como “padres” de sus propios padres. Proporcionándoles información y apoyo emocional. Los padres jóvenes con frecuencia resisten profundamente esta inversión de papeles, por lo mucho que necesitarían ser consolados por sus padres, sin lograrlo.

Luterman (1985), expresa que los grupos de abuelos pueden ser muy útiles y en ocasiones los padres no solicitan llevar a cabo grupos de trabajo entre padres y abuelos. La técnica de la “pecera” parece muy efectiva en tales casos. Se necesita que el profesional ayude a readquirir esperanzas; el tranquilizar a los abuelos da a los padres cierto respiro, proporcionando a los abuelos una fuente de información y apoyo. No todas las relaciones entre padres y abuelos son negativas. En ocasiones, los abuelos han resultado más capaces que los padres y han asumido la atención primaria del niño. En estos casos responden de manera muy similar a los padres, siendo la única diferencia que son de mayor edad y más prudentes.

Los padres descubren con frecuencia que los abuelos del niño constituyen un importante recurso para ellos, aunque no en la forma que originalmente habían esperado. Los abuelos frecuentemente proporcionan una tregua en la atención, a través del muy necesario cuidado del niño, de modo que los padres puedan disponer de cierto tiempo libre. Los abuelos también pueden atender a los otros hermanos en la familia, cuando los padres se encuentran abrumados por las demandas del niño con hipoacusia, el papel de padres sustitutos desempeñado por los abuelos puede resultar muy importante para el bienestar emocional de los hermanos normales. El nuevo tipo de relación entre padres y abuelos también puede ser muy satisfactoria; por vez primera, los padres pueden comenzar a responder como adultos al tratar con sus propios padres y, a la vez, también ser tratados como adultos (Luterman, 1985).

Ahora bien, si el niño con una incapacidad no es manejado adecuadamente por los padres, presenta enormes problemas emocionales para el hermano normal. Con mucha frecuencia, el hermano obtiene proporcionalmente menos tiempo y energía de sus padres debido a que el niño con invalidez acapara su atención. No es raro que los hermanos desarrollen un seudodéficit sensorial en lugar de obtener parte de la atención paterna. Aunque ésta es una forma bastante externa de llamar la atención, otras estrategias más comunes han sido: fracasos escolares, enfermedades y berrinches frecuentes.

Estas tácticas son medidas de reafirmación que, por lo general, se toman para despertar el interés de los padres y lograr el objetivo de llamar la atención. No obstante, el problema más grave y más insidioso, puede ser el niño “muy bueno”, que nunca se queja y que encierra algunos profundos resentimientos no expresados. Este niño puede crecer sin satisfacer algunas de sus necesidades fundamentales (Luterman, 1985).

A los hermanos se les pide con frecuencia, que asuman muchas responsabilidades en una etapa mucho más temprana que la ordinaria, de no existir un niño inválido en la familia. Por ejemplo, se les pide que sirva de niñera mientras los agobiados esposos corren para ir a otra reunión de padres o una cita con el médico. Así mismo, el hermano puede percibir y responder a la preocupación de los padres y no querer ser visto con o cuidar al niño inválido en público. La actitud de sentirse apenado parece ser más evidente en el caso de los hermanos adolescentes. En la época en que tiene mayor inclinación a mezclarse con sus amigos, pueden llegar a ser identificados como “el hermano del niño con hipoacusia”, lo cual les puede resultar bastante doloroso (Luterman, 1985).

Las soluciones para el problema del hermano son muy fáciles de plantear teóricamente, pero con frecuencia son difíciles de lograr en la práctica. Los padres necesitan atender directamente a los otros hijos como personas, no simplemente como recursos para ayudarlos a lograr un niño inválido que funcione bien. El hermano necesita ser incorporado en las discusiones familiares respecto a su bienestar propio; él también merece atención por derecho propio. Este equilibrio no siempre resulta fácil para los padres dado que están gastando muchísima energía en el niño con invalidez, en su propia relación y en su relación con los abuelos. Las diversas fuerzas

antagonistas que luchan en el interior de la familia causan una formidable tormenta que los padres tienen que sortear (Luterman, 1985).

El tópico de los hermanos surge con frecuencia en las reuniones del grupo de padres; éstos, por lo general, son conscientes del problema y se muestran preocupados acerca de lo poco equitativo que resulta el tiempo y la atención dedicados a sus respectivos hijos. El pasar un día con el hermano en la guardería, ha ayudado a hacer participar a los niños normales con sus hermanitos con hipoacusia. Los padres también han encontrado útil dedicar un tiempo especial a los otros hijos y contratar la atención de una niñera; mientras ellos pasan un día con sus hijos que gozan de audición normal. Los abuelos también pueden frecuentemente actuar como padres sustitutos para los nietos normales. También surgen problemas con respecto a los hermanos por nacer. Los padres se enfrentan con frecuencia a la dolorosa decisión de si deben o no deben tener otro hijo, en particular, cuando el niño con hipoacusia es primogénito. Este aspecto lo analizan con frecuencia en los grupos de padres; la decisión acerca de si se debe tener otro bebé (los padres por lo general sí lo desean; las madres se muestran más renuentes) parece guardar relación directa con lo bien que el niño con hipoacusia progresa en relación con las expectativas de los padres. Los padres que se encuentran satisfechos consigo mismos y con los adelantos de su hijo, por lo general optan por tener otro bebé; aquellos que han enfrentado mayores dificultades tienden a diferir un nuevo embarazo. El asunto es muy complejo e implica muchas variables relacionadas con las expectativas y la economía de la familia. Desgraciadamente, la orientación genética convencional es, por lo general, tan vaga, que resulta casi inútil para ayudar a que los padres tomen una decisión (Luterman, 1985).

Morkovin (1963), afirma que para lograr la adecuada rehabilitación del niño con trastornos del oído, es necesario obtener, desde un principio, el entusiasmo y la cooperación familiar. En el momento mismo en el que la familia sospecha que el niño tiene una pérdida auditiva debe consultar tanto a un otólogo como a un audiólogo y cooperar con ellos. Una vez que ha conocido el estado real del niño, es decir, que éste es incapaz de oír, los padres seguramente se enfrentarán a una situación por demás desagradable. Tendrán que echar mano de todo su valor y encarar los hechos sin perder la calma. Al mismo tiempo, no deben permanecer inactivos ni compadeciéndose

a ellos mismos. Deben hacer cuanto se halle a su alcance, lograr que el niño sienta que es aceptado tal y como es, que se le quiere y se le desea, independientemente de su desventaja funcional. Esta actitud positiva de los padres es uno de los factores más importantes para poner al niño, desde el principio, en el camino correcto para lograr que llegue a hablar y adaptarse dentro del mundo de individuos oyentes. Si los padres logran hacer sentir al niño que forma parte de la familia, éste aprenderá muy pronto a participar en las actividades cotidianas y a imitar el lenguaje de los miembros de su familia.

Morkovin (1963), señala que los miembros de la familia deben recibir orientación, guía por parte de un audiólogo y de un maestro de niños con hipoacusia, dar adiestramiento al niño para que utilice sus restos auditivos y haga un buen uso de todas sus capacidades sensoriales y mentales. Haciéndolo que participe en una vida activa, plena de intereses y atractivos, los padres evitarán su aislamiento social y la carencia de experiencia y como resultado, liberan su inteligencia natural de la cárcel que significa la hipoacusia. La familia debe seguir cumpliendo con el importante papel que le corresponde, para ayudar al niño a que se ajuste dentro de la escuela y con otros grupos sociales. Al mismo tiempo que le ayudan a resolver sus nuevos problemas, deben ayudarlo a que, poco a poco, se valga de sí mismo, es decir, dependa de sus propias fuerzas.

Por otra parte Morkovin (1963), dice que los padres del niño con hipoacusia deben ser realistas y darse cuenta de las limitaciones que tiene su hijo. Muchos niños con hipoacusia, especialmente si no están en posibilidad de usar un aparato auxiliar contra la hipoacusia, tienen grandes dificultades para adquirir una comunicación fluida por medio del lenguaje.

Para Suriá (1982), la audición es el sentido que más coloca al individuo en el mundo. Siendo el hombre un ser incompleto en sí mismo, su vida implica una convivencia, un confundirse entre los otros, una comunicación, una necesidad de intimar con el mundo exterior y de formar parte de todos los medios ajenos y circundantes que le hagan progresar en esta dinámica de su vivir. El oyente logrará imitar cualquier elemento lingüístico que le llevará a comunicarse por la palabra, pero ¿Y el deficiente auditivo? ¿Cómo puede evolucionar en este vivir comunitario sino



puede manifestar lo que siente y piensa por falta del lenguaje oral? ¿Cómo se comunicará con los demás seres?

La problemática que la hipoacusia encierra, parte de la esencia misma del lenguaje y es suficientemente importante para que muchos profesionales o no, se ocupen debidamente de ello: la medicina, centros de educación, la psicología, asistentes sociales, la sociedad en bloque, ¡los padres!... todos y cada uno de ellos deben colaborar en lo que supone un trabajo en equipo para lograr una visión global, humanista, científica, desde todos los ángulos de la cuestión, movilizando cualquier resorte posible en busca de unos resultados realmente positivos (Suriá, 1982).

Dale (1981), asevera que los niños con hipoacusia deberán realizar muy frecuentemente actividades como, investigar, jalar, arrastrar, mirar, aprender, pensar, cargar, medir, probar, “hablar”, reír y raramente asilarse. Todos los niños necesitan actividad, pero dado que los niños con hipoacusia reciben menos estimulación a pesar de los cientos de sonidos que se encuentran cerca de ellos necesitan mayores estímulos.

En general los intereses de un niño con hipoacusia son los mismos que los de los niños con audición normal. Los padres deben tratar de que sus actividades sean provechosas, por lo que se deben preguntar ¿Es nuestra casa adecuada para que nuestro niño juegue y se mantenga ocupado sin trastornarlo todo? ¿Hay alguna forma de hacerlo mejor? ¿Se mueve fácilmente dentro del hogar? La gente que vive en el campo se encuentra en este aspecto, en condiciones mejores que las que viven en las ciudades. Posiblemente una esquina del jardín podría ser el escenario para que el niño juegue, aunque algunos padres podrían quejarse de que todo el jardín ha sido revuelto (Dale, 1981).

Los padres de los niños con hipoacusia han encontrado que las actividades que se practican en las guarderías son entretenidas para ellos, durante el periodo preescolar; como jugar con arena, agua, jugar con muñecas, hacer pompas de jabón, pintarse las uñas, recortar, construir casas, trenes de cajas, ver programas de televisión y “oír” programas de radio. Los niños con hipoacusia al igual que los niños con audición normal disfrutan de juegos en los cuales intervienen otras gentes como son los juegos de pelota, las escondidillas, teléfono descompuesto, la gallinita ciega, etc. Las

recitaciones son usualmente aceptadas. Otros juegos como el dominó, damas, o simplemente las cartas que no involucran la audición le dan la oportunidad a estos niños de realizarlo bien o aún mejor que sus compañeros de juegos. (Dale, 1981).

Morgon, Amard y Daudent (1984), indican que igual que para todo niño, el entorno no se limita al padre y a la madre. Si bien tienen un excepcional papel como auxiliares de la reeducación y ante todo como padres, también todos los que forman parte de la constelación familiar en sentido amplio, tienen asimismo un papel a desempeñar en la vida del niño con hipoacusia. Es necesario ampliar las miras del entorno del niño y utilizar todos los contactos posibles que se deban entrelazar para lograr el mejor equilibrio posible. Puede ser nefasto aislar al niño de las relaciones - aunque óptimas- con los padres, lo mismo que hacerle participar extremadamente de estas relaciones. Todos los personajes que gravitan alrededor del niño tienen su importancia. Cada cual en su sitio, con sus miedos personales, pueden saber o sentir, lo que es capaz de realizar con este niño; deben experimentar y participar, aunque menos intensamente, en sus progresos. Aprende a comportarse como los otros niños mayores. Él puede aprender mucho más y utiliza, en este sentido, a sus hermanos. Éstos pueden, a la vez, desempeñar un papel muy eficaz en la educación del niño con hipoacusia. Sus facultades de imitación les permiten reproducir intuitivamente aquello que ven hacer a su madre sin que haya necesidad de procurarles mayores explicaciones; su madre puede dar ciertas orientaciones a estos hermanos si son mayorcitos y pedirles su colaboración, así como llamarles la atención según su forma de comportarse y según la circunstancia. Evidentemente, ello implica que el primogénito se sienta satisfecho en esta situación y se siente útil para con su hermano con hipoacusia; éste también debe aceptar la atención que se depara el más pequeño y hay que procurar que no la entienda como preferente a la suya; este equilibrio es, a menudo, difícil de lograr porque el niño con hipoacusia acapara mucho del tiempo de los demás y tiende a situarse en el centro de las ocupaciones, conversaciones e intereses de la familia; es posible valorar el papel del mayor y estimularle a identificarse con los padres para utilizar su dinámica y su sentimiento de protección (Morgon, Amard y Daudent, 1984)

### **3.2 ¿Cómo será la integración del niño con hipoacusia a la vida social?**

Flores y Berruecos (2003), aluden que si el niño desde muy pequeño aprende a convivir con los demás y conquista su lugar en un marco familiar, escolar y social formado por oyentes, no enfrentará mayores dificultades de integración, por ejemplo, el niño con hipoacusia no tiene prácticamente ningún problema para los deportes y puede empezar a practicarlos desde muy pequeño. Desde luego habrá que tomar en consideración algunas reservas lógicas: tendrá que quitarse su aparato para nadar o para practicar otros deportes en los que exista cierto grado de rudeza. Quizá pareciera absurdo para algunos individuos hablar de la importancia de la educación musical para los niños con hipoacusia. Sin embargo, la educación rítmica, parte del adiestramiento auditivo, es de primordial importancia, aunque no se puede hablar, fuera del marco del ritmo, de una práctica específica de la música o del canto por parte del niño con hipoacusia, algunos niños pueden lograr cierta discriminación de sonidos graves, medios o agudos. En estas condiciones se les puede estimular a escuchar, más que con el objeto de que aprenda la música o el canto, para escuchar que esos parámetros musicales les sirvan en su programa de desenvolvimiento verbal. Cuando el niño padece un problema superficial o medio, puede incluso formar parte de conjuntos musicales, utilizan, por ejemplo, instrumentos de percusión.

Morgon, Amard y Daudent (1984), manifiestan que es evidente que, aparte de los individuos más allegados al niño, no se dan consejos ni explicaciones con respecto a todos estos personajes secundarios que forman parte de la vida comunitaria del niño y que dan, de alguna manera, los elementos que más frecuentan su medio familiar. Sin embargo, no deben de menospreciar la adaptación social de este niño que va creciendo y es muy importante que muy pronto aprenda a sentirse a gusto entre todos estos personajes que le rodean a diario. Debe de plantear, al respecto, el problema que presenta el niño inadaptado al gran público, a todos aquéllos que no saben lo que esto pueda comportar. El niño que presenta algún tipo de deficiencia suele ser causa de una mezcla de desacomodo, torpeza, curiosidad y también malevolencia o inquietud, por parte de algunas personas. Los que se comportan con torpeza, lo hacen a menudo, porque no saben ni qué hacer, ni qué pensar; no saben que deben comportarse con el

niño con hipoacusia con la misma espontaneidad con que lo harían con un oyente. No son los padres quienes deben explicar lo que tienen que hacer. Lo que sí tienen que hacer los padres, es manifestarse de forma adecuada para que los demás entiendan que deben corregir su torpeza y desconcierto. El niño con hipoacusia no debe situarse al margen de las cosas ni inhibirse frente a determinados contactos. Al contrario, debe procurarse que vivencie la vida como todos los demás, con todos los innumerables contactos cotidianos que comparte.

Existe evidencia de que los niños con audición defectuosa no maduran socialmente tan rápido como lo hacen los niños normoyentes. Myklebust (citado en: Dale, 1981) usando una escala de madurez social de Vineland encontró que 150 niños con hipoacusia en un internado tuvieron un puntaje aproximadamente 15% menor que los niños con audición normal. Es significativo que los niños más pequeños (por debajo de 15 años) estuvieron menos de 8% más bajos, pero la diferencia entre los que tienen hipoacusia y los que no tienen hipoacusia se aumenta con la edad hasta los 19 y 20 años de edad. Los resultados aparecieron 25% más bajos que el promedio para niños con audición normal.

Han observado sin embargo, que al iniciar un trabajo, mezclándose principalmente con hombres y mujeres más que con otros niños, manejando su propio presupuesto, teniendo contacto regular con personas con audición normal y experimentando mayor libertad durante las horas libres, todo eso tiene un efecto de mayor madurez en los niños con hipoacusia, parece ser por lo tanto, que los grupos más grandes de Myklebust (citado en: Dale, 1981) podrían haber alcanzado resultados significativamente más altos de no haber acudido a escuela de personas con hipoacusia hasta la edad de 20 o 21 años.

Myklebust (citado en: Dale, 1981) tuvo una muy importante contribución al presentar conocimientos acerca de la personalidad y la adaptación social de personas con hipoacusia cuando estudió un grupo de 127 adultos con dificultades de audición.

Estas eran personas con hipoacusias adquiridas (el promedio de edad de inicio era de 21-22 años) y en muchos casos la pérdida auditiva no era muy severa (promedio de 67 db. en la escala americana). Su problema de comunicación era mucho menos serio que el de aquellos nacidos con una hipoacusia severa o profunda, sólo tienen un

problema es “un sentido” ya que su lenguaje es generalmente bastante inteligible. Además de esto, Myklebust (citado en: Dale, 1981) encontró que muy pocos mantuvieron las mismas amistades que tenían antes del inicio de la hipoacusia. El aislamiento social resultante de la pérdida de audición era marcado. Casi todos encontraron la necesidad de desarrollar identificación con otras personas con pérdidas aditivas.

Morgon, Amard y Daudent (1984), afirman que en este contexto de socialización aparece una etapa importante; un ensanchamiento del horizonte fuera de la célula familiar, es el momento de pensar en la escuela. Cuando un niño con hipoacusia está sometido a la Educación Precoz, intentan, desde los dos años o dos años y medio, integrarlo en el marco escolar. Generalmente, buscan una guardería por el barrio. A esta edad, el niño pasa tres o cuatro medias jornadas por semana en la escuela y esto se desarrolla, por regla general, muy óptimamente, tal como ocurre con todo niño a esta edad. Frecuentemente se topa con algunas vacilaciones por parte de la dirección de la escuela. Puede ser que sea una escuela que jamás se ha encontrado delante de un problema parecido y a menudo es necesaria la explicación que esta solución es la mejor para el niño con hipoacusia, dado que se pretende para él una adaptación tal como si se tratase de otro niño cualquiera, para que él saque el mejor provecho al convivir con otros niños, participando en la mayor parte de las actividades generales. Los profesores comprenden perfectamente que este ambiente resultará muy estimulante para el niño con hipoacusia; que imitando a los otros, realizará sus primeros pasos en la vida social, ampliándose el universo protegido y limitado de su pequeña infancia.

Morgon, Amard y Daudent (1984), indican que el niño es el personaje central. Ante todo es un niño como los demás, que tiene su propia personalidad, sus tendencias personales y un lugar en la familia, progresa como los demás y más o menos aprisa, respetando más o menos las normas. Sigue su propio ritmo. El niño usa audífono. Pueden considerar que su prótesis acústica forma parte de él mismo; es un complemento de su sistema auditivo; algunos niños se colocan automáticamente y desde buena mañana su prótesis al tiempo que se visten tal como el miope, desde la buena mañana, al salir de su cama, va en busca de las gafas.

Morgon, Amard y Daudent (1984), apuntan lo que debe saber con respecto a la prótesis:

La prótesis acústica no reemplaza un oído normal: no cura el oído enfermo sobre el que se aplica, sino que sólo palia, parcialmente, el déficit auditivo. Para que “los restos auditivos” sean más rápidamente “funcionales” es necesario que sean estimulados muy pronto. La prótesis auditiva debe colocarse precozmente.

Condiciones necesarias para su colocación:

Conocimiento de la curva auditiva.

Posibilidades para que el niño utilice las informaciones que recibe.

Grado de desarrollo psicomotor suficiente; el niño debe saber sentarse sólo y sostenerse; por tanto, la prótesis debe aplicarse a partir de los seis meses de edad, más o menos.

La prótesis acústica es indispensable para la educación auditiva que precede a la del lenguaje.

¿Qué hacer cuando la familia de un niño con hipoacusia vive lejos de un centro especializado?

La familia debe empezar por llevar al niño a sesiones de trabajo de la institución especializada, donde se establecerá el conjunto de intercambios y de aprendizaje que será irremplazable para el trabajo de los padres con su hijo. Estas sesiones deben organizarse con la mayor frecuencia posible. Después, el niño trabajará con una maestra especialista, que viva lo más cerca posible de su domicilio. Las revaloraciones que efectuó el equipo multidisciplinario de trabajo, aunque sea en forma espaciada, es de fundamental importancia para observar el desarrollo de la comprensión y expresión del lenguaje, así como para confirmar, ratificar o rectificar la curva auditiva y la idoneidad del aparato que ya para esos momentos debe haber sido prescrito. Es importante también prevean la posibilidad de integración del niño a un jardín de niños oyentes o mejor aún, el posible desplazamiento de la familia hacia una gran ciudad. En ésta el niño puede encontrar lo indispensable para su desarrollo durante varios años. Y la familia puede cambiar su lugar de residencia, siempre será preferible a la perspectiva del ingreso del niño en un internado. Mantener al niño en su ambiente social, familiar y

emocional es de suma importancia para su desarrollo y rehabilitación (Flores y Berruecos, 2003).

### **3.3 Aspectos psicológicos de la hipoacusia**

Desde el punto de vista psicológico, la hipoacusia lleva a considerar las peculiaridades intelectuales y cognitivas de los niños con hipoacusia; como un intento de explicar tales fenómenos. El punto de partida, pues, podría ser el siguiente: ¿Qué efectos tiene la hipoacusia sobre el funcionamiento cognitivo de los niños con hipoacusia? ¿Pueden suponer que la ausencia, o escasa presencia, del canal auditivo va a provocar cambios cualitativos en el funcionamiento cognitivo de los niños con hipoacusia? ¿Y por qué tendría que ser así? Otras deficiencias sensoriales, como el caso de la deficiencia visual, que debería implicar un razonamiento similar y sin embargo no lo implica. En el caso de los deficientes visuales no estiman que la ausencia o escasa presencia, del canal visual produzca cambios en la cognición. Entonces, ¿Por qué en el caso de los sujetos con hipoacusia piensan lo contrario? La respuesta inicial se debe a la experiencia. Observen que los sujetos con deficiencia visual, con una cierta ayuda, son capaces de seguir con absoluta normalidad el proceso de escolarización y nada les impide llegar a niveles muy altos de formación. Es más, es muy frecuente que lleguen a ellos y cursen carreras universitarias. Les cuesta más trabajo que a una persona vidente, es verdad, pero también es verdad que el esfuerzo no es sobrehumano. Sin embargo, en el caso de los individuos con hipoacusia la cosa cambia dramáticamente. El hecho de que un niño con hipoacusia llegue a un nivel superior de estudios, los estudios universitarios, es considerado poco menos que una proeza. En todo el sistema educativo, los profesores o maestros que tienen como alumnos a los sujetos con hipoacusia informan las tremendas dificultades que estos tienen a la hora de enfrentarse a las tareas que forman parte del currículum educativo. El fracaso escolar es una constante en estos casos. Es cierto que en este fracaso educativo intervienen muchos factores, pero ello no debe ocultar el hecho de que la parte central del problema reside en la complejidad de la hipoacusia; en tanto que la patología, la cual no

les permite un abordaje fácil. En consecuencia, el trabajo con los niños o individuos con hipoacusia en general será dificultoso (Torres, Rodríguez, Santana y Gonzales, 1995).

Los profesionales aseguran con eficacia en el plano psicológico el continuo de este efecto justificándolo para cada tipo de intervención, permaneciendo como sostén inquebrantable; aunque la dedicación indispensable sea a veces demasiado pesada, sin gratificaciones, agotadora por la energía gastada. Los padres deben apoyarse sobre técnicas perfectamente dominadas, que son las únicas que aseguran su eficacia hacia las intervenciones. Todo individuo responsable de la guía de una familia de un niño con hipoacusia debe rebasar el marco de su formación profesional: el médico debe conocer la educación, la prótesis, el lenguaje; el ortofonista y el psicólogo deben tener también una impregnación médica y una experiencia educativa; el audioprótesisista no escapa a esta multidisciplinariedad de los conocimientos tanto para audiología infantil como por los múltiples consejos que los padres se sienten inclinados a pedirle; ciertamente, especialista cualificado, pero, también, polivalente sin inmiscuirse por ello en el campo de intervención de los demás participantes del equipo médico-educativo (Torres, Rodríguez, Santana y Gonzales, 1995).

Calvo (1999), menciona que ante la hipoacusia, el individuo, bien sea padre o profesional, variará según sean sus emociones y a la vez sus reacciones. Las conductas mantenidas servirán para entenderse o más bien para comprenderse entre ellos (Véase Figura 3).

Figura 3. **TRABAJO PROFESIONAL**





Profesionales trabajando en equipo con un par de miembros de la población infantil con hipoacusia. Fuente: [www.vocesensilencio.org/fotos/Varios/Mah2.jpg](http://www.vocesensilencio.org/fotos/Varios/Mah2.jpg). Recuperado Julio/2008.

Ahora bien, el estado de choque emocional se caracteriza por el divorcio de los que se encuentran en la situación de crisis. Comúnmente el choque es de corta duración, desde unas cuantas horas o cuando mucho, uno o dos días y sirve como un mecanismo de defensa para ayudar a que los padres atraviesen la etapa inicial de su aflicción. La persona con un choque emocional se encuentra en un estado de moderada ansiedad y a veces, informa de una confusa visión de sí mismo. Como una madre dijo: “Recuerdo que estaba en el consultorio del médico; era como si estuviera en el escenario de un teatro, me parece haber hecho algunas preguntas, pero no recuerdo las respuestas”. “Todo lo que yo realmente quería hacer era ir a algún sitio y esconderme”. Los padres rara vez recuerdan mucho de esta primera entrevista. A veces se les graban aspectos no esenciales como: “Recuerdo que la audióloga llevaba un vestido rojo, pero no me acuerdo de su nombre”. Aunque los padres se encuentren presentes físicamente en el consultorio, no se encuentran intelectualmente o emocionalmente atentos a lo que pasa (Luterman, 1985).

En la etapa de reconocimiento, los padres se dan cuenta de lo tremendo de la situación y comienzan a reaccionar emocionalmente. “Esto me está pasando realmente a mí. Tengo un hijo con hipoacusia que nunca podrá oír; que siempre tendrá hipoacusia”. En esta etapa se inicia la aflicción activa, en ella emergen de los padres sentimientos muy fuertes. Un sentimiento predominante es el de estar totalmente abrumado. Creen que todos los padres, en un momento o en otro, se sienten inadecuados para la tarea de educar a sus hijos, sufran o no de alguna invalidez. Cuando los padres se enfrentan al caso de un hijo que tiene necesidades especiales que ellos tienen que satisfacer, se sienten todavía más abrumados e impotentes. Este sentimiento de incapacidad aumenta y es mantenido por los “inspiradores” mensajes de los profesionales en el sentido que: “El éxito de este niño va a depender en gran medida de los padres” (Luterman, 1985).

Luterman (1985), menciona que otra reacción común en los padres es una total confusión. Es tan fácil para los profesionales olvidar lo esotérica que resulta la terminología de su campo. Por ejemplo, los términos como “decibel”, “audiograma” y “otólogo” no son conocidos para el común de las personas y producen confusión cuando son empleados distraídamente por un profesional. Los padres, que carecen de conocimientos básicos sobre la hipoacusia, son incapaces de juzgar el significado de la información que les es proporcionada por profesionales, familiares y amigos. Por ello, caen en una total confusión, que los conduce con frecuencia a una reacción casi de pánico. En la etapa inicial, el problema de los padres rara vez se debe a falta de información; más bien sufre por recibir demasiada información en un periodo muy corto.

Otro fuerte sentimiento experimentado por los padres en esta etapa es el de coraje, el cual se presenta cuando se malogran sus expectativas; aún no hay padres de un niño con hipoacusia que no se hayan encontrado, hasta cierto nivel, profundamente irritados. Los primeros sentimientos de ira son proyectados sobre el niño ¿Por qué tuviste que tener hipoacusia y por lo tanto, no satisfacer mis esperanzas de un niño normal que fuera como cualquier otro?” Este tipo particular de coraje rara vez es reconocido; con mayor frecuencia se desplaza contra el profesional: hacia el médico que fue tarde para hacer el diagnóstico y sobre aquel que no pudo curar la hipoacusia. La ira de los padres se vuelca finalmente hacia adentro de sí mismo y se manifiesta como depresión. Los padres, por lo general, se encuentran paralizados al llegar a este punto y muestran poca energía para todo aquello que no sea absolutamente esencial para vivir. “Todo lo que podía hacer era permanecer en mi habitación; cada vez que veía a mi hijo estallaba en llanto.”

La falta de energía parecía ser resultado de la batalla para reprimir la ira. La ira, por sí misma, es una forma de energía y se requiere una gran fuerza de carácter para evitar que irrumpa en la conciencia.

Luterman (1985), indica que otra fuente de ira es el sentimiento de impotencia y frustración. Bruscamente, como resultado de tener al niño con invalidez, los padres han perdido el control de sus vidas.

Ahora son otros -maestros del niño con hipoacusia, audiólogos y otólogos- quienes toman decisiones que alteran básicamente la vida de los padres, sin que tengan ningún control sobre el proceso. Muchos planes y sueños quizá, tengan que ser abandonados por los padres. Existe también el punzante sentimiento de importancia, en el sentido de que no pueden hacer nada para mejorar a su hijo. Para los padres, el sentimiento de no poder ayudar a sus hijos cuando éstos están sufriendo, es uno de los más devastadores que pueden experimentar. El sentimiento de impotencia para los padres es muy poderoso y conlleva a una sensación, casi de ira, que rara vez se expresa directamente. No es raro, que los padres se encuentren dispuestos a una especie de regateo. Muchos padres han dicho acremente: "Si pudiera darle mis oídos, con gusto lo haría". El "hacer tratos", por parte de los padres es muy semejante a lo descrito por Kubler-Ross en relación con el paciente con una enfermedad terminal, que se muestra dispuesto a negociar, primeramente con los médicos y finalmente, con Dios. Es una manifestación del grado de angustia de los padres y no puede ser aliviada directamente por el profesional (Luterman, 1985).

Otro sentimiento predominante es el de culpa. En especial en la madre, quien ha tenido la responsabilidad de cobijar al niño durante la gestación. Los padres tienen una necesidad casi obsesiva de encontrar la "causa" y de precisar la culpa por la invalidez del niño. Con frecuencia se lanzan con tanto ímpetu en esta búsqueda de la culpa, que llegan a decidir: "Si no hubiera sido tan irresponsable en mi juventud, esto no habría sucedido". "Si hubiera tenido más cuidado durante la gestación, entonces esto no habría pasado". "Tu tía" (nótese que nunca es "mi" tía no oye muy bien. pág. 10). Y así por el estilo. Los padres pueden fácilmente sufrir una fijación en esta etapa de búsqueda de la causa, (que rara vez puede ser respondida en forma definitiva), además, incluso si se obtiene a una respuesta, ésta, por lo general, no resuelve nada a nivel emocional para el padre. El sentimiento de culpa que provoca mayor resentimiento, es la sobreprotección del niño por los padres. "Ahora que te ha sucedido algo malo, jamás voy a dejar que otra cosa te suceda." Los padres (y aún más la madre), frecuentemente dedican su vida a lograr que su hijo sea el mejor con hipoacusia del mundo. Esta dedicación puede excluir a todos los demás, incluso al

padre y puede resultar muy poco saludable para el resto de las relaciones familiares (Luterman, 1985).

Los padres también sufren la pérdida de su sentido de vulnerabilidad. Quizá esto pueda describirse mejor como la pérdida de confianza en que el mundo es un sitio muy seguro y que nada malo va a suceder. La sensación de vulnerabilidad, aunque quizá inocente, les permite moverse libremente y arriesgarse (como, por ejemplo, al tener un hijo) sin pensar demasiado en las consecuencias. En el caso de los padres de un niño con hipoacusia, la vida se ha encabritado y les ha golpeado la cara; no serán capaces de enfrentarse a la vida con la misma confianza, un tanto ingenua, que tenían antes de que les naciera un hijo con una invalidez (Luterman, 1985).

Cabe mencionar, que la negación también se hace presente. Tras la etapa de aflicción activa, los padres entran un tiempo de retirada defensiva o negación. Esta reacción es un elemento de defensa, que reduce el altísimo nivel de ansiedad sufrido durante la etapa de reconocimiento. La negación es polifacética. En ocasiones, adopta la forma de un pensamiento obsesivo: “Acostumbraba a despertar muy contento, seguro de que todo había sido una pesadilla. Corría al cuarto de mi hijo y trataba de despertarlo llamándolo por su nombre; por supuesto, no podía hacerlo y todo comenzaba de nuevo a agobiarme”. El pensamiento obsesivo se manifiesta también en la búsqueda de una curación milagrosa. Recientemente la acupuntura ha desempeñado este papel para los padres. Con mucha frecuencia los padres embarcan en la búsqueda de un diagnóstico más optimista y continúan buscando “otra opinión. Hay una fina línea entre el padre que anda en constante busca de una evaluación optimista y el padre responsable que busca la confirmación de un diagnóstico previo. El primero, es aquel que no llega a escuchar lo que se le dice. Su única tarea consiste en oír y atender a los planteamientos más optimistas. El padre responsable es aquel que no niega la situación y es capaz de responder al mensaje total que se le presenta después de la evaluación. La negación se manifiesta con frecuencia como furia dirigida al médico que examina: ¿Cómo pudo saber que mi niño tiene hipoacusia? Sólo le miró el oído unos momentos. “Puede haberse equivocado”. Esta es una queja muy frecuente de los padres; quizá los médicos deberían dedicar más tiempo al niño y a sus padres. Aunque esto no evitaría ni la hipoacusia, ni la negación, tal vez un enfoque más personal y afectuoso por parte del

médico podría hacer más fácil el que los padres aceptaran la hipoacusia de su hijo (Luterman, 1985).

La negación puede tomar también una forma más sutil, como en el caso de padres que se vuelven extremadamente activos en la política o en la adquisición de fondos para programas escolares. Superficialmente, tales padres parecen estar bien “integrados”, como si hubieran realmente llegado a aceptar que su hijo tiene hipoacusia. En realidad, su participación en todas esas reuniones para recabar fondos y en diversos grupos organizados, es un elemento que están utilizando para evitar enfrentarse a su propio hijo, quien se encuentra tristemente descuidado en su casa. Lo que distingue al padre negativista-activista, del padre saludable-activista, es el estado de su propio hijo. El hijo del padre positivamente activista se encuentra bien cuidado, mientras que el hijo del padre negativista está desatendido, a veces los padres negativistas llevarán a cabo una división del trabajo, el padre se volverá activo, evitando de este modo involucrarse emocionalmente con su hijo, mientras que la madre se queda en la casa para hacer frente, sola a la situación. La negación debe ser considerada, tanto por los padres como por los profesionales, como una etapa muy normal en el proceso de aflicción (Luterman, 1985).

Figura 4. **HIPOACUSIA INFANTIL**



Niña con hipoacusia. Fuente: Salud y dietas, (2008). [www.esmas.com/.../otitis-externa-dolor-NTnva.jpg](http://www.esmas.com/.../otitis-externa-dolor-NTnva.jpg). Recuperado Julio/2008.

Luterman (1985), menciona que la siguiente etapa de la aflicción es la admisión, o aceptación. En dicha etapa, el padre finalmente expresa: “Tengo un hijo con hipoacusia, siempre lo será y aunque no hay nada que pueda yo hacer para remediar la deficiencia auditiva, hay otras cosas que puedo realizar para ayudar a que mi niño se transforme en un ser humano responsable”. Es éste un momento que les provoca gran ansiedad, ya que los padres tienen que enfrentarse nuevamente a la realidad. Es una época en que los aparatos auxiliares para la audición, se usan por fuera de las ropas del niño y los padres comienzan a sacarlo con más frecuencia. El mejor indicativo de que los padres han aceptado a un hijo con hipoacusia, es el modo en que se emplea el aparato auxiliar para la audición del niño. Los hijos de los padres que se encuentran en la etapa de la negación, generalmente usarán sus dispositivos auxiliares por debajo de sus ropas, tendrán muchos problemas con el aparato o con el molde auricular y frecuentemente llegarán a la escuela sin el dispositivo. Para el padre, el aparato auxiliar para la audición del niño es un símbolo muy poderoso de la hipoacusia y sólo cuando los padres aceptan dicha hipoacusia es que podrán resolverse los problemas derivados del empleo del dispositivo. El médico que trata de combatir los síntomas de la negación del padre, forzándolo prácticamente para que haga ir al baño a la escuela con un aparato auxiliar para la audición que funcione correctamente, está condenado al fracaso. La atención debe dirigirse a la negación del padre; cuando los padres alcanzan la etapa de aceptación, los problemas con el dispositivo auxiliar parecerán resolverse milagrosamente. Entre los padres de los niños con hipoacusia parece haber la necesidad de confesar públicamente que lo son, en forma muy similar a como los alcohólicos, en una reunión de Alcohólicos Anónimos (AA), comienzan por decir su nombre y después aceptan el hecho de ser alcohólicos. Los padres pueden comenzar primero en una relación de orientación profesional, después, quizá, en reuniones de grupo con otros padres y finalmente, en situaciones sociales abiertas a hablar de la hipoacusia de su hijo en forma libre, abierta y en cierto sentido, salirse del “armario” y mostrarse como padres de un niño que sufre una invalidez (Véase Figura 4).

La etapa en el proceso de la aflicción es una acción constructiva o de adaptación. Los padres reestructuran su estilo de vida y reexaminan su sistema de valores en el estado de elevada ansiedad y energía. Gran parte de esta etapa es muy

positiva. Como dijo una madre: “Siento ahora que tengo un propósito, que mis valores son mucho mejores que tenemos a este niño”. “yo hubiera sido una aburrida ama de casa suburbana, entreteniéndome en ir a charlas de café o reuniones para jugar a las cartas”. “Ahora sé lo que es importante y mi vida tiene un propósito. Nunca me había puesto a pensar en la gran satisfacción que da el tener este hijo. Cada vez que él dice algo, yo salto de orgullo y satisfacción. Cada cosa que hace es muy importante y todos nos deleitamos con ello”. Otro padre ha dicho: “Ser el padre de un niño atípico es una experiencia llena de dolor, de pena y sacrificio”. “También es una experiencia plena de gozo, sensibilidad y amor”. El niño con hipoacusia ofrece una muy especial oportunidad para que los padres se desarrollen, aunque sea con mucho dolor y trabajo. En el caso de muchos padres, la crianza de un niño con una invalidez los ha llevado a un cambio fundamental de valores y una gran superación en la calidad de vida. Un padre ha dicho: “Soy la última persona en el mundo en tratar de convencer a alguien de que el retardo mental es un circunstancia afortunada; sin embargo, cuando nuestro niño nació, si una sola persona se hubiera acercado a decirnos que, a pesar de nuestra tristeza, había una esperanza y que esto no era el fin del mundo, sino más bien un desafío y una fuerza que podría sacar a relucir lo mejor de cada miembro de la familia... ¡cuánto más soportable hubiera sido nuestra pena!” (Luterman, 1985, pág. 14).

El choque emocional y la aceptación son etapas relativamente breves, que rara vez duran más de unas cuantas semanas. La negación puede ser una etapa muy prolongada para algunos padres y siempre se encuentra más o menos presente en todos los casos (en etapas posteriores se le llama “esperanza”), pero no necesariamente interfiere con la acción constructiva. El reconocimiento y la acción constructiva son etapas que duran toda la vida y están en constante transformación a medida que las situaciones cambian.

Los padres atraviesan por estas etapas, una y otra vez, a medida que se ven forzados a dejar atrás viejas formas de pensamiento, por ejemplo, cuando hay necesidad de cambiar de escuela, cuando tienen que cambiar de método pedagógico porque no logran avances o cuando se ha producido una pérdida adicional en el niño. Todas estas experiencias pueden desencadenar una reacción de crisis. No obstante,

rara vez es la reacción tan profunda o tan grave, como la que se presenta tras el diagnóstico inicial (Luterman, 1985).

Flores y Berruecos (2003), mencionan cuatro niveles psicológicos de la audición:

1. Nivel estético. Aquí consideran las experiencias musicales en un plano de absoluta abstracción.

2. Nivel simbólico. Aquí las experiencias que se comprenden en los símbolos que son las palabras, ofrecen una especial dimensión a la potencialidad auditiva. Si dicen árbol o lápiz, se refieren a objetos concretos conocidos mediante las experiencias visuales y auditovolingüísticas; en cambio, conceptos abstractos como amor, amistad, país o Dios, adquieren significado solamente por medio de explicaciones que requieren del lenguaje.

3. Nivel de avisos de alarma. Este nivel sostiene señales de sucesos cotidianos que se desarrollan en el alrededor y una información específica que es algo más que la sola estimulación acústica. En el mensaje hay una carga de información que pueden analizar en función de experiencias pasadas: el zumbido de una abeja, el timbre de un teléfono o la sirena de una ambulancia, no son solamente ruidos o fenómenos acústicos, sino también algo adicional que les informa de otro tipo de situaciones, relacionadas con las fuentes sonoras que las producen.

4. Nivel biológico de base. Da el fondo que constituye el escenario cotidiano: el ruido del tráfico, de la lluvia o del viento, los murmullos de la gente en el alrededor o los pasos en habitaciones vecinas. Estos sonidos permiten tener la sensación de que estén vivos en un mundo vivo. Pero carecen de una real conciencia de ese algo, porque lo captan de manera automática. Por su parte, el individuo privado de la audición vive en un mundo “muerto” y pierde, con ello, posibilidad de establecer el binomio individuo-medio.

Flores y Berruecos (2003), explican que el sonido es un signo inequívoco de actividad de la naturaleza que les aporta información acerca del medio y sus cambios. El niño con hipoacusia privado de dicha información, no tiene ningún elemento de vigilancia que lo advierta. La audición es un “perro guardián” o más bien, un “perro escucha” que oye a un extraño en la oscuridad, aún antes de varios de los niveles mencionados. La audición o la hipoacusia enriquecen o empobrecen la vida del



hombre, ya que, por ejemplo, la función simbólica que se lleva a cabo a partir de la audición permite:

La comunicación mediante el lenguaje, tan flexible y rico como la compleja carga de experiencias que se presentan. La clara organización del pensamiento, por medio del esquema lógico gramatical del código lingüístico y de la adquisición de conocimientos y conceptos superiores. La formalización y la agrupación con el lenguaje de las libertades y las prohibiciones que llevan a un código moral y a una formación social y comunitaria.

Flores y Berruecos (2003), exponen que no resulta fácil dar a comprender los efectos de la privación sensorial auditiva a los normoyentes. Con frecuencia se sobrestiman o se ignoran sus facetas. Los efectos generales de la privación auditiva, se relacionan con el grupo de pérdida y con el momento en que ésta aparece. En el niño puede afectar gravemente su maduración, su crecimiento psicológico/emocional y sus mecanismos de ajuste con el medio. El adulto con hipoacusia es pesimista, manifiesta desconfianza y se deprime con facilidad, no por un rasgo de su carácter, sino por la pérdida de su relación con el medio. Si observa a un niño con hipoacusia, verá que al jugar voltea con insistencia la cabeza para mirar lo que sucede a su alrededor, incluso sin la presencia de estímulos específicos. Solamente puede mantener su equilibrio psicológico por medio del constante control de las circunstancias externas mediante la vista, aunque también intervienen el tacto y la sensibilidad a las vibraciones. Dicha situación tiene que ser correctamente encauzada para que concentren su atención, a fin de evitar la dispersión, mejorar su comportamiento y obtener los mejores logros en su proceso de educación y aprendizaje. La privación sensorial auditiva, muestra efectos evidentes en el comportamiento. La pérdida de información en un canal sensorial reduce las experiencias perceptuales recíprocas, el oído capta estímulos en un fondo envolvente, pero cuando no existe, la vista debe convertirse en el sentido "líder", ya no solamente para lo que el individuo tiene enfrente, sino también para lo que queda detrás.

Flores y Berruecos (2003), mencionan que existen muchos estudios acerca de la relación entre la hipoacusia y la inteligencia, así como entre hipoacusia y desarrollo mental. La hipoacusia influye también en la memoria, en la capacidad de asociar,

retener y evocar experiencias. Cuando no existe un canal auditivo que permita la recepción y el registro de experiencias para su posterior asociación y evocación, las experiencias que llegan al sistema nervioso central varían en calidad y cantidad; al mismo tiempo, los patrones de canales sensoriales que permiten la activación de los mecanismos de la memoria tienen que alterarse, ceder lugares y posiciones, lo cual retrasa la evolución de la misma. Todos los sentidos captan imágenes de los lugares que rodean a los individuos, en especial la visión y la audición. La visión de la perspectiva, la audición y la distancia. Escuchan el tiempo que separa dos señales acústicas. Si es superior a 60 milisegundos escuchan un eco: hay separación auditiva entre un sonido y su devolución. Dicha distancia en el aire es de 24 metros, por tanto corresponde a una pared reverberante ubicada a 12 metros y más. El tiempo aumenta en función de la distancia. Pueden oír también un envío acústico con la condición de que la señal impulsora sea muy corta, hasta 5 milisegundos, es decir, a dos metros; por tanto una pared situada a un metro. Los ruidos y los sonidos existen por todas partes, no hay silencio en ninguna parte.

En consecuencia, tienen constantemente una imagen acústica de su entorno en forma de reverberaciones múltiples y de ecos. La reverberación de una sensación de timbre, el eco de intervalo. Escuchan el local donde se está situado. Por ello, el ciego se siente menos incómodo de lo que se piensa en su espacio, con la condición de que un intenso ruido no venga a enmascarar las reverberaciones y los ecos (en la calle, por ejemplo). Pero recíprocamente el niño con hipoacusia, pierde una buena parte de las informaciones del espacio. En particular la distancia que no puede apreciarse con sólo la visión. La imagen del mundo exterior está amputada de sus rasgos acústicos cosas que lo hace plano, con una perspectiva falta de profundidad, sin volumen, cuya traducción es únicamente acústica. Las sensaciones visuales y auditivas están totalmente coordinadas, es única imagen de la que no saben qué rasgos permitientes la constituyen, el autoanálisis resulta imposible. Tales imágenes se construyen en la primera infancia, asociadas a la experiencia del desplazamiento desde la primera repetición.

Claude (1987), explica que en la construcción de la imagen y de la memoria de un ritmo, interviene, evidentemente, la imagen perceptiva auditiva y vibratoria, pero también la organización motriz. Dicha imagen es un conjunto, lo que viene a decir que la memoria sensorial del tiempo en estas organizaciones de intervalos es esencialmente un esquema motor, por tanto, dependiente de la huella motriz, de la organización del movimiento. Las dificultades psicomotrices están ligadas a una mala estructuración perceptiva, sin que se puedan establecer una relación de causa a efecto, sin que le pueda atribuir ni a la motricidad, ni a la percepción una función inductora en la construcción de la imagen de un ritmo. Desde los primeros años de vida, el niño que tiene una deficiencia auditiva importante, no puede construir su ritmo y su movimiento como lo hace el niño que oye. Un déficit en estos dominios sensoriales o motores repercute en la estructuración, en la memorización, en la organización motriz de los ritmos. En efecto, se constatan dificultades en la apreciación de las distancias, el niño con hipoacusia profunda necesita tocar para conocerlas.

Esto se constata en la actividad de los jardines de infancia especializados, el niño choca con los objetos y con las cosas, programa con dificultad la dinámica de su desplazamiento. En la apreciación del gesto de prensión Shirley Vinter (citado en: Claude 1987), ha mostrado una diferencia significativa entre el oyente y el que tiene hipoacusia. El empleo de aparatos estereofónicos permite compensar esta dificultad. Sucede lo mismo a nivel mucho más elaborado, el del gesto organizado en vistas a la ejecución de una tarea. El niño con hipoacusia se expone a ello con torpeza en el modo de coger los objetos; en la previsión y la preparación del trabajo exigido, el niño queda en una captación inmediata del material sin tener en cuenta lo que va a tener que realizar, sin presentar correctamente los objetos que ha tomado. Tiene también grandes dificultades en constatar su error, al reiniciar el movimiento tal como lo ha demostrado también Shirley Vinter (citado en: Claude 1987). Por ello, es necesario que conozcan la forma de los objetos, realizar una imagen mental de ellos, proyectar en la imaginación su desplazamiento en el movimiento a ejecutar y preparar así, volviendo al estado actual, el gesto posterior con una correcta estimación. Esta repercusión psicomotriz de la hipoacusia les remite a la de la organización del tiempo en el pensamiento y la personalidad, la palabra es un material ideal para la organización del tiempo. La palabra

es una estructura temporal: en su melodía, en su fonética, en su movimiento articulatorio, en la variación del timbre fonético, aporta imágenes que se concretizan en el movimiento de comunicación.

Por tanto, se trata ya de un aprendizaje de psicofisiología en donde se halla implicada la cualidad motriz más fina, la de la lengua. Pero se trata también de la memorización de todos estos aspectos con la finalidad de construir abstracciones. La formalización del pensamiento y el uso de las reglas de la lengua permiten construir conjuntos complejos y desarrollar las posibilidades de imaginación y de abstracción al estar todo ello relacionado (Claude, 1987).

El hecho de que la adecuación precoz de un aparato estereofónico compense las dificultades psicomotrices al mismo tiempo que la estructuración motriz, las posibilidades de imaginación y de abstracción, muestra que ya en el nivel de percepciones elementales, la audición temporal es fundamental para la construcción de la personalidad.

Finalmente debe tenerse en cuenta como afirman Flores y Berruecos (2003), que la hipoacusia implica conductas concretas. Los individuos normales, los ciegos pueden desarrollar conductas más abstractas que el que tiene hipoacusia, ya que, por lógica, la abstracción sólo es posible mediante el lenguaje. De todas maneras, las dificultades de abstracción del niño con hipoacusia deberán considerarse como secundarias a su limitación lingüística, pero nunca como secundarias a una limitación intelectual.

La hipoacusia influye en la educación, en el aprendizaje y en el ajuste psicológico, emocional, como la cognición, la memoria, el pensamiento convergente o mecanismos de deducción, el pensamiento divergente o mecanismos de inducción y la evaluación, también se ven afectadas por la limitación del lenguaje con repercusiones en la educación y en el aprendizaje, así como en el desarrollo de la personalidad y el equilibrio emocional del niño (Claude, 1987).

Por ello es que la adaptación social del niño con hipoacusia requiere de un esfuerzo mayor a diferencia del niño oyente para poder satisfacer en sentido amplio sus diversas necesidades, tarea que no es fácil, pero que pueden lograr obtener a corto, mediano o largo plazo.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El concepto de sordera hoy en día ya no es utilizado, ha sido modificado por el término hipoacusia, ya que el término "sordo" o "sordera" posee connotaciones peyorativas. La hipoacusia refiere a la deficiencia parcial o total que tiene lugar en el oído, lo cual impide el aprendizaje natural del lenguaje oral. Debe recordar que el lenguaje es comunicación, medio de sonidos articulados y es privilegio de la especie humana, está unido a la madurez simultánea de una serie de procesos cognitivos, depende de la audición y por ende cuando falta audición se hace muy difícil el aprendizaje verbal. Para que brote el lenguaje se requiere de interacción, del diálogo en definitiva, por ello es importante que el niño con hipoacusia interactúe para obtener el desarrollo de su lenguaje, debe de comprender y expresarse (Torres, 1992).

El niño necesita una práctica y un uso del lenguaje correcto, aceptable, ya que utilizar un lenguaje pobre puede convertirse en habitual (Harris, 1973).

Desde el ámbito profesional el psicólogo puede respaldarse del lenguaje escrito como uno de los sistemas de transmisión de conocimientos en información más ágil y preciso, sin embargo uno de los mayores problemas que plantea la pérdida auditiva es un acceso correcto al lenguaje escrito y la capacidad de alcanzar una competencia lectora adecuada y funcional. El lenguaje de señas también ayuda, los niños con hipoacusia logran comunicarse con dicho lenguaje en vez de usar el lenguaje hablado, es recomendado como primer medio de desarrollo del lenguaje en programas de comunicación total. El método oral se diferencia de los programas de comunicación total porque el primero señala que es necesario enseñar el lenguaje hablado y usarlo como método principal de comunicación social y educativa, mientras que los de comunicación total tienden a depender primordialmente del lenguaje de señas (Ling y Moheo, 2005).

La hipoacusia posee una necesidad especial más que un defecto. Lamentablemente algunos individuos externos a esta población descartan toda consideración con respecto a los efectos que dicha necesidad especial puede o llega a afectar al niño con hipoacusia (Damia, 2004).

Probablemente uno de los efectos más graves de la hipoacusia sería el aislamiento social y como consecuencia, deja a los miembros de la población hipoacúsica incomunicados de aquellos seres que viven en "normalidad" (López, 2005).

El núcleo familiar, es un sistema con un delicado equilibrio, diseñado para satisfacer las necesidades de sus miembros individuales. En dicho núcleo con frecuencia la llegada de un niño con una "invalidez" perturba el equilibrio familiar, por ende muchas familias necesitan ayuda de profesionales para restablecer la dinámica saludable y lograr su desarrollo personal. El psicólogo profesional, será encargado de plantear un programa para toda la familia, padres, hermanos, abuelos y para cualquier otro miembro de la familia en estrecha proximidad para que se ajusten a las cambiantes necesidades que se presenten en ese núcleo familiar. Para lograr la adecuada rehabilitación del niño con trastorno de oído, es necesario obtener desde un inicio, el entusiasmo, la cooperación de padres y demás familiares para que el niño con hipoacusia logre participar en actividades cotidianas (Morkovin, 1963).

En la actualidad, la falta de comprensión de que el entorno en el que se encuentra el niño con hipoacusia no se limita sólo al padre o a la madre, aunque ambos desempeñen un papel excepcional al contribuir como personas básicas en la reeducación del niño, las personas que se encuentran en el entorno del niño, se olvidan que también forman y mantienen las condiciones adecuadas para la interacción del niño con hipoacusia con el contacto del medio, lo cual modificará el alrededor del infante y puede ser que ello perturbe grave o rápidamente la manera participación en los progresos del niño. Si el niño aprende desde pequeño a convivir con los demás y conquista su lugar en un marco familiar, escolar y social, no enfrentará dificultades de integración. El niño con hipoacusia no debe de estar sobreprotegido, ni limitado, puede practicar deportes, tener una educación rítmica, tocar algún instrumento, cantar, puede lograr cierta discriminación de sonidos graves, medios y agudos. De esta manera, si se enfrenta a situaciones como lo hacen los normoyentes no se inhibirá, madurará socialmente y formará su personalidad (Luterman, 1985).

La intervención psicológica en la población con hipoacusia lleva a considerar las peculiaridades en aspectos cognitivos, conductuales, emocionales como un intento de explicarlos más a fondo.

Es importante que si los padres del niño con hipoacusia presentan un choque emocional, el cual tendrá como característica el divorcio de los que se encuentran en la situación en crisis, que se manifiesta como mecanismo de defensa para que los padres atraviesen con mayor facilidad la etapa inicial de su aflicción, en donde se vivencia un estado de moderada ansiedad, el psicólogo proponga, logre disminuir y así evitar ese sentimiento de miedo, confuso, vago e incluso desagradable e impedir que los padres presenten algunos de los síntomas de este trastorno como puede ser: estremecimiento, insomnio, diarrea, aprensión sobre el futuro y dejar a un lado pensamientos insistentes sobre el futuro del hijo con hipoacusia (Luterman, 1985).

Se puede presentar también el reconocimiento, en el que los padres se dan cuenta de lo tremendo de la situación y comienzan a reaccionar emocionalmente, lo que genera sentimientos muy fuertes y surge en dichos padres abrumamiento e impotencia. Por ende, profesionalmente el psicólogo tiene la función de conducir a los padres a formar y no perder la motivación, ya que el éxito del niño con hipoacusia depende en gran medida de sus padres. (Luterman, 1985).

El psicólogo no debe hablarles desde el primer momento a los padres o a las personas encargadas del niño con hipoacusia, con términos muy complejos. La terminología que se empleará durante la intervención psicológica debe ser clara, sencilla y concreta, ya que de otra manera se genera y se conduce sólo a una total confusión, así el psicólogo evitará en los padres o familiares una reacción de pánico y evitará que pierdan el control, así como sensaciones de extrañeza. Se debe evitar la frustración y el sentimiento de impotencia, ya que esto afectará al niño con hipoacusia. Es importante conducir a los padres a no perder en ningún momento el control, ya que si los padres sienten impotencia de no ayudar a su hijo, no lograrán avances. Conviene eliminar o evitar la negación en los padres. Este mecanismo de defensa debe de disminuirse con ayuda del psicólogo, descartando ideas repetidas (ideas obsesivas) “creencia o pensamientos mágicos o milagrosos de que el niño escuchará” o bien, descartar o impedir conductas compulsivas “levantarse al día siguiente por la mañana, ir a ver al niño y ver que su hipoacusia fue un pesadilla”. Si el psicólogo logra conducir efectivamente el proceso de intervención con los padres, el niño con hipoacusia puede

adoptar formas constructivas del “problema” y llegar a ser aceptado, aceptarse, ser responsable, productivo y feliz (Luterman, 1985).

Con base a lo anterior, se puede asumir que la historia de la población infantil con hipoacusia aún no está escrita del todo, ya que lo poco o mucho que se conoce de dicha necesidad especial se encuentra inconclusa y por ende, continua reflejando algunos de los tantos prejuicios o las falsas ideas que la sociedad posee con respecto a la vida real de dicha población (Luterman, 1985).

Por ello Dale (1981), menciona que el psicólogo debe de tener clara la realidad y llevar a cabo la construcción del proceso de cambio que los padres pueden adquirir una vez que trabajan junto con el profesional y así estar inmersos en un mejor conocimiento de sus emociones y de esta forma comprendan cuáles son las de sus hijos. Una vez más, el psicólogo debe de hacer evidente su participación en la educación de los niños con hipoacusia y de igual forma en la interacción que tiene con los profesionales, en el intercambio de conocimientos e intereses, ya que el objetivo primordial del ámbito psicológico es el de tener tangible y visible mayores beneficios sin perder de vista la ética, la disposición de ofrecer una adecuada orientación a los padres de niños con hipoacusia, los cuales tienen carencias inexistentes que los profesionales pueden identificar con la finalidad de suministrar la orientación, intervención y ayuda necesaria, así como en las personas que se encuentren a su alrededor para poder apartar la niño con hipoacusia de la muralla que construye, que seguramente lo conducirá a un aislamiento acústico que le empuje a una participación pasiva, a una falta en el desarrollo de su lenguaje y a una limitada formación de su personalidad.

Cabe mencionar que la continua atención profesional de otólogos, otorrinos, médicos, pedagogos, pediatras, unida a la continua orientación en el hogar con los padres por parte de las asistentes sociales, se ha convertido en una extensa práctica. Los hallazgos de estos profesionales altamente calificados, ha clarificado muchas situaciones, permitiendo comprender mejor y en menos tiempo al niño con hipoacusia.

El suministro de información bien propagada y el reforzamiento proporcionado por equipos multidisciplinarios completos, han ayudado a muchos padres a tratar de una manera más real la pérdida de oído del niño (Harris, 1973).

Dale (1981), la ayuda de los profesionales permite a la población infantil con hipoacusia convertirse en adultos que tengan las bases para enfrentarse de manera



activa ante el mundo, así como eliminar ese pensamiento y criterio agobiante de los que afirman que el tener contacto con una persona que tenga hipoacusia llega a ser una carga, sin antes darse la oportunidad y la tarea de olvidarse de la supuesta monotonía constante, fatigante del esfuerzo que para algunos miembros de la sociedad no sería constructiva.

Harris (1973), el niño con hipoacusia sigue siendo un ser humano con necesidades humanas, aún cuando sea muy grave la pérdida del oído. El éxito en los esfuerzos individuales y combinados son de gran importancia.

## REFERENCIAS

- Belén, A. y Velasco, A. (1999). Lenguaje escrito y sordera: enfoques teóricos y derivaciones prácticas. Salamanca Editores. Universidad pontifica. Pág. 22, 31-37.
- Calvo, J. (1999). La sordera: un enfoque socio-familiar. Amarú Editores. Salamanca. Pág. 76-78, 96.
- Claude, J. (1987). Los niños con deficiencias auditivas. Masson Editores. España. Pág. 8-13, 98.
- Dale, D. (1981). El niño sordo en el hogar y en la escuela. Instituto nacional de la comunicación humana. México. Pág. 42, 52, 69, 82-84.
- Damia, O. (2004). Lo especial de la educación: respuestas educativas. Magisterio del río de la plata Editores. Argentina Buenos Aires. Pág. 59-58.
- Flores, L. y Berruecos, P. (2003). El Niño Sordo de Edad Preescolar. Identificación, diagnostico y tratamiento guía para padres, médicos y maestros. Trillas Editores. México. Pág. 13, 14, 20, 22, 23,28, 29,35, 44.
- Furth, H. (1981). Pensamiento sin lenguaje: implicaciones psicológicas de la sordera. Marova Editores. Madrid. Pág. 44-43.
- Guevara, Y., Ortega, P., Plancarte, P. (2005). Psicología conductual: Avances en educación especial. UNAM; FES Iztacala Editores. Estado de México. Pág. 33-34.
- Harris, G. (1973). Enseñanza preescolar del lenguaje en el niño sordo. Vía layetana Editores. Madrid. Pág. 1-6, 17-25.
- Ling, D. y Moheno, C. (2005). El maravilloso sonido de la palabra. Programa auditivo-verbal para niños con pérdida auditiva. Trillas Editores. México. Pág.14-23.
- López, M. (2005). La educación de las personas con sordera. Universidad de valencia Editores. Valencia. Pág. 83-84.
- Luterman, D. (1985). El niño sordo: cómo orientar a sus padres. Científicas Editores. La prensa médica mexicana. Pág. 6, 10, 14, 16, 134, 145.

- Marchesi, A. (1991). El desarrollo cognitivo y lingüístico de los niños sordos. Alianza, Editores. Madrid. Pág. 123, 124, 155-158.
- Morgon, A., Amard y P., Daudent, N. (1984). Educación precoz del niño sordo para padres educadores. Masson Editores. Barcelona. Pág. 83-84.
- Morkovin, B. (1963). Rehabilitación del niño sordo. Fournier Editores. México. Pág. 11, 27, 34, 36, 43-49.
- Puyuelo, M., Torres, S., Santana, M. y Vilalta, E. (2002). Intervención del lenguaje: metodología y recursos educativos aplicaciones específicas a la deficiencia auditiva. Masson Editores. Barcelona. Pág. 4-5.
- Romero, S. y Nasielsker, J. (2000). Elementos para la detección e integración educativa de los alumnos con pérdida auditiva. Cooperación Española Editores. México. Pág. 21, 22, 37-39.
- Suriá, M. (1982). Guía para padres de niños sordos. Hender Editores. Barcelona. Pág. 15-31.
- Torres, B. (1992). La comunidad sorda. ISEP Editores. Barcelona. Pág. 13-30, 35, 48-50.
- Torres, S. (1995). La palabra complementada: (CUED SPEECH) hacia un modelos de aprendizaje verbal con niños sordos. Revisión Crítica del oralismo. Ciencias de la educación preescolar y especial. General pardiñas. Madrid. Pág. 31-35.
- Torres, S., Rodríguez, J., Santana, R. y Gonzales, A. (1995). Deficiencia Auditiva. Aspectos Psicoevolutivos y Educativos. Aljibe Editores. Málaga. Pág. 64-69, 190, 279.
- En línea: Barreda (2007). [www.pediatria.clrevisión.anatomiadeloido](http://www.pediatria.clrevisión.anatomiadeloido). Recuperado Julio/2008.
- En línea: González, C. (2006). [www.jccm.es/revista/155/articulos155/img74.jpg](http://www.jccm.es/revista/155/articulos155/img74.jpg). Recuperado Julio/2008.
- En línea: [www.vocesenelsilencio.org/fotos/Varios/Mah2.jpg](http://www.vocesenelsilencio.org/fotos/Varios/Mah2.jpg). Recuperado Julio/2008.
- En línea: Salud y dietas, (2008). [www.esmas.com/.../otitis-externa-dolor-NTnva.jpg](http://www.esmas.com/.../otitis-externa-dolor-NTnva.jpg). Recuperado Julio/2008.