



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES  
ACATLÁN

IMPORTANCIA DEL TRABAJO QUE REALIZAN LOS PADRES DE FAMILIA EN  
CASA COMO APOYO A LA TERAPIA PARA LA ADQUISICIÓN DEL LENGUAJE  
EN NIÑOS CON HIPOACUSIA BILATERAL SEVERA- PROFUNDA.  
ESTUDIO DE CASO.

**TESIS**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADA EN PEDAGOGÍA

PRESENTA

**YOLANDA NÚÑEZ SANTOYO**

**ASESOR: LIC. GABRIELA GUTIÉRREZ GARCÍA**

ACATLÁN, MÉXICO

AGOSTO 2010.



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.

**A mis padres:**

**Gracias por el amor que me dan día con día.  
Por enseñarme que todo triunfo  
requiere de constancia y empeño.**

**A mi esposo:**

**Por tu apoyo incondicional.  
Y por no permitir que deje en el olvido  
mis sueños.**

**A mi hijo:**

**Gracias a la vida por haberme dado un hijo tan maravilloso como tú.  
Por ayudarme a la realización de este trabajo, y enseñarme cada día un nuevo  
aprendizaje.**

## ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b>	5
<b>CAPÍTULO I.- IDENTIFICACIÓN DE LA AUSENCIA DEL LENGUAJE. VALORACIÓN Y DIAGNÓSTICO DE LA HIPOACUSIA</b>	8
I.I Métodos audiométricos subjetivos o conductuales	10
I.II Métodos objetivos	12
I.III TABLA 1. Resumen de la clasificación de las hipoacusias en función del umbral auditivo medio del mejor oído (500-2.000 Hz ANSI)* de acuerdo con su intensidad, las causas habituales, sus consecuencias y esquema de orientación dependiendo de la gravedad del problema	17
I.IV TABLA 2. Principales causas de sordera infantil	19
<b>CAPÍTULO II.- TERAPIA DE LENGUAJE EN NIÑOS CON HIPOACUSIA. IMPORTANCIA DEL TRABAJO QUE REALIZAN LOS PADRES DE FAMILIA EN CASA COMO APOYO A LA TERAPIA PARA LA ADQUISICIÓN DEL LENGUAJE EN NIÑOS CON HIPOACUSIA SEVERA-PROFUNDA</b>	21
II.I Lectura labial o labiofacial	22
II.II Lengua de signos	23
II.III La oralización	23
II.IV Bimodal	23
II.V La palabra complementada (Cued Speech)	24
II.VI La dactilología	24
II.VII Lenguaje escrito	25
II.VIII Aspectos a considerar para la elección del método y tipo de lenguaje	25
II.IX Aspectos a considerar para la planeación y ejecución de la terapia del lenguaje	26
II.X Áreas y contenidos que trabajarán los padres de familia en casa como apoyo a la terapia para la adquisición del lenguaje	28
II.X.I Área: Vocabulario	28
II.X.II Área: Articulación	31
II.X.III Área: Estructuración	33
<b>CAPÍTULO III.- ESTUDIO DE CASO</b>	37
III.I Hospital General de México	37
III.II Pemex	38
III.III Intervención del pedagogo en el ámbito escolar del niño hipoacúsico	40

<b>CAPÍTULO IV.- PROPUESTA DEL EMPLEO DE ACTIVIDADES Y JUEGOS DIDÁCTICOS QUE PUEDEN UTILIZAR LOS PADRES DE FAMILIA PARA EL TRABAJO QUE REALIZAN EN CASA COMO APOYO A LA TERAPIA DEL LENGUAJE</b>	<b>50</b>
IV.I Lugares donde se puede jugar	51
IV.II Materiales naturales para el juego	52
IV.III Los objetos comunes resultan ser buenos juegos	53
IV.IV Juguetes y equipo de juegos hechos en casa	53
IV.V Juegos de actuación	54
IV.VI El juego en la casa	54
IV.VII Jugar a la tienda	55
IV.VIII Jugar a disfrazarse	55
IV.IX Clasificación de los juegos y actividades dependiendo de su propósito	56
IV.IX.I Recreativos	56
IV.IX.II Razonamiento	60
IV.IX.III Rutina diaria	65
IV.IX.IV Escuchando	73
IV.IX.V Habla	74
IV.IX.VI Material que puede elaborarse para trabajar en casa	77
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>79</b>
<b>GLOSARIO DE TÉRMINOS</b>	<b>81</b>
<b>ABREVIATURAS</b>	<b>84</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>85</b>
<b>HEMEROGRAFÍA</b>	<b>86</b>
<b>ANEXOS</b>	
Anexo 1 Audiometría emitida por el Hospital General de México	87
Anexo 2 Historia clínica emitida por el área de foniatría del Hospital Central Norte	88
Anexo 3 Historia clínica emitida por el H.C.N Pemex	89

## INTRODUCCIÓN

Antes de abordar el tema debemos dejar claro que no todos los déficit auditivos conllevan las mismas consecuencias, así podemos decir que no hay ni dos deficiencias auditivas, ni dos personas con deficiencia auditiva iguales.

Son muchas las variables que se deben tener en cuenta simultáneamente, como son el grado de pérdida auditiva, el momento en que se produce la deficiencia, cuándo se detecta, la educación temprana recibida, la implicación familiar y el aprovechamiento de los restos auditivos y de las prótesis.

Todos estos factores hacen que lo característico de esta población sea precisamente su heterogeneidad.

Es importante tener en cuenta que cualquier niño adquiere su lenguaje a través de estímulos, éstos les llegan por la visión, el tacto, y fundamentalmente por el oído, así un niño que no oye, normalmente en sus primeras semanas de vida no reacciona al ruido y su emisión de ruidos y gritos es menos abundante.

Hacia el tercer mes permanecerá indiferente ante la voz de su madre, no tratando de imitar los sonidos que se producen a su alrededor, permaneciendo indiferente.

Hacia el sexto mes imitará las vocalizaciones del adulto, no aprendiendo las primeras palabras, comprenderá órdenes muy sencillas pero no habrá evolución en sus sonidos.

Hacia el doceavo mes, en cualquier niño se va organizando el lenguaje progresivamente hasta que a los tres años por lo general, se configuran las estructuras del idioma.

En niños/as con esta discapacidad si no se les dedica una especial atención, comenzará un progresivo empobrecimiento del lenguaje.

Para un hipoacúsico, la lectura es un aprendizaje extremadamente difícil ya que cuando se dispone a iniciar el aprendizaje de la lectura lo hace de la misma manera que el niño oyente, pero con una serie de deficiencias sustanciales ya que tiene pobreza de vocabulario, escaso conocimiento de la estructura sintáctica, dificultades en el acceso al código fonológico y limitación en su capacidad predictiva, inferencial y organizadora.

El lenguaje escrito en el hipoacúsico está enormemente afectado ya que los problemas en relación con la escritura están vinculados a sus dificultades en el lenguaje oral y en la comprensión lectora.

Para concluir podemos resumir que la audición es la vía habitual para adquirir el lenguaje, uno de los más importantes atributos humanos. El lenguaje permite a los seres humanos la comunicación a distancia y a través del tiempo, y ha tenido una participación decisiva en el desarrollo de la sociedad y sus numerosas culturas. El lenguaje es la principal vía por la que los niños aprenden lo que no es inmediatamente evidente, y desempeña un papel central en el pensamiento y el conocimiento. Como el habla es el medio de comunicación fundamental en todas las familias -excepto aquellas en que los padres son sordos-, la sordera es un impedimento severo cuyos efectos trascienden ampliamente la imposibilidad de hablar. El diagnóstico precoz y la rehabilitación adecuada previenen la consecuencia más importante de la hipoacusia infantil: crecer sin un lenguaje.

La presente tesis brinda diferente tipo de información sobre que es la hipoacusia, como podemos identificar si nuestro hijo la padece, cuales son las alternativas que tenemos después de confirmarse el diagnóstico.

Dar a conocer la diferencia entre los términos de sordera, deficiencia auditiva e hipoacusia.

Sordera: es un término general usado para describir todos los tipos y niveles de pérdida de audición.

Sordera, deficiencia auditiva e hipoacusia se utilizan frecuentemente como sinónimos para referirse tanto a niveles de pérdida auditiva leves como profundas.

Sin embargo en el entorno educativo, tradicionalmente se ha utilizado el término “deficiencia auditiva” y “sordera” como sinónimos y se reserva el de “hipoacúsico” para designar a sujetos cuya audición, aunque deficitaria en distintos grados, es funcional.

Las clasificaciones más tradicionales sobre la sordera han sido recogidas por diferentes autores (Marchesi, 1987, M.E.C, 1191, Fernández Viader, 1996), brevemente haremos una revisión así:

1.- Atendiendo al lugar donde se localiza la lesión auditiva, las sorderas se clasifican en:

Sorderas conductivas: son aquellas en la que los trastornos auditivos están situados en el oído externo o en el oído medio. En general sus efectos no son muy graves y pueden llegar a suprimirse por medio de tratamientos adecuados.

Sorderas neuro-sensoriales o de percepción: son más graves y permanentes con un pronóstico mucho más complicado. Están ocasionadas por lesiones cocleares o por disfunciones que afectan desde el oído interno hasta el área auditiva del lóbulo temporal. La mayoría de sorderas pre lingüísticas son de este tipo. ( Fdez. Viader, 1996).

Sorderas mixtas: tienen componentes perceptivos y de transmisión.

Así como destacar la importancia del papel de la familia como eje principal para el desarrollo e integración social, educativa y psicológica del menor.

Y la necesidad de contar con un equipo interdisciplinario (pedagogo, docente, terapeuta del lenguaje) que apoye al los padres de familia y al menor en su proceso de integración al ámbito escolar, a partir del diseño, ejecución y evaluación de un programa que incluya adecuaciones curriculares, estrategias y metodologías, que serán evaluadas continuamente para ir realizando las adecuaciones pertinentes.



## CAPÍTULO I

### IDENTIFICACIÓN DE LA AUSENCIA DEL LENGUAJE. VALORACIÓN Y DIAGNÓSTICO DE LA HIPOACUSIA

El presente capítulo tiene como objetivo principal el brindar información comparativa entre el crecimiento y desarrollo de un niño sano y las similitudes que presenta un niño que nació con hipoacusia así como los métodos de detección para la integración del diagnóstico.

El bebé hipoacúsico nace con las mismas capacidades para desarrollar el lenguaje que el oyente e inicia sus verbalizaciones durante los primeros meses de vida.

Hacia los 8 o 9 meses de vida, cuando el bebé oyente progresa en sus balbuceos por el interés en imitar las palabras que le llegan de las personas que le rodean, es el momento en que el bebé sordo “enmudece”, es decir, no es que el bebé sordo en estas circunstancias deje de emitir sonidos sino que sus emisiones no intentan reproducir los que se producen a sus alrededor, ya que éstos al ser percibidos, carecen de sentido.

El no percibir la entonación por ejemplo, dificulta la primera comprensión del significado de las frases e impide su reproducción.

El médico de atención primaria debe investigar la existencia de problemas de audición y puede jugar un papel importante en la identificación precoz y el manejo de estos pacientes.

El diagnóstico temprano de la hipoacusia infantil constituye la primera fase del tratamiento, ya que su pronóstico es mejor cuanto más temprano se establezca una estrategia terapéutica encaminada a estimular la organización neurosensorial de la vía y los centros auditivos, ya sea a través de estímulos acústicos o de otras vías sensoriales.

Los métodos de detección sistemática de la hipoacusia deben ponerse en práctica, en el período neonatal o en los primeros meses de vida.

La historia del paciente es fundamental en la valoración de la pérdida de audición y debe incluir: (1-2)

*1. Antecedentes familiares de sordera neurosensorial congénita o de instauración temprana (a lo largo de la infancia), hereditaria o de causa no aclarada.*

---

1. Comisión para la Detección Precoz de la Hipoacusia (CODEPEH). Programa para la detección precoz, el tratamiento y la prevención de la hipoacusia infantil, 1999.

2. European Consensus Statement on Neonatal Hearing Screening. Milan: 1998.

2. *Infección de la madre durante la gestación por algunos de los siguientes agentes: Citomegalovirus, rubéola, sífilis, herpes y toxoplasmosis, tanto si se confirma la infección como si existen datos analíticos o clínicos que la sugieran.*

3. *Malformaciones craneofaciales, incluyendo malformaciones mayores o secuelas dismórficas que afecten a la línea facial media o a estructuras relacionadas con el oído (externo, medio o interno).*

4. *Peso en el momento del nacimiento inferior a 1.500 g.*

5. *Hiperbilirrubinemia grave, que no se determinará en función de una cifra determinada, sino en cuanto sea subsidiaria de exanguinotransfusión por la edad o enfermedad de base del paciente.*

6. *Empleo de medicamentos ototóxicos, bien durante la gestación en ciclo único, o a partir del nacimiento en ciclos sucesivos o combinados (aminoglucósidos, diuréticos de asa, cisplatino, etc.). Además, se considerarán potencialmente ototóxicos los procedimientos no autorizados en el embarazo (isótopos radiactivos, radiología en el primer trimestre), los valores séricos de aminoglucósidos por encima del rango terapéutico (aun en ciclo único), los aminoglucósidos a cualquier pauta, siempre que exista historia familiar de ototoxicidad medicamentosa, el uso de drogas por vía parenteral y el alcoholismo en la madre gestante.*

7. *Meningitis bacteriana, a cualquier edad.*

8. *Accidente hipóxico-isquémico, a cualquier edad, especialmente en el momento del parto, si se registra un test de Apgar de 0 a 4 en el primer minuto, o de 0 a 6 en el quinto minuto, y siempre que se haya producido una parada cardiorrespiratoria.*

9. *Ventilación mecánica prolongada durante más de 5 días en el recién nacido.*

10. *Signos clínicos o hallazgos sugerentes de síndromes que asocien sordera en su nosología (p. ej., síndrome de Waardenburg, retinitis pigmentosa, intervalo Q-T prolongado, osteogénesis imperfecta, mucopolisacaridosis, etc.).*

11. *Traumatismo craneoencefálico con pérdida de conciencia o fractura de cráneo.*

12. *Trastornos neurodegenerativos y otras enfermedades neurológicas que cursen con convulsiones. Además, desde la etapa de lactante hasta los 3 años de edad deberán considerarse los siguientes aspectos:*

13. *La sospecha formulada por los padres o cuidadores de pérdida auditiva en el niño.*

14. *Retraso en la adquisición de los hitos audiolingüísticos normales para el cociente de desarrollo global del niño.*

15. *La presencia de otitis media* aguda recidivante o crónica persistente durante más de 3 meses y otras infecciones que se asocien a hipoacusia.

*Los métodos diagnósticos* deben adecuarse a la edad del niño y a sus características de comportamiento, de donde se deduce la importancia de la observación por parte de los padres, educadores y pediatras en la reacción del niño al sonido<sup>3</sup>

La alteración en la respuesta esperada exige encaminar al niño *al especialista de otorrinolaringología* (ORL), que debe realizar las pruebas audiológicas necesarias para establecer un diagnóstico cualitativo y cuantitativo de hipoacusia lo más preciso posible.

Ante la sospecha de una *hipoacusia infantil*, es preciso realizar un estudio completo de las condiciones físicas, mentales y sociales del paciente. Asimismo, es importante diagnosticar la etiología de la hipoacusia para poder establecer un pronóstico y ofrecer un consejo genético a los padres<sup>4</sup>.

La exploración audiológica puede realizarse mediante métodos de detección subjetivos, que requieren la cooperación del niño (respuesta automática o voluntaria, observable por el examinador, ante la presencia de un estímulo sonoro), y métodos objetivos que detectan los cambios fisiológicos originados.

Con la finalidad de comprender en que consiste cada método y su utilidad se presenta la siguiente descripción:

## **I.I MÉTODOS AUDIOMÉTRICOS SUBJETIVOS O CONDUCTUALES**

### *1.1 Audiometría tonal*

#### 1.1.1. Del nacimiento a los 18 meses de vida:

*Reflejos naturales:* deben realizarse preferentemente con el niño dormido, o despierto y tranquilo. El estímulo acústico emitido por juguetes sonoros o un audiómetro pediátrico portátil debe tener una intensidad de 15 a 20 dB por encima del ambiente sonoro. Las respuestas reflejas son múltiples, siendo las más fácilmente evaluables los reflejos cócleo-palpebral, del movimiento y del llanto.

---

3. Es oportuno considerar que la observación realizada al menor por las personas que lo rodean aportarán datos importantes sobre la reacción que presenta frente a diversos ruidos .( Joint Committe 1994 ).

4. (Huarte , Artieda , y Pérez ,2002 p. 105-26) resalta la importancia de estudiar la etiología de la hipoacusia para establecer un pronóstico y consejo genético a los padres.

*Reflejo de orientación:* valoración del movimiento de la cabeza y los ojos del niño hacia la fuente sonora. Este tipo de pruebas exige un personal muy entrenado, a pesar de lo cual tiene un margen de error entre 30-40 dB.

1.1.2. De los 18 meses a los 3 años (posible margen de error de unos 20 dB):

*Reflejo de orientación condicionada* (Suzuki y Ogiba): se emite una señal acústica seguida inmediatamente por una señal visual. Se coloca el juguete iluminado de forma que el niño deba girar su cabeza para visualizarlo. Después de algunas apariciones conjuntas de tono y luz, el niño mira a la luz después de cada presentación del tono<sup>5</sup>.

1.1.3. De los 3 a los 5 años se realizará una audiometría de actuación (Peep-Show): se coloca al niño delante de un juguete eléctrico (tren) instruyéndole para que, cuando oiga el sonido a través de sus auriculares, apriete el pulsador y el juguete se ponga en marcha. Este tipo de pruebas permiten realizar un estudio por separado de cada oído y tienen un margen de error de 10-15 dB (fig. 2).



Figura 2. Realización de Peep-Show.

---

5. Es oportuno considerar el procedimiento para la realización de la prueba audiométrica de reflejo de orientación condicionada (Portmann, 1979)

1.1.4. *Audiometría de juego o audiometría lúdica*: se realiza a partir de los 3 años. El niño, al recibir el estímulo sonoro, debe realizar una acción (apilar cubos, colocar piezas de un rompecabezas, etc.).

1.1.5. *Audiometría tonal liminar*: se efectúa a partir de los 5 años. Permite registrar las vías aérea y ósea de cada oído, de forma semejante al adulto.

## 1.2 *Audiometría vocal*

En ella intervienen no sólo la audición, sino también el grado de comprensión del lenguaje.

En esta prueba, el niño se sitúa en una cabina insonorizada y, a través de auriculares o altavoces, se presenta una lista de palabras bisilábicas de su vocabulario habitual, a diferente intensidad y que el niño debe repetir.

## 1.3 *Acumetría*

Se puede realizar desde los 2 años y medio a los 3 años, siendo posible efectuar a los 5 años, en la mayoría de los casos, una prueba de Weber con diapasón.

# I.II MÉTODOS OBJETIVOS

Estos métodos tienen la ventaja de que pueden realizarse desde los primeros días de vida, con independencia del estado mental del niño o del tipo de deficiencia auditiva o conductual que presente, y permiten obtener una información topográfica de la localización de la lesión en la vía auditiva. Entre los métodos utilizados encontramos los siguientes:

## 2.1.- *Impedanciometría*

2.1.1. *Timpanometría*: Se somete al tímpano a presiones de aire variable, registrando las variaciones de compliancia del sistema tímpano-osicular. Esto permite la valoración del estado del oído medio y de la función tubárica (fig. 3).



Figura 3. Realización de timpanometría.

*2.1.2 Reflejo estapedial:* la estimulación del oído por vía acústica llega al núcleo del nervio facial, produciendo una contracción del músculo del estribo de los dos oídos. En un oído normal, la contracción del músculo estapedial se produce cuando la intensidad del estímulo es superior a 85 dB del umbral audiométrico, lo que puede dar una idea del nivel auditivo del niño. Si está presente, permite descartar una hipoacusia aguda y profunda.

#### *Potenciales evocados auditivos del tronco cerebral (PEATC)*

Representan las variaciones de voltaje que se producen en la vía auditiva, con una latencia entre 1 y 10 ms, tras una breve estimulación acústica.

El estudio de las latencias y la configuración de las ondas del PEATC permite una valoración topográfica de la lesión y del umbral auditivo.

Se acepta que la onda I se genera en el nervio acústico, la onda II en los núcleos corticales, la onda III en el complejo olivar superior, la onda IV en el lemnisco lateral y la onda V en el colículo inferior; esta última es la más constante y determina el umbral de audición del potencial, que es superior al umbral tonal en aproximadamente 10-20 dB (fig. 4).



Figura 4. Realización de potenciales evocados auditivos.

## 2.2 – *Electrococleografía.*

Registra las variaciones del potencial de acción en la cóclea y en el nervio auditivo tras la estimulación con clics o tonos puros.

## 2.3.- *Otoemisiones acústicas (OEA)*

Descritas por Kemp en 1978, son sonidos generados por las células ciliadas externas del órgano de Corti y que pueden ser registradas en el conducto auditivo externo. Pueden ser espontáneas o provocadas, siendo éstas últimas las utilizadas para el cribado neonatal, ya que su presencia indicaría la existencia de un umbral tonal audiométrico inferior a 30-40 dB<sup>6</sup>(figs. 5 y 6).

---

6. Un autor sostuvo que “las otoemisiones acústicas son sonidos” (Kemp D. Ryan S, 1993)



Figura 5. Realización de otoemisiones acústicas.

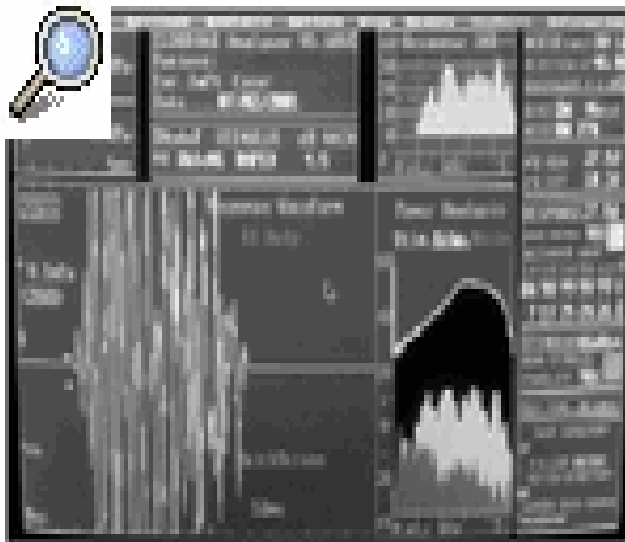


Figura 6. Gráfico de otoemisiones acústicas.

#### *2.4.-Potenciales evocados auditivos de estado estable multifrecuencial*

Descritos por Lins en 1996, permiten la valoración tonal audiométrica de forma objetiva.

Concluidas las valoraciones de las diferentes pruebas audiométricas, se podrá establecer una clasificación de las deficiencias auditivas, las cuales pueden clasificarse en:



2.4.1. *Audición infranormal*: la pérdida tonal media no sobrepasa los 20 dB. No tiene repercusión social.

2.4.2 *Hipoacusia ligera*: la pérdida tonal media está comprendida entre 20-40 dB. El niño puede ser clasificado como distraído, con una posible disminución del rendimiento escolar, ya que percibe con dificultad la voz baja o lejana.

2.4.3 *Hipoacusia moderada*: Pérdida tonal media de 40-70 dB. Es frecuente que exista un retraso en el lenguaje, así como las dislalias. El niño percibe el habla si se eleva la voz y se ayuda de labiolectura.

2.4.4 *Hipoacusia aguda*: umbral de 70-80 dB. Sólo se percibe la voz fuerte, y únicamente si el medio familiar es adecuado puede desarrollarse un cierto lenguaje.

2.4.5 *Hipoacusia profunda*: umbrales superiores a 90 dB. No existe percepción de la palabra, sólo de ruidos muy potentes, por lo que si no reciben una reeducación apropiada serán mudos.

2.4.6 *Deficiencia auditiva total-cofosis*: ausencia de toda reserva auditiva.

Una vez establecido el diagnóstico cuali-cuantitativo de la hipoacusia, es obligado hacer un diagnóstico etiológico lo más preciso posible de la misma. Además de la historia y la exploración clínicas, deberá realizarse un estudio analítico completo que incluya bioquímica y titulación de anticuerpos, etc., así como pruebas de imagen, estudio oftalmológico y genético si fuera preciso.

El objetivo final del diagnóstico de la hipoacusia es instaurar un tratamiento lo más temprano posible para conseguir un equilibrio entre el proceso de la voz, el habla y el lenguaje, así como entre la percepción y la estructuración abstracta del pensamiento, procurando que estas adquisiciones sean descubrimientos personales del niño.

La hipoacusia es una desventaja oculta, por lo que su detección, diagnóstico e intervención se demoran. Hasta hace muy poco tiempo la hipoacusia se detectaba tardíamente, generándole al niño retardos significativos en el desarrollo del habla y del lenguaje, como también retrasos en la adquisición de sus aprendizajes, lo que así comprometía sus posibilidades futuras.

A continuación se detalla información concerniente con la hipoacusia.

Se dice que la persona que ha perdido parcial o totalmente la capacidad de oír tiene una hipoacusia (hipo=menos; acusia=oír), es por ello que la hipoacusia se define como la disminución de la percepción auditiva.

La tabla 1 resume la clasificación de las hipoacusias de acuerdo con su intensidad, las causas habituales, sus consecuencias y adelanta un esquema de orientación dependiendo de la gravedad del problema.

**I.III TABLA 1. Resumen de la clasificación de las hipoacusias en función del umbral auditivo medio del mejor oído (500-2000 Hz ANSI)\* de acuerdo con su intensidad, las causas habituales, sus consecuencias y esquema de orientación dependiendo de la gravedad del problema**

Umbral (dB)	Descripción	Causas habituales	Lo que se puede oír sin amplificación	Grado de minusvalía (si no se trata antes de cumplir un año)	Necesidades probables
0-15	Límites normales		Todos los sonidos del habla	Ninguno	Ninguna
16-25	Ligera hipoacusia	Otitis serosa, perforación, membrana monomérica, pérdida neurosensorial, tímpanosclerosis	Las vocales se oyen con claridad; pueden perderse las vocales sordas	Posiblemente, disfunción auditiva leve o transitoria. Dificultad para percibir algunos sonidos del habla	Enseñanza especial Logoterapia Asiento preferente Cirugía apropiada
26-40	Leve hipoacusia	Otitis serosa, perforación, membrana monomérica, pérdida neurosensorial, tímpanosclerosis	Sólo algunos sonidos del habla, los más sonoros	Dificultades para el aprendizaje. Leve retraso del lenguaje. Leves problemas con el habla. Falta de atención	Audífono. Lectura de labios. Enseñanzas especiales. Logoterapia. Cirugía apropiada.
41-65	Sordera moderada	Otitis crónica, anomalía del oído medio, pérdida neurosensorial	Pierde casi todos los sonidos del habla en una conversación normal	Problemas con el habla. Retraso del lenguaje. Disfunción del aprendizaje. Falta de atención	Las anteriores y además colocar al niño en un sitio especial en clase

66-95	Sordera grave	Pérdida neurosensorial o mixta, producida por pérdida neurosensorial más enfermedad del oído medio	No oye las conversaciones normales	Problemas con el habla. Retraso del lenguaje. Disfunción del aprendizaje. Falta de atención.	Las anteriores y además colocar al niño en un sitio especial en clase.
+ 96	Sordera profunda	Pérdida neurosensorial o mixta	No oye el habla ni otros sonidos	Problemas con el habla. Retraso del lenguaje. Disfunción del aprendizaje. Falta de atención.	Las anteriores; probablemente deba acudir a clases especiales; Implante coclear

\*Adaptada de Northern JL, Downs MP. Hearing in children, 3º edición. Baltimore: William & Wilkins, Baltimore, 1984. ANSI: American National Standards Institute

En la hipoacusia leve sólo surgen problemas de audición con voz baja y ambiente ruidoso. En las moderadas se aprecian dificultades con la voz normal; existen problemas en la adquisición del lenguaje y en la producción de sonidos. En las severas sólo se oye cuando se grita o se usa amplificación. No se desarrolla lenguaje sin ayuda. En las profundas la comprensión es prácticamente nula, incluso con amplificación. No se produce un desarrollo espontáneo del lenguaje.

En la hipoacusia de transmisión existe una deficiencia de la transformación de energía en forma de ondas sonoras a ondas hidráulicas en el oído interno, que impide que el sonido llegue a estimular correctamente las células sensoriales de órgano de Corti por lesiones localizadas en el oído externo o medio. Las malformaciones severas del oído externo y del oído medio, tales como la ausencia de conducto auditivo externo y membrana timpánica y la fusión de los huesecillos, si la cóclea es normal, provoca una pérdida auditiva de 60 dB como máximo, suficientemente grave para comprometer la adquisición del lenguaje, pero susceptible de amplificación.

En la hipoacusia neurosensorial existe una inadecuada transformación de las ondas hidráulicas en el oído medio en actividad nerviosa por lesiones en las células ciliadas o en las vías auditivas. Existe también la sordera cortical y los trastornos de percepción del lenguaje que trascienden estos últimos del objetivo de esta unidad

didáctica. Por lo dicho anteriormente, cualquier sordera superior a 60 dB indica una pérdida neurosensorial pura o mixta.

Por último hay hipoacusias mixtas que participan de ambos mecanismos. Las principales causas de sordera infantil severa y profunda son las genéticas -al menos el 50% de todos los casos-, adquiridas y malformativas, tal y como se resume en la tabla 2.

**I.IV TABLA 2. PRINCIPALES CAUSAS DE SORDERA INFANTIL**

Genéticas	Adquiridas	Malformativas
<ul style="list-style-type: none"> <li>•Autosómicas recesivas (por ejemplo, hipoacusia profunda aislada, pérdida de tonos altos aislada, síndrome de LangeJerervellNielsen, síndrome de Pendred, síndrome de Usher)</li> <li>•Autosómicas dominantes (por ejemplo, hipoacusia profunda aislada, síndrome de Waardenbrug, síndrome de Treacher Collins, síndrome de Alport)</li> <li>•Recesivas ligadas al cromosoma X (por ejemplo, hipoacusia profunda asociada con daltonismo, síndrome tipo Alport)</li> <li>•Mitocondriales (por ejemplo, síndrome de KearnsSayre)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Infecciones congénitas: toxoplasmosis, rubéola, citomegalovirus, herpes simple, sífilis, meningitis bacteriana, paperas, mastoiditis.</li> <li>•Hiperbilirrubinemia: Complicaciones de la prematuridad.</li> <li>•Ototoxicidad -antibióticos: kanamicina, neomicina, estreptomycin, gentamicina, vancomicina, otros aminoglucósidos Furosemida, cisplatino, etc.</li> <li>•Traumatismo de cráneo: rotura timpánica, luxación de los huesecillos, fractura del temporal.</li> <li>•Trauma acústico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Microsomía hemifacial</li> <li>•Síndrome de Goldenhar.</li> <li>•Síndrome de TreacherCollins.</li> <li>•Microotí.</li> <li>•Malformación de Mondini.</li> </ul>

Atendiendo al momento de producirse la pérdida auditiva, las hipoacusias se clasifican en prelinguales, en las que la lesión se produjo con anterioridad a la adquisición del lenguaje (0-2 años), perilinguales, cuando sucedió durante la etapa de adquisición del lenguaje (2-5 años) y poslinguales cuando la pérdida auditiva es posterior a la estructuración del mismo. Naturalmente, cuanto más precoz sea la pérdida, tanto más grave.

La hipoacusia, incluso la sordera profunda, es una entidad tratable. Los resultados del tratamiento en términos de incorporación a la sociedad por parte de los niños afectados dependen en buena medida de lo precoz que sea el diagnóstico.

Es bien sabido que desde que se informa de la sordera de su hijo o hija hasta que se asimilan las implicaciones a corto y largo plazo de la misma, las familias viven un arduo proceso de angustia y reestructuración de expectativas. Además, esta fase coincide con la toma de algunas de las decisiones más importantes sobre el futuro de sus hijos, como la elección del modelo educativo.

Es en este momento en donde el papel de los profesionales tanto de lenguaje como pedagogos deberá facilitar a los padres la formación de sus propios criterios de elección, no sólo ofreciendo toda la información posible, sino también contribuyendo a la asimilación y adecuación a la realidad de cada familia.

En el próximo capítulo se desarrollará el papel del pedagogo y la integración del niño hipoacúsico al ámbito escolar.

El especialista en terapia de lenguaje deberá determinar el sistema de comunicación más adecuado y que mejor se adapte a las peculiaridades de cada niño para que pueda ser compartido por padres, maestros y familia. Los cuales se abordarán con más detenimiento en el próximo capítulo.

## CAPÍTULO II

### **TERAPIA DE LENGUAJE EN NIÑOS CON HIPOACUSIA. IMPORTANCIA DEL TRABAJO QUE REALIZAN LOS PADRES DE FAMILIA EN CASA COMO APOYO A LA TERAPIA PARA LA ADQUISICIÓN DEL LENGUAJE EN NIÑOS CON HIPOACUSIA SEVERA-PROFUNDA**

La audición ha sido el medio por el cual el humano adquiere el lenguaje verbal <sup>(7)</sup>. Por medio del lenguaje se adquiere conocimiento del mundo que nos rodea y la comprensión del mismo y por supuesto el desarrollo intelectual. La hipoacusia se refiere a los problemas de percepción auditiva muy baja de lo normal.

La hipoacusia infantil es un gran problema para la adquisición del lenguaje y eso hace la necesidad de buscar otras alternativas para que el infante no crezca sin él <sup>(8)</sup>. Esto representa un problema difícil porque no sólo los padres tienen que tener el ánimo de ayudar a su hijo a desarrollarse bien en el ambiente que le rodea, sino también los médicos y futuros maestros especialistas en terapia del lenguaje que lo traten.

Gran parte de los niños sordos nacen en familias oyentes y no tienen dentro de ella acceso a la lengua de señas, por lo que es el colegio y la comunidad donde deben ofrecerle la posibilidad de que entre en contacto con otros niños y adultos sordos para desarrollarla.

Los dos primeros años de vida son fundamentales para el desarrollo cognitivo en el lenguaje. Pero, es muy frecuente en nuestro país que durante los 24 meses de vida, el niño permanezca sin diagnóstico médico, por carencia de información o de experiencia de los padres respecto de patologías asociadas. A veces, la pérdida de la capacidad auditiva sólo es detectada a partir de la presencia de dificultades de aprendizaje, de lenguaje o trastornos de la conducta.

Actualmente, gracias a los avances científicos, tecnológicos y metodológicos podemos convivir ya con una nueva generación de personas con discapacidad auditiva. Si bien no todas van a beneficiarse de estos avances en la misma medida, la realidad de las expectativas que hoy se abren ante ellas era impensable hace escasamente ocho o diez años.

---

7. (L. Flores & P. Berruecos, 1991) sostuvo que “la audición ha sido el medio por el cual el humano adquiere el lenguaje “

8. (J.J. Delgado, 1999) sostuvo que “la hipoacusia infantil es un gran problema para la adquisición del lenguaje y eso hace la necesidad de buscar otras alternativas para que el infante no crezca sin él “.

Ahora bien, como ya hemos dicho, ni los avances científicos, ni las ayudas técnicas o la tecnología por sí solas son la respuesta: hay que llegar a tiempo y en la forma adecuada. Y esto sólo es posible a través de cuatro claves fundamentales:

- Detección y diagnóstico precoz de la sordera.
- Adaptación protésica (implantes cocleares y audífonos de última generación) e intervención logopédica tempranas.
- Información, orientación y apoyo a las familias.
- Formación del profesorado.

El diagnóstico precoz de las pérdidas auditivas permite aprovechar el periodo crítico de desarrollo en los niños, cifrado en torno a los tres o cuatro años de edad, cuando la plasticidad cerebral es mayor y tiene lugar la adquisición de determinadas habilidades cognitivas y lingüísticas que, superadas estas edades, son difícilmente recuperables. De ahí que la detección y el diagnóstico precoz de la sordera cambien sustancialmente la perspectiva educativa para los niños y niñas sordos.

La mayoría de los niños con deficiencia auditiva (aproximadamente un 90%) pertenecen a familias oyentes y, por lo tanto, el input lingüístico que reciben es oral. Incluso aunque sus padres sean sordos y empleen lengua de signos, viven en un mundo oyente y no pueden «evitar» recibir en diversas ocasiones este tipo de input.

Se ha demostrado que únicamente con la lectura labiofacial no es suficiente para llegar al contenido del mensaje que se transmite y que los deficientes auditivos reciben. De ahí que sólo se considere viable un aprendizaje aislado de la lectura labial si hablamos de sorderas postlocutivas.

En función de lo anterior, y para facilitar el acceso a la información, tenemos varias alternativas, las cuales expondremos brevemente a continuación.

## **II.I LECTURA LABIAL O LABIOFACIAL**

Entre las funciones de la lectura labiofacial está la de poner a la persona sorda en contacto con el lenguaje oral. Por tanto, hace posible la comunicación, funciona como canal de desarrollo lingüístico y permite una mejora de la articulación.

Nos encontramos así ante un método visual que permite a la persona sorda llegar a comprender la comunicación oral, aunque depende a su vez del conocimiento que la persona tenga del lenguaje, necesitando partir de un vocabulario ya adquirido, ya que es muy difícil, y en algunos casos imposible, comprender mediante lectura labial una palabra.

No debemos olvidar que por medio de la lectura labiofacial sólo se percibe el 50% del habla, y al resto se llega por suplencia mental.

## **II.II LENGUA DE SIGNOS**

Permite acceder al contenido del mensaje, a su información semántica, pero no nos da la forma lingüística de éste.

La lengua de signos se estructura de forma totalmente diferente a la lengua oral, por lo que no se pueden dar de forma simultánea.

Esta lengua es equivalente al castellano oral a nivel semántico y pragmático, pero no a nivel fonológico, sintáctico y morfológico.

Por lo tanto, podemos comunicar lo mismo que con la lengua oral, pero lo haremos con una estructura diferente a la del castellano, y es esto lo que hace imposible emitir un discurso como hacemos normalmente y signarlo al mismo tiempo.

Estaríamos, por tanto, ante un sistema alternativo a la lengua oral, el cual nos permite acceder al contenido pero no a la forma del mensaje, ya que no se signa cada palabra que el oyente emite, ni en el mismo orden.

## **II.III LA ORALIZACIÓN**

Conocido también como lenguaje hablado o lenguaje oral, basa su aprendizaje en el uso de la palabra, auxiliares auditivos y la lectura labiofacial. Los maestros y terapeutas hacen uso de apoyos visuales como: fotos, dibujos, proyecciones y gestualidad normal.

## **II.IV BIMODAL**

Aunque en este sistema de comunicación se utilizan signos, se sigue la estructura del lenguaje oral. Consiste en signar todas las palabras, incluso los elementos sintácticos siguiendo, como hemos señalado, la estructura del castellano en nuestro caso. Es lo que se llama «español signado», usándose simultáneamente el lenguaje hablado y los signos manuales.

La existencia de un signo para cada palabra permite transmitir no sólo el significado, sino también la forma. Esto conlleva la utilización de signos convencionales no pertenecientes a la lengua de signos. A veces se recurre a la dactilología o a la palabra complementada cuando no existe un signo.

Si bien parece una solución fácil no lo es tanto, pues maneja al mismo tiempo dos códigos. Además es necesario que el sordo conozca la gramática del castellano, ya que ésta se mantiene intacta aunque se utilicen signos.

Podríamos añadir que aunque parece formar en lenguaje oral y en lenguaje de signos, respecto a la primera no abarca la fonología, que es un componente básico, y respecto a la segunda tampoco da la competencia suficiente.



Así, aunque no se recomienda como sistema alternativo sí puede recomendarse como aumentativo, utilizándose en educación y rehabilitación como instrumento facilitador en una etapa inicial, y con la posterior y progresiva sustitución de los signos por palabras.

## **II.V LA PALABRA COMPLEMENTADA (CUED SPEECH)**

Se pretende con su empleo eliminar la ambigüedad de la lectura labiofacial, ya que se logra una percepción visual del habla que puede equipararse a la percepción auditiva del oyente.

Consiste en diferenciar los fonemas ambiguos en los labios (como, por ejemplo, «m» y «p») mediante la posición y forma de la mano (3 posiciones para las vocales y 8 formas para las consonantes), se complementa siempre en posiciones muy próximas a la boca (lado, barbilla y garganta) y de forma simultánea al habla.

Su ventaja fundamental es estar basada en la sílaba, que es la unidad básica de procesamiento, así como su sencillo aprendizaje.

Otra gran ventaja es que está ajustado al habla tanto fonética como sintácticamente. Además está libre de contenidos culturales y lingüísticos.

Se trata, por tanto, de un sistema aumentativo del lenguaje oral que elimina la ambigüedad que puede haber en la percepción de éste mediante lectura labiofacial. Por lo tanto, no sólo nos transmite el contenido del mensaje, sino que la forma de dicho mensaje se mantiene intacta.

## **II.VI LA DACTILOLOGÍA**

Consiste en deletrear las palabras con las manos. Se ha propuesto la dactilología en ocasiones como el mecanismo de ayuda ideal, llegando a equipararla con lo que la escritura es para el lenguaje oral. La dactilología permitiría la transmisión del mensaje íntegro, tanto su contenido como su forma.

Sin embargo, transgrede los mecanismos de procesamiento de información en lo que se refiere a memoria y segmentación fonológica.

Se utiliza en la lengua de signos para las palabras nuevas que carecen de signo.

## II.VII LENGUAJE ESCRITO

Desde los inicios de la enseñanza para niños con discapacidad auditiva se ha recurrido al lenguaje escrito como sistema alternativo al habla y como sistema aumentativo para enseñar la lengua oral.

El sistema presenta la ventaja de ser visual y permanente, en el caso de un idioma como el español permite la representación casi literal de la estructura fonológica de la lengua oral.

Tiene el inconveniente de necesitar un apoyo material y, por lo tanto, de no poder utilizarse de forma espontánea en todas las circunstancias (salvo si se hace un uso sistemático de la dactilología); es la razón por la que es un sistema utilizado sobre todo en sesiones de logopedia o en clase. Tampoco puede ser utilizado de forma precoz: se introduce después de otros sistemas de ayuda, a veces para sustituirlos, a veces para completarlos, para la adquisición de ciertos contenidos más formales o más complejos.

La adquisición del lenguaje escrito por parte de los alumnos con deficiencia auditiva persigue, pues, otros objetivos que los que se pretende en la escuela ordinaria: no sólo permite el acceso a la información y a la cultura, constituye realmente una poderosa herramienta de desarrollo de la lengua.

No hay una base científica en la que establezca qué método es el mejor.

Una vez que el niño es inscrito al programa de terapia de lenguaje, ellos serán los encargados de valorar cuál será el método y tipo de lenguaje que deberá trabajarse.

## II.VIII ASPECTOS A CONSIDERAR PARA LA ELECCIÓN DEL MÉTODO Y TIPO DE LENGUAJE.

1. *Conocer la historia clínica y familiar:* lo cual permitirá conocer el tipo de hipoacusia, el nivel de restos auditivos con los que cuenta el paciente, si utiliza auxiliares auditivos, con respecto a la historia familiar valorar el tipo de familia que es: funcional- disfuncional, rol de cada integrante.
2. *Edad en la que se recibe el paciente.*
3. *Cantidad de vocabulario,* palabras que comprende, ubicación temporal (conceptos del hoy, ayer y el mañana), nivel o etapa de lecto-escritura en el cual se encuentra situado (palabras: estructuración).
4. *Inflexiones en la voz:* la voz del sordo es monótona y de altura elevada (más agudo de lo normal), la pronunciación de algunas consonantes no es tan clara.

5. *Información del medio ambiente* (Cuánto conoce, distingue y lograr ubicar)
6. *Cuestiones propias de la personalidad.*
7. *Tipo de lenguaje que presenta el paciente:* éste dependerá de la edad cronológica y mental que presente. Cuando se reciben pacientes pequeños (3-5 años) se identificará si está en la etapa de balbuceo, emisión de sílabas, manejo de onomatopeyas o sonidos. Esto permitirá comenzar el trabajo a partir de corregir ciertas distorsiones en el lenguaje o comenzar un trabajo desde la estructuración de sílabas, palabras.

Concluida la valoración se determinará el número de terapias a las cuales deberá asistir. Generalmente dependerá de las normas de la institución a la cual se esté asistiendo o esté inscrito el menor (generalmente se trabaja una terapia por semana).

## **II.IX ASPECTOS A CONSIDERAR PARA LA PLANEACIÓN Y EJECUCIÓN DE LA TERAPIA DEL LENGUAJE**

La información obtenida en la valoración inicial permitirá tener una idea más precisa del trabajo que deberá realizarse con cada niño. En las siguientes sesiones la terapeuta realizará actividades encaminadas a determinar los siguientes aspectos:

- ❖ Cantidad de vocabulario que el niño conoce y la aplicación de éste dentro de una estructura coherente ya sea de forma oral o escrita (gramática), si necesita de ciertas claves para la identificación de alguna palabra y como las asocia con otras estructuras.
- ❖ Manejo de símbolos.
- ❖ Discriminación visual y auditiva: de frente, de perfil, de  $\frac{3}{4}$  y de atrás.
- ❖ Comprensión lectora.

Iniciada la terapia del lenguaje el primer aspecto que deberá trabajar la terapeuta con los padres de familia será el darles a conocer los diferentes conceptos que se trabajan dentro de esta área tales como: diferencia entre lenguaje y habla, lenguaje receptivo y expresivo, la forma en que aprende un niño hipoacúsico así como la forma en que aprenden usando todos sus sentidos.

Para comprender mejor estos dos conceptos se definirá el lenguaje como lo que las personas dicen y habla es cómo lo dicen. Por ejemplo, la palabra pelota. Al ir aprendiendo su hijo el lenguaje, comenzará a reconocer la palabra y finalmente dirá algo que para él significa pelota.

*Lenguaje Receptivo y expresivo:* su hijo aprenderá a comprender el lenguaje antes de aprender a hablar. La primera etapa del desarrollo del lenguaje es el lenguaje receptivo. El lenguaje receptivo inicial de su hijo probablemente incluya los nombres de cosas- palabras como pelota, perro, coche, gato, mamá, papá- el lenguaje con el que su hijo aprende a identificar las cosas.

*El lenguaje expresivo* es el que su hijo usa para expresar sus deseos, necesidades e ideas. Con frecuencia el primer lenguaje expresivo de un niño es el lenguaje que hace que ocurra algo- palabras como abre, cierra, quita.

Deberá entenderse así que el lenguaje receptivo viene primero, es decir, su hijo tiene que entender una palabra o idea antes que de pueda usarla en forma independiente. Conforme él construya su lenguaje receptivo podrá comprender más y más lo que se dice. Mientras más lo entienda más será capaz de usarlo.

Pero debe estar primero en el lado receptor del mayor lenguaje posible para que pueda desarrollar su lenguaje receptivo, el cual requiere de miles de repeticiones.

Asimismo deberá quedar claro que no sólo los niños con problemas auditivos aprenden por medio de todos sus sentidos, mirando, escuchando, tocando, saboreando e inclusive oliendo. En nuestro caso deberemos entender que los niños hipoacúsicos no son diferentes en esto a los demás niños. Ellos también deben usar todos sus sentidos: no solamente la vista sino también la audición (en el caso de niños hipoacúsicos existen restos auditivos ) y también el tacto.

Un niño hipoacúsico aprenderá mejor cuando se le estimula a usar todos sus sentidos.

Con respecto al sentido de la vista deberá la terapeuta enseñarnos a que nuestro hijo tendrá que aprender a escuchar con sus ojos, así como con sus oídos, tendrá que aprender a leer los labios. La lectura labial es la comprensión de lo que la gente dice- del lenguaje expresivo o hablado- mirando y siguiendo el movimiento de los labios que quien habla. Es importante tomar en cuenta que nuestro hijo no podrá leer nuestros labios si no puede vernos a la cara. Es por ello que es de suma importancia ponerse a la altura de sus ojos. Esto permitirá acercar nuestras voces al niño.

Nos enseñarán que otra parte importante de este trabajo será el enseñarle a nuestro hijo a aprender a mirar- a hacer contacto visual. Aprovechar que cuando él nos mire nosotros deberemos decir algo. Será importante el premiar sus miradas con una palabra o una frase y con una sonrisa.

Por último en el desarrollo del sentido del tacto deberá tomarse en cuenta que el sentido del tacto de él también le permitirá el desarrollo de su lenguaje.

En este aspecto deberemos permitirle que sienta la vibración de la voz colocando su mano en la parte inferior de nuestra mejilla, esto le permitirá sentir las vibraciones, sonidos nasales.

Todo este trabajo con los padres de familia permitirá lograr un verdadero trabajo colaborativo que enriquecerá el trabajo que éstos desarrollen en casa.

En el caso que nos ocupa en la presente tesis (niños con hipoacusia bilateral severa- profunda) el método que se trabajará será el global (que tiene como base la asociación de la palabra con la imagen para la mejor comprensión del niño, se apoya en el uso de diversos materiales) con la finalidad de desarrollar en el niño el lenguaje oral (oralización).

Para ello el trabajo se dividirá en tres áreas importantes, cada una se trabajará en un cuaderno.

## **II.X ÁREAS Y CONTENIDOS QUE TRABAJARÁN LOS PADRES DE FAMILIA EN CASA COMO APOYO A LA TERAPIA PARA LA ADQUISICIÓN DEL LENGUAJE**

### **II.X.I ÁREA: VOCABULARIO**

#### **CONTENIDOS:**

Se trabaja por campos semánticos, parten de aquellos a los cuales el niño tiene más contacto y son más fáciles de identificar. Familia, partes del cuerpo, ropa, comida, animales, etc

#### **EJEMPLOS DE EJERCICIOS QUE SE TRABAJAN EN CASA**

##### **VOCABULARIO: VERDURAS**



VOCABULARIO: MEDIOS DE TRANSPORTE



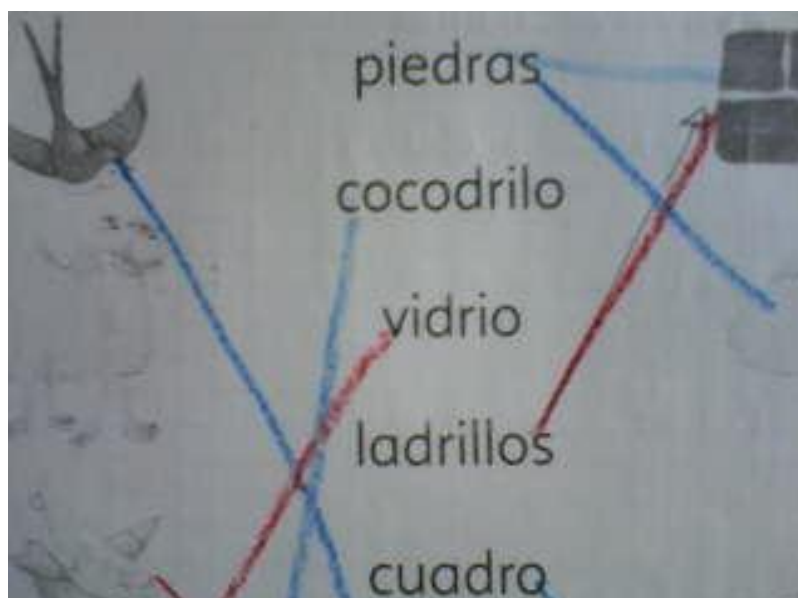
VOCABULARIO: PALABRAS CON LAS SÍLABAS SA, SE, SI, SO, SU



VOCABULARIO: PALABRAS CON LAS SÍLABAS BA, BE, BI, BO, BU



VOCABULARIO: IDENTIFICACIÓN DE PALABRAS  
(RELACIONAR LA PALABRA CON SU DIBUJO)



## II.X.II ÁREA: ARTICULACIÓN

### CONTENIDOS:

Se le llama articulación al sonido que resulta de la unión de una o más consonantes con una o más vocales y en otro concepto, se entiende por articulación el movimiento de los órganos para pasar de una posición a otra, cuando se producen dos fonemas inmediatos (10).

Conviene diferenciar entre articulación y pronunciación. Pronunciar implica una emisión de voz normal, con limpia articulación de todos los fonemas y entonación apropiada.

Se comienza el trabajo por los fonemas (11) vocales: a, e, i, o, u  
Posteriormente se trabajarán los fonemas consonantes, los cuales pueden ser apoyados por las onomatopeyas, para lograr su correcta articulación. A continuación se menciona orden en que pueden ser trabajados los fonemas consonantes(9): p, b, m, f, v, d, z, t, s, n, l, r, ñ, ch, y, ll, j, c, g.

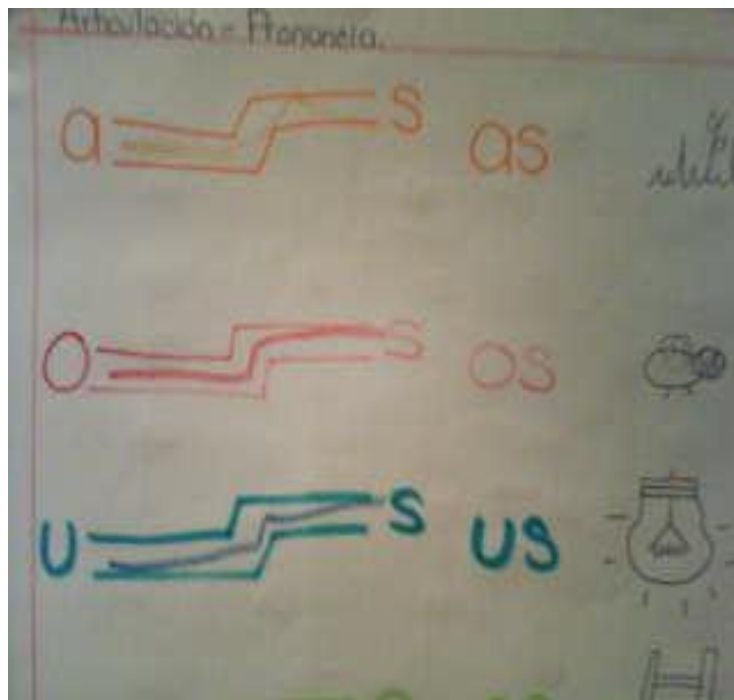
Posteriormente se trabajarán los sinfonos o sílabas compuestas: pr, br, fr, tr, dr, gr, cr, pl, bl, fl, tl, gl, cl.

### EJEMPLOS DE EJERCICIOS QUE SE TRABAJAN EN CASA ARTICULACIÓN: SILABAS

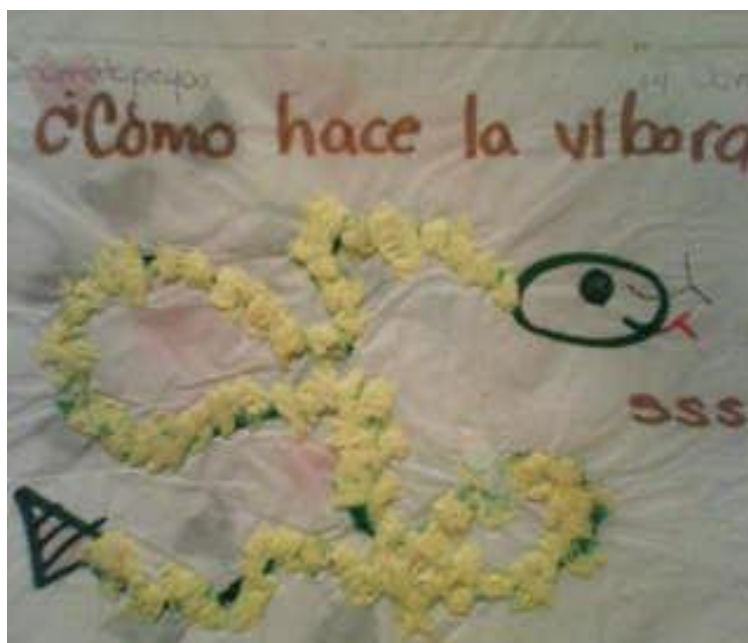


9. (T. Corredera Sánchez, 1949, p.11) sostuvo que “se denomina en fonética a todas las que corrientemente se llaman letras, ya sean sonoras o no, en cuanto son elementos de producción oral. Esa palabra tiende a cumplir un papel generalizador, reservándose la palabra sonido para aquellos fonemas que pueden ser considerados físicamente de esa manera”





ARTICULACIÓN: ONOMATOPEYAS



ARTICULACIÓN: IDENTIFICACIÓN DE SILABAS A PARTIR DE DIBUJAR OBJETOS QUE COMIENCEN CON ESA SILABA.



**II.X.III ÁREA: ESTRUCTURACIÓN**

**CONTENIDOS:**

Una vez que se ha logrado que el niño amplíe su vocabulario, haya logrado una correcta articulación de los fonemas, se realiza el trabajo de estructuración en el cual se utilizan claves para cada una de las estructuras gramaticales ejemplo:

Verbo =  
Artículo \_

Las claves se marcarán en abajo o arriba de la palabra.

Es importante mencionar que se debe vincular el trabajo de las tres áreas para que sea más significativo para el niño.



El objetivo de la presente tesis es dar a conocer la importancia del trabajo que realizan en casa los padres de familia como apoyo a la terapia del lenguaje.

Ser padres es una tarea muy difícil, una de las causas es el asumir diferentes papeles.

Protectores atendiendo a sus necesidades físicas – alimentación, cuidados físicos, hábitos higiénicos, atención en caso de accidentes.

También se le brinda tiempo y atención ya que necesita crecer social y emocionalmente tanto como físicamente.

A lo largo de su vida tendrán muchos maestros pero ustedes son los primeros y más importantes. Los niños que oyen normalmente aprenden a hablar y comprender el habla antes de ir a la escuela. Aún después de empezar a ir a la escuela, los niños aprenden mucho en el hogar. Para los niños con cualquier tipo de problema auditivo (hipoacusia o sordera), es aún más importante que se aprenda durante todo el tiempo que esté despierto y durante sus horas en que acuda a una terapia o a la escuela durante los años venideros.

Como todos los niños pequeños, su hijo aprende haciendo. Aprende por todos sus sentidos: tocando, probando, oliendo, viendo.

Cuando el niño se interese por algo, háganle de ello. Pongan lenguaje en sus pensamientos.

Apliquen todos los conocimientos y estrategias que han aprendido junto con su hijo en las terapias de lenguaje. Recuerden que su hogar está lleno de incontables actividades diarias que proporcionan un rico ambiente de aprendizaje

para ustedes y el niño(a). Su casa es una gran parte del mundo de su niño. Todo lo que él hace – comer, vestirse, jugar- es algo de lo que ustedes pueden hablarle. Estas actividades son la base del aprendizaje.

El trabajo conjunto y colaborativo entre ustedes y su terapeuta les permitirá planear y diseñar diferentes actividades que puedan ser aplicadas de manera fácil y sencilla.

Aprendan lo más que puedan. Tengan la mente abierta. Busquen información de todas las fuentes posibles. Escuchen a los “expertos” y valoren lo que le dicen, no se desanimen cuando surjan problemas. Una vez que hayan tomado una decisión, llévenla a cabo.

Planeen metas realistas. La paciencia es importante, pero la honestidad y el realismo también tienen un lugar. Si parece que no se llegaran a alcanzar las metas, tal vez sea tiempo de revisarlas.

Existen diferentes tipos de objetivos. Sus objetivos a largo plazo pueden ser que su hijo les hable y que entienda lo que ustedes le dicen o tal vez, que llegue a ir a la universidad.

Pero también necesitan plantearse objetivos pequeños que les ayudarán a conseguir sus objetivos mayores.

Ustedes no pueden esperar que su niño esté platicando antes de que siquiera haya aprendido que las palabras tienen un significado. Piensen en otras habilidades que su niño haya aprendido a desarrollar, como aprender a caminar. Ustedes no esperaban que su niño corriera antes de aprender a gatear. El aprendizaje del lenguaje es una habilidad básica como el aprender a caminar que toma mucho tiempo. Su hijo tiene que entender el lenguaje antes de que hable y use ese lenguaje.

Ustedes y su hijo tienen que ir paso por paso.

Su primer objetivo puede ser conseguir que su niño les mire a la cara frecuentemente. Hablarle cuando les mire es otro paso gigante.

Dediquen cierto tiempo a conocer realmente a su hijo. Obsérvenlo. Vean lo que le gusta, que le atrae y captura su interés. No lo compare con otros niños, simplemente traten de aprender todo lo que puedan acerca de él, de la pequeña pero única personita que es él.

No se fijen en sus limitaciones, esto no ayudará a ninguno de los dos. Sólo traten de ver el mundo con sus ojos, como él lo ve.

Los padres desempeñan un papel importante en la rehabilitación de sus hijos, una vez que es en un ambiente de cariño y apoyo que mejor se desarrolla un niño. De este afecto, del apoyo, de la aceptación del niño (y no del problema) y del tiempo dedicado a él, depende, en gran medida, su evolución.

Hasta éste momento podríamos resumir las funciones de los padres, en cuanto al trabajo que realizan en casa como apoyo a la terapia ayuda a favorecer la comunicación natural y espontánea en casa, acerca la familia a las peculiaridades propias de un niño hipoacúsico y finalmente le ofrece al niño los estímulos oportunos para motivar el aprendizaje de la lengua oral.

## **CAPÍTULO III**

### **ESTUDIO DE CASO**

El estudio estuvo centrado en un menor diagnosticado con hipoacusia bilateral severa-profunda, y que tiene como propósito dar a conocer la participación del pedagogo en su proceso de integración escolar.

Paciente masculino con antecedente de primo paterno con sordera sin determinarse la causa, la madre del menor presentó preclampsia durante el embarazo y amenaza de aborto con traumatismo en la madre. Se obtuvo por cesárea.

Acude a atención médica particular debido a que los padres detectan que el menor arquea la cabeza de forma constante, se realizan estudios de reflujo en los cuales se diagnostica reflujo esofágico para lo cual se da tratamiento de prepulsid, acostar al menor en un ángulo de 90°, no proporcionar alimento 3 horas antes de dormir, proporcionar fórmula láctea libre de lactosa así como alimento natural elaborado por la madre.

Se continúan con revisiones periódicas por parte de pediatría, en las cuales al año 2 meses se detecta por los padres de familia y bajo exploración que el menor no continúa con el desarrollo normal de lenguaje a lo cual se indica a los padres acudir a una instancia médica en la cual puedan ser realizados estudios audiológicos para descartar posible sordera debido a antecedentes paternos.

Debido a que los padres no cuentan con una prestación médica por parte de sus respectivos trabajos y bajo la orientación del médico pediatra se inicia el protocolo de admisión al Hospital General de México, en este momento el menor contaba con 1 año 9 meses de edad. Al cumplir 1 año 11 meses el menor es ingresado a otra institución médica PEMEX, por lo que se mencionarán las valoraciones clínicas y terapéuticas que tuvo en ambos hospitales.

#### **III.I HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO**

Después de realizar protocolo de admisión y tener como respuesta la aceptación del menor el hospital realiza audiometría y potenciales evocados del tallo cerebral detectan hipoacusia neurosensorial bilateral severa-profunda y con el resultado se prescribieron 2 auxiliares auditivos electrónicos Superfront, con buena tolerancia posterior.

Una vez obtenidos los resultados el menor de 1 años 11 meses es canalizado al área de terapia del lenguaje en donde inicia sus terapias de lunes a viernes en un horario de 9:00 a 10:00am.

En un inicio comienza sus terapias con dos terapeutas debido a la edad del menor. Asimismo se inicia el trabajo con los padres para informarles del trabajo que se realizaría, el brindarles información y orientación correspondiente a que es la hipoacusia, conceptos sobre lo que es el lenguaje, habla, comunicación, lenguaje reflexivo y expresivo, formas de comunicación con el niño hipoacúsico el plan de trabajo que se realizará en la terapia y que aspectos deben trabajar en casa para el apoyo de la terapia del lenguaje.

Continua con terapia durante dos años en donde se trabaja su lenguaje receptivo y expresivo por campos semánticos, en donde se logra que el menor comience a identificar y pronunciar las palabras: dame, toma, identificación de él en su entorno (yo), mamá, papá, leche, pan, agua y vocales.

Por decisión de los padres el menor únicamente continuará con el servicio médico de PEMEX.

### **III.II PEMEX**

Es visto por primera vez el 1° de Agosto/01 al sospechar hipoacusia, y retraso del lenguaje. Se realizaron los estudios diagnosticando hipoacusia sensorial en agudos en frecuencias medias bilateral, con actividad bioeléctrica irregular y edema de vía auditiva. El 16 de mayo 2002 se realizo nuevo estudio de potenciales auditivos del tallo cerebral.

En este año es ingresado a terapia del lenguaje, en donde acudirá los días martes en un horario de 15:00 a 16:00 pm.

Se inicia el trabajo con el menor realizando valoración con la finalidad de identificar n con padres de familia para proporcionarles toda la información su nivel de lenguaje reflexivo y expresivo para dar seguimiento al trabajo realizado por las terapeutas anteriores. Se da plática con los padres para establecer lineamientos de trabajo dentro de la terapia del lenguaje y del hogar.

El niño mostró avances en su terapia. Se continuaron trabajando actividades que permitieran en el menor prolongar sus lapsos de atención mediante juegos de memoria, rompecabezas, esto conlleva a que periodos de atención se prolongaran, mejoro la emisión de fonemas y continúo su terapia semanal.

En noviembre 2002 se empieza a trabajar con el menor los conceptos de día y noche, así como los nombres de los días de la semana. Se refirió buen rendimiento escolar y adecuada adaptación al entorno escolar. Persistió inquieto con periodos más largos de atención con la mejoría en la articulación de fonemas. En enero 2003 se reporto mejoría en los procedimientos indicados asocio colores y reconoció figuras y sonidos.

En marzo 2003 se menciona la posibilidad de ingresar al programa de implante coclear en el Hospital General de México (debido a que estuvo tomando terapias

de lenguaje en ese lugar), el paciente maneja muy poco vocabulario, sin embargo si comprende mas de lo que se expresa.

Asimismo dado los resultados de los estudios se identificó que posee buenos restos auditivos lo cual no lo hace ser candidato a implante coclear, se sugiere seguir trabajando lenguaje expresivo.

A nivel perceptual esta en buen nivel (igualdades y diferencias, coordinación fina, conservación de la figura).

El 7 de julio del 2003 se reporto que aún llega a presentar una atención dispersa, se insistió en calendario y fonemas y continúa en terapia

Cabe mencionar que el servicio de Otorrinolaringología, lo ha revisado en 3 ocasiones en este lapso de tiempo, siempre a solicitud de Audiología a fin de realizar extracción de cerumen previo a la realización de los estudios audiológicos.

El ultimo de ellos esta fechado el 1° de Abril del 2004 y muestra la presencia de una hipoacusia neurosensorial bilateral profunda de predominio izquierdo.

Finalmente señalo que en Noviembre del 2004, el servicio de foniatría comenta en su nota que se solicita valoración en el servicio de Audiología del HCSAE a fin de analizar la posibilidad de ser candidato para el uso de un implante coclear, y con esa fecha 25 de Noviembre del 2004, se realiza hoja de envió, que se encuentra en el expediente.

Del 2004 a la fecha se reporta que cada asiste a sus valoraciones neurológicas, psicológicas en las cuales no se reporta ninguna alteración.

En solicitud a Audiología cada año se le realizan sus estudios correspondientes a potenciales auditivos del tallo cerebral, audiometrías, y por juegos para dar seguimiento.

El 20 de Abril del 2009 se realizaron los últimos estudios, en los cuales concluye el audiólogo que sería recomendable la adquisición de auxiliares auditivos digitales, los cuales le permitirán obtener una mejor ganancia y claridad del sonido.

Actualmente terapia del lenguaje reporta avances significativos en su lenguaje interno, ha desarrollado de mejor manera su lenguaje expresivo, dentro del cual se debe de seguir trabajando su articulación y pronunciación. Debido a la edad que actualmente presenta el menor y debido a las inquietudes propias de la edad se recomienda seguir trabajando su lenguaje reflexivo y espontáneo. Se le exige una mejor articulación y pronunciación de estructuras gramaticales que contengan artículo, sujeto, verbo, adjetivo calificativo.

En enero del 2009 psicología realizó nueva valoración en la cual reporta que la edad cronológica y mental del paciente es acorde, no reporta alteraciones, sugiere



seguir con el manejo de límites, reglas, normas y valores debido a que el paciente se encuentra en la pre-adolescencia.

En junio del 2009 fue valorado nuevamente por el servicio de neurología en donde no se reportan anomalías y da la misma sugerencia que psicología.

Actualmente terapia del lenguaje reporta que sus lapsos de atención son más largos, lo que permite se trabaje de mejor manera en terapia. Se describen avances notorios en los siguientes aspectos:

- ❖ Vocabulario: ha incrementado y su aplicación dentro de una estructura gramatical es más clara.
- ❖ Lenguaje receptivo: comprende la información que le es proporcionada del exterior.
- ❖ Lenguaje expresivo: muestra mayor intención comunicativa. Es importante seguir enriqueciéndolo.

Recomienda seguir trabajando comprensión lectora y razonamiento matemático.

### **III.III INTERVENCIÓN DEL PEDAGOGO EN EL ÁMBITO ESCOLAR DEL NIÑO HIPOACÚSICO**

Con la finalidad de complementar el desarrollo médico del paciente se menciona su desarrollo académico lo cual permitirá dar un panorama más completo sobre el trabajo que se ha realizado con él y que forma parte importante en este proceso de oralización.

Antes de iniciar quisiera comenzar mencionando que los padres siempre buscan proporcionar a sus hijos las mejores opciones educativas, y sobre todo cuando presentan alguna discapacidad, desafortunadamente son contadas las escuelas que existen dentro del D.F y Estado de México que proporcionan una educación que realmente apoye sus necesidades, por lo que encontrar una escuela se vuelve una tarea muy difícil.

Con respecto al ámbito escolar el menor es inscrito desde los tres 3 años a una escuela de educación regular que le permita ir adaptándose y socializando con niños de su edad, ya que por asistir de manera diaria a terapias se estaba perdiendo esa etapa escolar, en donde es importante los procesos de adaptación y socialización en un menor.

Como profesionales de la educación y sobre todo como humanos, tenemos el beneficio de preguntar, hay cosas que no tenemos por qué saber y esto no nos debe apenar o frustrar. Al enterarnos de que un niño hipoacúsico se integrará al ámbito escolar debemos concertar una cita con los padres de familia y preguntarles abiertamente:

- ¿Qué clase de sordera tiene?
  - Pérdida auditiva superficial (a: -30 db / b: -40 db)
  - Pérdida auditiva media (a: -50 db / b: -60 db / c: -70 db)
  - Pérdida auditiva profunda (a: -80 db / b: -90 db)
  - Anacusia (-120 db)
  
- Si el niño utiliza alguna prótesis auditiva, ¿qué ganancia le aporta? Recordemos que la capacidad para la percepción del lenguaje hablado se mide en decibeles.
  
- Si la prótesis auditiva es un implante coclear, ¿cuándo fue la operación? ¿Qué nivel de audición tiene actualmente? ¿Qué marca y modelo es? ¿Qué tipo de baterías utiliza y con qué frecuencia se deben cambiar? Es importante contar con un par extra para cualquier emergencia y pedir a la madre que enseñe a su hijo a cambiarlas, así como el funcionamiento general de la prótesis para saber si el niño lo lleva apagado, si está en el volumen adecuado o bien si presenta algún corto. Se debe realizar diariamente (en la mañana) la evaluación de Ling para asegurarse de que los aparatos se encuentran en perfecto estado.
  
- ¿Desde hace cuánto tiempo el niño utiliza los aparatos? Esto indicará su nivel lingüístico, ya que el desarrollo de la lengua varía si la sordera es detectada a los 3 años o a los 5 meses de edad.
  
- Cuidados generales. ¿Se puede mojar? Algunos implantes cocleares son repelentes al agua. ¿Puede subirse a la resbaladilla? Algunos pierden el mapeo con la estática.
  
- ¿El niño recibe terapia actualmente? En el caso de que así sea, ¿es posible comunicarnos y establecer contacto con el terapeuta?
  
- ¿Qué metodología se ha utilizado en la educación del niño? Existen diversas metodologías educativas para los niños sordos, ya sea que se concentren en los estímulos visuales, como la lectura de labio facial; en los estímulos táctiles, o sólo en los estímulos auditivos (TAV), como la identificación de fonemas.
  
- Puede preguntar acerca del carácter del niño. Respecto a la tolerancia a la frustración y la integración social que ha predominado en él desde que inició su etapa escolar. Y fuera del contexto educativo, ¿cómo se relaciona con otros niños?
  
- Si realiza algún deporte, ¿cómo se desenvuelve? ¿Cuáles son las actividades favoritas del niño (juegos, cantos, mascotas, etc.)? ¿Qué intereses especiales tiene? Estos detalles le ayudarán mucho para establecer esa primera relación con

su alumno ya que él se percatará de que se encuentra en un ambiente cálido donde se interesan en las cosas que le gustan.

- Anote lo más que pueda del desenvolvimiento del niño, de gran importancia para su adaptación, además de que le servirá en las futuras juntas para resolver nuevas dudas. ¿Es normal que se quite el aparato? ¿El ruido de tal situación le causó incomodidad? ¿Lo ha notado disperso y desatento? ¿Se modificó el mapeo?

Una vez recabada esta información el especialista en pedagogía iniciará con una valoración inicial diagnóstica que permita obtener datos sobre dos aspectos importantes:

1.- Que contenidos curriculares el alumno ya ha logrado comprender, asimilar, acomodar, mecanizar.

2.- Ubicar al niño en el ciclo escolar adecuado tomando como base los aprendizajes obtenidos, para de ahí comenzar a diseñar estrategias que le permitan al niño hipoacúsico su integración escolar, en donde se reconozcan las diferencias, así como los derechos y valores compartidos entre las personas y posibilite un espacio de participación y desarrollo humano"<sup>(10)</sup>, y comenzar con la revisión del currículo y las adecuaciones pertinentes que más adelante se explicarán.

También deberá establecer los vínculos y los procesos de coordinación en las acciones entre las instituciones educativas y los centros o profesionales que prestan estos servicios a este tipo de niños y a sus familias.

En este sentido, la Pedagogía nos aportará diversa información que va desde la valoración diagnóstica inicial que tendrá como objetivo el identificar que contenidos académicos ha logrado asimilar, comprender, decodificar, interpretar y y, sobretodo, formas de enfocar el proceso de enseñanza- aprendizaje.

Dentro de estas formas de enfocar el aprendizaje deberá revisar el currículo (planes de estudio, programas, metodologías, evaluación), ya que de esta revisión se derivarán todas las adaptaciones necesarias para lograr una buena integración del hipoacúsico al ámbito escolar.

---

10.- (Insor, 1999) sostuvo que "las actividades; los logros, competencias y conocimientos que para cada área y grado deben alcanzar los niños hipoacúsicos, así como los criterios y procedimientos para evaluar el aprendizaje, el rendimiento y el desarrollo de las capacidades de los mismos"

Específicamente el trabajo y las aportaciones del pedagogo dentro de la revisión del currículo serán:

Planes de estudio: Revisar que contengan la intención e identificación de los contenidos, temas y problemas de cada área y las correspondientes actividades pedagógicas; la distribución del tiempo y la secuenciación en el proceso educativo, indicando los grados y los períodos para su realización.

Metodologías: Deberá especificar claramente dentro de cada una de las áreas en cuanto a uso de material didáctico, textos escolares, laboratorios, ayudas audiovisuales, informática educativa, entre otros. Así mismo, debe contener planes específicos para el niño hipoacúsico durante su proceso de aprendizaje.

Evaluación y promoción: El principal objetivo que se planteará el pedagogo será integrar una valoración del rendimiento académico a partir del seguimiento de logros. Tomando en cuenta las características del hipoacúsico.

Otro aspecto importante que no deberá dejarse de lado será el incluir los recursos humanos Académicos y físicos para llevar a cabo los objetivos planteados.

Una vez concluida la revisión del currículo podrá realizar las adaptaciones curriculares pertinentes.

Las adaptaciones curriculares son las estrategias y recursos educativos adicionales que se implementan en las escuelas para facilitar el acceso y progreso de los alumnos con necesidades educativas especiales en el currículo.

Distinguiremos tres tipos de adaptaciones.

1.- *Las adaptaciones de acceso son:* Las que facilitan el acceso al currículo, a través de recursos materiales específicos o modificaciones de interacción con los elementos del currículo.

2.- *Las adaptaciones propiamente dichas que son las que se proponen:*

- La revisión de uno o varios elementos de la planificación, gestión y/o evaluación curricular
- Redefinen las estrategias de enseñanza.
- Adecuan procedimientos e instrumentos de evaluación.

### 3.- *Las adaptaciones de contexto que:*

- Actúan sobre la estructura grupal y el clima emocional del aula o institución.
- Flexibilizan el uso de tiempos y espacios.
- Modifican los agrupamientos institucionales o en el aula.
- Buscan consensuar objetivos y metas grupales.
- Gestionan procesos de orientación escolar.
- Realizan actividades conjuntas con otros actores de la comunidad educativa.

Una vez realizadas estas adaptaciones deberá ponerse atención al ámbito del aula, en donde el pedagogo deberá monitorear constantemente las modificaciones o ajustes que realiza el docente para el desarrollo de la práctica pedagógica con los niños hipoacúsicos, ya que de este ámbito dependerá básicamente el tipo de integración que tengan.

Estas adecuaciones contemplarán desde la disposición de espacios, de equipos tecnológicos y de recursos didácticos, los horarios y el agrupamiento de los estudiantes, las estrategias metodológicas.

Con respecto al docente deberá proporcionarle estrategias didácticas, para que él tome en cuenta diversos factores que faciliten su integración en las clases ordinarias.

*Estos factores deberán ser los siguientes:*

La información que le llega al alumno/a a través del canal visual (pizarra, expresiones corporales, gestuales, lectura labial, etc.) por lo tanto se le debe situar en una posición dentro del aula que le permita mirar directamente al profesor o profesora de frente, también se debe posibilitar la orientación hacia el resto de los compañeros si la actividad en concreto así lo requiere.

El alumno no debe estar situado de frente a la luz, ya que la lectura labiofacial es mejor si la luz le viene desde detrás. Se debe situar lejos de áreas ruidosas.

El docente no deberá tener la boca tapada. Es necesario que hable despacio y claro, parando de vez en cuando para asegurarse que está siguiendo la explicación.

Al comienzo de la clase es muy importante situar al alumno brevemente en el tema que se va a tratar ese día.

Cuando tenga que explicar a su alumno algún tema en particular, siéntese a un lado de él (del lado donde tenga la mejor ganancia auditiva), así el niño recibe la información de modo auditivo y natural. Cuando crea conveniente dar

una pista visual, puede voltear para que el niño se fije en su cara y complemente con la vista la información auditiva recibida.

Cuando observe que el niño no está comprendiendo una idea, no utilice palabras aisladas para explicarle, mejor utilice frases y oraciones completas; aun cuando el niño sólo repita la última palabra, está adquiriendo una idea general de lo que se está hablando. Procure que la forma de hablar sea familiar, cotidiana y espontánea.

Para facilitar el trabajo en clase se pueden utilizar las diferentes modalidades sensoriales, como el oído, la vista y el tacto.

Es, entonces, de suma importancia que los maestros promuevan que los niños con deficiencias auditivas hablen con frecuencia para que puedan desarrollar esta habilidad de lenguaje, pero no se debe insistir demasiado si los estudiantes hipoacúsicos no logran realizar la producción que se les enseña.

Es en este aspecto donde el pedagogo deberá mantener constante comunicación con el equipo interdisciplinario de trabajo para ir reportando los avances o retrocesos del menor.

Y a su vez cada uno realice las adecuaciones pertinentes para lograr la integración del menor.

Retomando la idea anterior cuando el docente detecte que el menor presenta problemas en el área de lenguaje, lo mejor hacerle saber por escrito o entrevista al terapeuta qué fonema no está siendo articulado para que lo integre a su plan de trabajo.

Las observaciones de los maestros son de gran ayuda para la realización de la terapia, debido a que comparten muchas horas con los alumnos.

Otra estrategia para un mejor desarrollo del niño en el salón de clases es informar a los padres sobre los temas próximos a tratar, ya sea por mes o por semana, para trabajar las lecciones en casa con anticipación, así, el niño llega a clase con información que le facilita integrar las ideas.

Al mantener un intercambio asiduo con los padres, el pedagogo y el terapeuta, el maestro observará que el niño asimila y afianza con mayor facilidad los temas.

Asimismo, se debe motivar al niño a que exprese cuando no está entendiendo algo; esto puede evitar futuros problemas comunicativos y emocionales, ya que de mantenerse al margen de la comprensión, es fácil que el niño comience a alejarse de las actividades grupales.

Por último, es de suma importancia favorecer los vínculos comunicativos ya que son parte sustancial de la integración. El lograr que en el aula hable un alumno

a la vez y en ambiente silencioso, estará favoreciendo la integración del niño dentro y fuera del aula, ya que los compañeros sabrán cómo hablarle y explicarse con él.

Una vez que el pedagogo diseña y pone en marcha el programa que tendrá como objetivo primordial el integrar al niño hipoacúsico al ámbito escolar, deberá realizar evaluaciones continuas que le permitan ir realizando ajustes que respondan a las nuevas necesidades que se vayan presentando.

En capítulos posteriores se trabajará la importancia del trabajo que realizan los padres de familia como apoyo a la terapia del lenguaje, el estudio de caso y una propuesta.

Estos tres capítulos parten del trabajo que ya realizó el pedagogo (diagnóstico, diseño y puesta en marcha del programa de integración escolar) y se concretizan en cada una de las acciones que han realizado los integrantes del equipo interdisciplinario (padres de familia, docentes y terapeutas del lenguaje).

Como parte del protocolo que debe cubrirse con la instancia médica que viene revisando al menor se concreta cita con su terapeuta de lenguaje, con la finalidad se le informe de los aspectos que se trabajarán con el menor para lograr su integración al ámbito escolar, se acuerda el realizar citas semanales en donde se entregarán informes semanales que contemple el trabajo que realiza el menor en la terapia del lenguaje y el trabajo que realiza dentro de la escuela, para ir realizando los ajustes necesarios en base al avance o retroceso del menor.

El programa para lograr la integración del menor tiene planteados los siguientes objetivos:

- Lograr un mayor grado de autoestima.
- Lograr una mejor comunicación con sus pares oyentes.
- Beneficiarse de la integración cultural.
- Garantizar su normal desarrollo intelectual.

Para la obtención de los resultados deseados se conforma un equipo interdisciplinario entre los padres, terapeuta del lenguaje, maestra de grupo y pedagogo.

Cada uno dentro de su campo de trabajo realizará las acciones pertinentes con el menor.

<b>ESPECIALISTA</b>	<b>ACCIONES QUE LLEVARÁ A CABO</b>
<b>PEDAGOGO</b>	<p>*Mantener constante comunicación con el equipo interdisciplinario.</p> <p>*Diseñar el programa de integración escolar que contemple las adecuaciones curriculares que necesita el menor (examen de diagnóstico, contenidos, tipo de evaluación).</p> <p>*Dar a conocer al docente las estrategias didácticas y metodológicas para el trabajo de contenidos y de integración del menor con sus demás compañeros.</p> <p>*Monitoreo constante del trabajo que realiza el menor en el salón, así como cuidar el aspecto de socialización con sus compañeros.</p> <p>*Constante comunicación con los padres para explicarles cual es la metodología de trabajo que se realiza con el menor en su proceso de enseñanza aprendizaje dentro del aula y como pueden éstas ser aplicadas en el trabajo en casa.</p>
<b>TERAPEUTA DEL LENGUAJE</b>	<p>*Mantener constante comunicación con las personas que conforman el equipo interdisciplinario con respecto a los avances que el menor tiene con respecto a la adquisición, articulación y pronunciación de nuevos vocabulario.</p> <p>*Proporcionar estrategias que permitan que la integración del menor sea exitosa.</p>
<b>DOCENTE</b>	<p>*Tener apertura a los cambios y disposición al trabajo con alumnos con necesidades especiales.</p> <p>*Poner en práctica todas las estrategias didácticas y metodológicas dadas pro el pedagogo, para el trabajo en el aula.</p> <p>*Proporcionar informes a cada integrante del equipo</p>



	<p>interdisciplinario con la finalidad de ir evaluando continuamente los avances o retrocesos que el menor tenga desde el aspecto académico hasta el de socialización.</p> <p>*Mantener canales abiertos de comunicación.</p>
<p><b>PADRES DE FAMILIA</b></p>	<p>*Constante comunicación con el pedagogo, para favorecer y enriquecer el programa educativo.</p> <p>*Informar sobre cambios o avances que el menor tenga en casa.</p> <p>*Poner en marcha las estrategias didácticas proporcionadas por el pedagogo para el trabajo académico que se realice en casa.</p>

Actualmente el menor se encuentra cursando en una escuela regular privada el 3er año de primaria, las adecuaciones curriculares que se han venido trabajando con él le han permitido consolidar y aplicar los contenidos académicos adquiridos.

Las maestras que han trabajado con el menor reportan que ha tenido una buena integración y adaptación con sus alumnos, su proceso de enseñanza-aprendizaje ha sido lento pues hay definiciones y conceptos que por su misma naturaleza son difíciles y se ha utilizado material concreto para que lo comprenda y asimile bien.

El servicio de terapia de lenguaje reporta que ha mejorado su lenguaje interno y expresivo. Se continúa con el trabajo de oralización.

Los padres de familia continúan trabajando todas las estrategias proporcionadas y reportan avances.

Su desarrollo es como el de cualquier otro niño, juega, corre, tiene amigos con los cuales ha buscado darse a entender y socializar.

Es un trabajo largo y pareciera ser que existen muchos retrocesos, pero todo tiene una gran recompensa, el escuchar decir sus primeras palabras. Tardará mucho tiempo y sabido es que no logrará oralizarse como una persona normaoyente pero no hay que darse por vencidos.

En conclusión podríamos enfatizar que la integración de un niño hipoacúsico a un sistema escolarizado depende en gran parte del trabajo de todo el equipo interdisciplinario de especialistas realice.

Quisiera enfatizar que la participación del pedagogo no ha de limitarse únicamente a la revisión del currículo y sus adaptaciones, deberá también brindar orientación a los equipos técnico-docentes de las unidades educativas del área, a la familia para brindarles posibilidades reales de integración al proceso educativo del menor, lo cual favorecerá su integración familiar y social.

## CAPÍTULO IV

### **PROPUESTA DEL EMPLEO DE ACTIVIDADES Y JUEGOS DIDÁCTICOS QUE PUEDEN UTILIZAR LOS PADRES DE FAMILIA PARA EL TRABAJO QUE REALIZAN EN CASA COMO APOYO A LA TERAPIA DEL LENGUAJE**

El presente capítulo está diseñado para que los padres de familia con niños hipoacúsicos conozcan las adecuaciones que pueden realizar a los tipos de juegos, actividades y materiales didácticos que normalmente se juegan con un niño norma oyente y el cómo estas adecuaciones enriquecerán las actividades que realizan en casa con sus hijos(as), para apoyar el trabajo de la terapeuta del lenguaje que tiene como finalidad la obtención del lenguaje del niño hipoacúsico.

Estas actividades son oportunidades para ir construyendo el lenguaje de sus hijos.

El propósito de los siguientes juegos es sugerirles formas en las que los padres pueden lograr que su hijo participe en la comunicación con ustedes y darle ejemplos de cómo hablarle.

Al hablarle a su hijo establecen las bases de su aprendizaje de lenguaje. Es importante que siempre se le hable a un niño con audición limitada, que le hablen naturalmente y rodeándolo con su lenguaje. Al principio tal vez no se consiga ninguna respuesta, sin embargo no hay que desanimarse, ya que cada vez que se le habla al niño, se le está dando el lenguaje que él necesita. Es importante recordar que se requieren de muchas repeticiones de las palabras. El juego de un niño es su forma de aprender. Él aprende de los objetos con los que juega, lo que puede y no puede hacer con ellos. A veces imitará a los “mayores” que ve o hasta a su perro o gato. Él está descubriendo muchas cosas acerca de la gente, de los animales, de sus costumbres y de la vida en general. Como el aprendizaje es la base del juego de su hijo, éste es un tiempo importante para que él aprenda el lenguaje.

Este lenguaje dará significado a todas las demás cosas que él está aprendiendo.

Al jugar, los niños desarrollan habilidades nuevas y cuerpos fuertes. Ejercitan su imaginación y desarrollan su capacidad de pensar, planear y crear. Practican cosas que harán cuando crezcan y aprenden a cómo llevarse con los demás. Aprenden a dar y recibir, a compartir y esperar turno. Aprenden que pueden ser parte de un grupo que trabaje por una meta común. El juego ofrece oportunidades de explorar y descubrir el mundo que los rodea. Da a los niños la oportunidad de mirar, escuchar, tocar, coger, manipular y tener éxito.

Lo que su hijo necesita para jugar es: algo con qué jugar, un lugar dónde jugar, compañeros de juego y la oportunidad de ser el líder.

Su hijo puede tener algunos juguetes favoritos, pero también puede encontrar cosas con las cuales jugar en los lugares más inesperados.

Bajar deslizándose de asentaderas por una escalera puede ser su manera de jugar. Abrir y cerrar una puerta puede ser divertido.

Meter y sacar cosas de un estante fascinarán a la mayoría de los niños. Esta actividad nos da muchas oportunidades para nombrar las cosas que se meten o se sacan. Golpear, pegar, halar, empujar, saltar y correr son cosas que a los niños pequeños les gusta hacer como ejercicio y por diversión.

Hablen de lo que le pasa: “¡BRINCASTE!” “¡CORRISTE!” “¡PAM!” “¡QUE RUIDO TAN FUERTE!”

Todo lo que su hijo haga al jugar, todo con lo que él le lance una mirada buscando elogios o aprobación. Muéstrenle que a ustedes les interesa. Háblenle.

El juego puede realizarse en cualquier lugar, a lo largo del día, su hijo considerará a la mayoría de las cosas que hace como un juego. Quizás él los siga, imitando las cosas que ustedes hagan. A los niños les gusta jugar a “que son mayores” y muchas de las actividades de la vida diaria tienen su paralelo en el juego de los pequeños. Por ejemplo, ustedes podrían encontrar que cuando barren el piso, su hijo querrá imitarlo barriendo con su propia escoba de juguete. También, cuando ustedes estén podando el pasto, su hijo podría encontrar gran satisfacción al empujar una podadora de juguete por el césped.

Aparte del juego de la imaginación que imita de la actividad de los adultos, a su hijo le parecerá un juego estar incluido en el trabajo real cotidiano. Por ejemplo, si están horneando galletas, permítanle que les ayude a amasar y ponerlas sobre la charola para el horno. No sólo le resultará divertido a él, sino también le producirá satisfacción y una sensación de éxito al ayudarlo. Estará jugando y también aprendiendo.

Los juguetes y el equipo para el juego no están limitados a las muñecas, trenes, juegos y otros artículos que se encuentran en una tienda o juguetería. Las tiendas son sólo UNA fuente de juguetes. Los objetos para el juego se pueden encontrar en la naturaleza o alrededor de la casa, pueden fabricarse en casa o comprarse en una tienda.

#### **IV.1 LUGARES DONDE SE PUEDE JUGAR**

Existen diferentes lugares donde se puede jugar, más debe tomarse en cuenta que como cualquier juego, existen lugares de riesgo que puede provocar un accidente, es por ello que independientemente del lugar que se escoja para jugar siempre debe estar supervisado el menor.

### 1.- LUGARES PARA JUGAR BAJO TECHO.

- Un rincón especial de juego- un rincón de cualquier cuarto que esté relativamente libre de riesgos, donde su hijo pueda guardar sus juguetes.
- Un cuarto de juego o cualquier cuarto que se convierta en un cuarto de juego.

### 2.- LUGARES PARA JUGAR AL AIRE LIBRE.

- Un patio cercado.
- Una esquina protegida en el patio.
- Una terraza, ya sea rodeada por tela metálica o con una puerta.
- Un parque o patio de juego o una acera bajo supervisión.

## IV.II MATERIALES NATURALES PARA EL JUEGO

- *AGUA*: Las posibilidades de jugar con agua son limitadas. A los niños les gusta salpicar en el baño, caminar y chapotear en un chapoteadero, estanque, lago, etc. El juego de este tipo en el agua, siempre requiere la supervisión estrecha de un adulto. Los niños pequeños nunca deben dejarse solos ni desatendidos en, ni cerca de ninguna extensión de agua, ni siquiera tratándose de una bañera ni de un chapoteadero.
- *ARENA*: Un arenero metálico o de madera de buena hechura y cubierto con una hoja de madera terciada, una lona o una cubierta de plástico grueso, ya sea construido en casa o comprado hecho.
- *COSAS QUE CRECEN*: Ya sea que ustedes vivan en la ciudad o en el campo, su hijo podrá observar cosas que crecen. Tal vez ustedes tienen un jardín o un patio en el cual su hijo podría tener su propio lugar para plantar algunas semillas y observar que se enraízan y crecen. Bajo techo, ustedes podrían tener una planta verde o algunos bulbos de flores sembrados en macetas con tierra o creciendo en agua. Observar que los bulbos retoñan y ver formarse a las hojas y las flores le enseñarán a su hijo algo de la naturaleza y le dará experiencia con el tiempo y la paciencia.
- *INSECTOS*: A los niños pequeños les encanta observar a una hormiga caminar por la acera o a una abeja que entra volando en una flor. Los insectos crean en los niños interés por observar cosas pequeñas; les enseñan tipos diferentes de movimientos; les estimulan el interés y la imaginación.
- *ANIMALES*: Generalmente a los niños les gustan los animales. Les gusta verlos en el zoológico, en las granjas y los que haya en el vecindario. Tener un animalito propio ayudará a enseñar a su hijo delicadeza y responsabilidad. Un animalito de familia a menudo puede ofrecer amor y compañía a un niño

pequeño y, al mismo tiempo, le ayuda a aprender acerca de la vida y el crecimiento.

#### **IV.III LOS OBJETOS COMUNES RESULTAN SER BUENOS JUGUETES**

No es necesario salir de su casa para localizar una fuente rica de material de juego. Ustedes y su hijo pueden descubrir muchas cosas de interés en todas partes de la casa y sus vecindades. Los niños aprenden haciendo. Les gusta meter y sacar cosas de los estantes, cajones y cajas. Les gusta usar cosas para imitar a niños mayores y adultos. Les gusta aparentar, disfrazarse o jugar a la casita.

*ALGUNOS EJEMPLOS:*

OLLAS	PINZAS PARA TENDER LA ROPA
COLADORES	TARJETAS POSTALES
BATIDORES	AGUJETAS
TAPAS	SOMBREROS
CARTONES DE HUEVO	ROPA
VASOS	PETACAS
PLATOS	PEDAZOS DE TELA
CUERDAS	ESPONJAS
CANASTAS	HERRAMIENTAS
REVISTAS	CAJAS DE CARTÓN
CUBOS	PALITAS
CARRETES VACÍOS	COJINES
BOTONES GRANDES	ACCESORIOS
FICHAS	SÁBANAS

#### **IV.IV JUGUETES Y EQUIPO DE JUEGOS HECHOS EN CASA**

##### *1.-BOLSAS DE FRIJOLES.*

Cuadros de veinte cms de un material resistente (dril, muselina, hule) cosidos y llenos de frijoles secos.

##### *2.-ANIMALITOS QUERENDONES RELLENOS.*

Háganlos de un material suave resistente ( dril, muselina, felpa) y rellénelos con algodón, hule espuma o medias de nylon viejas.

### 3.-TÍTERES DE MANO.

Háganlos de calcetines viejos o de bolsas de papel.

### 4.-ROMPECABEZAS.

Tracen un dibujo, que su hijo lo coloree, péguenlo en un cartoncillo duro, madera, recórtenlo en varias piezas.

### 5.-CASA Y MUEBLES PARA MUÑECAS.

Usen cajas grandes de cartón, divididas con pedazos de cartón o de tabla. Usen varias cajas y tapas para darle forma. Los muebles pueden formarlos con cajas pequeñas.

## IV.V JUEGOS DE ACTUACIÓN

Aún más que los niños normo yentes, los niños sordos necesitan oportunidades para usar su imaginación. Casi todo lo que ellos ven hacer a los mayores se convierte en material para sus juegos de actuación. Es muy interesante que al observar estas representaciones, a menudo ustedes se verán tal como sus hijos lo ven. Los juegos de actuación también indican las cosas que a su hijo le interesa aprender y les dan a ustedes pistas de qué hablarle. Ustedes pueden contribuir a este tipo de juegos proporcionando lugares y “accesorios teatrales” para que los usen los niños. Mejor aún, ustedes le pueden proporcionar algunas de las palabras acerca de lo que estén haciendo y usando.

## IV.VI EL JUEGO EN LA CASA

Un “rincón de los quehaceres domésticos” es un gran incentivo para el juego de actuación. Servirá cualquier lugar, basta algún rincón de un cuarto donde su hijo pueda jugar con seguridad y poca interferencia. Los muebles pueden ser cualquier cosa, desde los objetos más elaborados hasta los objetos provisionales más sencillos. Una almohadilla o almohada en el piso se podría convertir en una cama; unas cajas bajas servirán como sillas. Muchos objetos hogareños pueden eventualmente encontrar un papel en este rincón de quehaceres domésticos.

A los niños les agradan un sin número de actividades en relación con jugar a la casita: lavar, planchar y colgar la ropa; cocinar y barrer; vestir, cambiar, bañar y alimentar a una muñeca u osito de peluche. Todos estos juegos son cosas de las cuales hablarle a un niño sordo.

Ustedes o un niño de más edad que jueguen con él podrían decirle: “BUSCA LA BOTELLA DEL BEBÉ,” “VAMOS A BARRER EL PISO,” “TRAEME EL RECOGEDOR,” “LA CENA ESTÁ LISTA,” “QUÍTASELO.”

Su hijo no comprenderá todo lo que ustedes digan, sino que comenzará a captar la idea de las oraciones completas. Y esto ya es un buen principio.

#### **IV.VII JUGAR A LA TIENDA**

Si su hijo ha ido de compras con ustedes, es muy probable que le guste jugar a la tienda. Esto podría ser muy simple. Servirán cajas de madera para frutas en un rincón conveniente de la casa o del patio. Las latas, cajas o cartones de leche vacíos de la cocina ocuparán el lugar de los productos que se compran en la tienda “de verdad”. Además, en las jugueterías se pueden encontrar réplicas en miniatura de los envases de algunos productos comestibles.

Cuando su hijo juega con ustedes o con otros niños, puede haber intercambio de productos, de dinero “de juguete” y de conversación. Se pueden usar muchas expresiones que, con el tiempo, se agregarán a su vocabulario. Además de los nombres de distintos alimentos, se pueden decir muchas veces palabras como “HOLA, ““ADIOS,” “POR FAVOR,” y “GRACIAS.”

Más adelante, cuando su hijo o hija haya adquirido más lenguaje, ustedes querrán usar más preguntas y más conceptos numéricos. Durante estos momentos de diversión no fuercen el aprendizaje. Este tiempo es para que su hijo se relaje y se divierta con lo que esté haciendo. Aprenderá de una manera natural sin estar consciente de que se espera que él aprenda. Una vez que él empiece a decir algunas palabras, algún día ustedes le oirán decir las espontáneamente mientras juega.

#### **IV.VIII JUGAR A DISFRAZARSE**

El “disfrazarse” hace que jugar a la casa o a la tienda se vuelva aún más atractivo. Una caja con “disfraces” será apreciada por años. Los sombreros, bufandas, bolsos de mano, zapatos viejos, vestidos, camisas, blusas y chaquetas, todos entran a formar parte de una colección de disfraces para niños y niñas por igual. Con un poco de imaginación, su hijo se convierte en una mamá, o un papá o un tiendero. De hecho, él o ella se pueden convertir en un policía, reina, vaquero o astronauta. Si ustedes entran a este mundo imaginario, encontrarán oportunidades especiales para hablarle a su hijo de su nuevo personaje. Háblenle de quién es, de lo que está haciendo, de las ropas que está usando. Sigán la corriente a la situación.

Saquen el mayor provecho posible a esta oportunidad de ofrecerle a su hijo más lenguaje y la práctica en lectura labial. Si en algún momento él intenta decir algo, hagan una pausa y usen el tacto para ayudarlo con su habla. Pero que la pausa dure sólo un momento, porque ustedes no quieren destruir su espontaneidad y entusiasmo.

Los primeros juegos que se presentarán corresponden a niños que están empezando apenas a desarrollar el lenguaje, el propósito de los juegos es principalmente estimular al niño a mirar, escuchar, sentir las vibraciones del sonido y a ayudarlo a comprender algunas de las palabras que se le digan para que el niño comprenda y aprenda el lenguaje.



## IV.IX CLASIFICACIÓN DE LOSJUEGOS Y ACTIVIDADES DEPENDIENDO DE SU PROPÓSITO

### IV.IX.I RECREATIVOS

*Descripción: DIVERSIÓN CON EL AGUA*

*Propósito del juego:*

- Ayudar a su hijo a divertirse con el agua.
- Nombrar los objetos con los que juega el niño.

*Qué necesitan:*

- Algo que lavar.
- Una esponja o una tela.
- Un recipiente o una cubeta con agua.
- Toallas.

*Cuándo jugar:*

A cualquier hora.

*Qué hacer:*

1.- Decidan lo que quieren lavar- una muñeca, un juguete pequeño resistente al agua, la cubierta de una mesa, cualquier cosa que le guste a su hijo.

2.- Demuéstrenle al niño como hacerlo. Mojen la esponja en el agua. Tomen las manos de su niño y muéstrenle como apretar la esponja para quitarle el agua. Laven entonces el juguete y comenten lo que están haciendo. Por ejemplo: si escogen una muñeca, pueden decir:

“¡OOOH! EL BRAZO DE LA MUÑECA ESTÁ SUCIO.”

“VAMOS A LAVAR SU BRAZO.”

“TALLALE DURO. ASI ESTA BIEN.”

“VAMOS A LAVARLE EL OTRO BRAZO.”

“LA MUÑEQUITA ESTA LIMPIA. TU LA LAVASTE.”

3.- El secar la muñeca proporcionará otra oportunidad de usar el mismo lenguaje otra vez:

“SECALE SU BRAZO.”

“AHORA SECALE SU OTRO BRAZO.”

“SECALE SU PIERNA.”  
“TU LE SECASTE SU PIERNA.”

## **RECREATIVOS**

*Descripción: ENSARTAR OBJETOS.*

*Propósito del juego:*

- Ayudar a que su hijo desarrolle las habilidades de coordinación entre los ojos y las manos.
- Proporcionar la oportunidad para que su hijo disfrute al ensartar objetos.

*Qué necesitan:*

- Algo que ensartar, como cuentas botones grandes, carretes, macarrón, figuras recortadas de cartón.
- Algo con qué ensartar, como agujetas o estambre cuyas puntas se han sumergido en pegamento blanco o cera derretida para hacer las puntas rígidas y facilitar ensartar con ellas.

*Cuándo jugar:*

A cualquier hora

*Qué Hacer:*

1.- Pongan todos los materiales que necesitan en recipientes como cajas o tazones pequeños en una mesa delante de ustedes y su hijo.

Tal vez quieran comenzar con los colores revueltos. Después podrán separar los colores en recipientes diferentes.

2.-Empiecen con una actividad simple de ensartar. Si su hijo necesita ayuda para ayuda ensartar, coloquen su mano sobre la de el a fin de ayudarle a aprender los movimientos. Con un niño pequeño, para comenzar elijan cuentas grandes de madera. Su lenguaje podría incluir:

“PONLO”

“VAMOS A ENSARTAR UNO AZUL”

“YA TIENES DOS”

“PON UN AMARILLO”

3.-Mientras ustedes y su hijo mueven los objetos a lo largo de la cuerda, pueden también disfrutar del juego vocal. Por ejemplo, ustedes podrían decir en voz alta “AAAHHH” al hacer un movimiento largo. O bien hagan una serie corta de “AH-AH-AH” al hacer movimientos y paradas cortas. Esto expone a su hijo a las vocalizaciones largas y cortas. Si su hijo intenta imitar sus sonidos, estimulen sus esfuerzos. Si no lo intenta, continúen ustedes produciendo los sonidos.

4.- Su hijo también puede hacer “joyería” ensartando botones, macarrón o carretes para hacer cadenas largas.

#### *VARIACIONES:*

1.-Una actividad de ensartar se presta también a introducir o repasar números. Ustedes pueden contar en voz alta cuando ensarten con su hijo los objetos

“UNO, DOS, TRES.”

“MIRA HAY TRES.”

“YA TIENES CUATRO.”

2.-Separen los colores en distintos recipientes para introducir también los nombres de los colores. Ustedes y su hijo pueden ensartar cuentas en grupos de distinto color. Pueden decir:

“TIENES LAS ROJAS”

“MIRA ESE ES VERDE”

“TENGO DOS CUENTAS AMARILLAS”

3.-En los días de fiesta, ustedes pueden ensartar objetos hechos de cartón: calabazas anaranjadas, gatos negros y fantasmas blancos para el día de los muertos; huevos de papel de colores diferentes para la pascua, etc. Simplemente hagan un agujero en el centro de cada figura antes de ensartarla. Después cuélguelas como adornos.

### **RECREATIVOS**

*Descripción: RECORTAR Y PEGAR*

*Propósito del juego:*

- Dar la oportunidad de que su hijo use su creatividad.
- Darle a su hijo la oportunidad de divertirse recortando y pegando.

### *Qué Necesitan:*

- Papel recortado previamente con alguna forma o papel para ser recortado en tiras de unos 3 cms de ancho.
- Hojas grandes de papel en la cuales pegar las formas y las tiras.
- Pegamento. o goma.
- Tijeras de punta roma.

### *Cuándo Jugar:*

A cualquier hora.

### *Qué Hacer:*

1.-Siéntese con su hijo junto a una mesa: Tengan el material reunido delate de ustedes. Si su niño es muy pequeño o no tiene experiencia recortando, quizás ustedes quieran recortar de antemano las formas y dejar que el niño las pegue.

2.-Para empezar, tomen una forma y muéstrenle a su hijo como aplicarle pegamento y colocarla sobre el papel. Luego dejen a su niño intentarlo:

“VAMOS A PEGAR EL CIRCULO”  
“AHORA TE TOCA A TI”  
“PONLE UN POCO DE PEGAMENTO”  
“APRIETALA”  
“APRIETA FUERTE”  
“¡AH! QUE BONITO.”

3.-Dejen que su niño descubra por si mismo cuanto pegamento necesita. Tal vez al principio el use demasiado o muy poco. ¡Esta bien! El esta aprendiendo

“NO SE PEGO”  
“NECESITA MAS PEGAMENTO”  
“¡UH! ¡ES MUCHO PEGAMENTO!”  
“TOMA UN PAÑUELO DE PAPEL ”

4.-Si su hijo ya ha tenido experiencia recortando, déjenlo recortar el papel en tiras de unos 3 cms. O bien, enséñenle ahora a hacerlo. Muéstrenle como cortan ustedes una tira. Por una forma perfecta. Pero con la práctica llegan a ser mas uniformes, Usen el lenguaje apropiado.

“CORTA EL PAPEL”  
“TOMA LAS TIJERAS”  
“¡OH! ¡CORTASTE UN PEDAZO GRANDE!”

5.-Después de recortar las tiras de papel, dejen que su hijo las pegue sobre otro pedazo de papel de un color distinto.

#### IV.X.II RAZONAMIENTO

*Descripción: FORMACIÓN DE PAREJAS*

*Propósito del juego:*

- Comenzar a construir conceptos de cosas que son iguales.
- Fomentar que su hijo les observe los labios y los escuche cuando ustedes hablan

*Qué necesitan:*

- Dos grupos de objetos idénticos pequeños. Pueden ser algunos de los juguetes de su hijo o artículos caseros comunes como:
- Dos cochecitos de juguete y dos aviones de juguete, o
- Dos cucharas de plástico y dos tenedores de plástico, o
- Dos carretes vacíos y dos fichas de damas o botones grandes

*Cuando jugar:*

A cualquier hora.

*Qué hacer:*

1.- Pongan los dos grupos de objetos idénticos en una caja. Mientras su hijo observa, metan la mano a la caja y duden por una fracción de segundo. Cuando él les vea, digan algo del objeto que vayan a sacar de la caja. Intenten poner el nombre del objeto al final de la oración, tantas veces como sea posible. Por ejemplo:

“YO TENGO UNA CUCHARA.”

“AQUÍ ESTA EL COCHE.”

“ES UN BOTON.”

2.- Mantengan el juguete escondido en la mano al sacarlo de la caja. Hablen otra vez de él al sostenerlo en la mano. Después dáselo a su hijo. Si voltea a verlo estén preparados para decirle algo rápidamente- aunque sea una frase corta sobre el objeto, antes de que retire su mirada.

3.- ¡FORMEN LA PAREJA! Dejen a su hijo jugar con el objeto o manipularlo durante uno o dos minutos. Esperen a que les vea: alcancen entonces el objeto que forma la pareja. Procedan como antes, hablando del juguete cuando su hijo les vea a la cara.

4.- Cuando él tenga los dos juguetes, muéstrenle que son iguales y ayúdenlo a colocarlos sobre la mesa uno al lado del otro.

5.- Tomen uno de los objetos de la otra pareja y sigan el mismo procedimiento.

6.- CEDAN EL TURNO A SU HIJO. Después de haber realizado este juego algunas veces, dejen que su hijo meta la mano a la caja para sacar los objetos. Cuando él saque uno, esperen su mirada y digan algo acerca del objeto. Luego pongan juntos los objetos que forman la pareja.

“ES UN COCHE.”

“TIENES UNA CUCHARA.”

“MIRA EL BOTÓN.”

#### *VARIACIONES:*

1.- Usen cualquier artículo casero, siempre que tengan la pareja. Para formarlas pueden usar latas vacías (que ya no tengan filo), platos o tazas de papel o de plástico, pares de zapatos o calcetines.

2.- Durante dos semanas usen cada día distintos grupos de pares de objetos (O usen un grupo nuevo diariamente, conservando un grupo del día anterior), pero guarden todos los objetos. En dos semanas a su hijo le parecerán nuevos e interesantes.

### **RAZONAMIENTO**

*Descripción: MEDIR Y VERTER*

*Propósito del juego:*

- Presentar a su hijo las palabras que se usan para hacer comparaciones y las que se usan para describir cantidades.
- Presentarle a su hijo el concepto de comparaciones.

- Proporcionarle al niño una oportunidad para desarrollar la coordinación necesaria para medir y verter
- Darle a su hijo la oportunidad de distraerse al observar los cambios que ocurren cuando el mide y verte.

*Qué Necesitan:*

- Varias tazas o vasos pequeños de plástico o metal (Es mejor el de plástico suave transparente porque no se romperá como el vidrio pero su hijo podrá ver cuanto hay dentro del recipiente. Asegúrese de que los recipientes son lo suficientemente pequeños para que su hijo pueda manejarlos con facilidad. Por lo menos debe haber dos del mismo tamaño.)
- Un arenero o montón de arena (Si no tienen un arenero o si desean hacer esta actividad dentro de la casa, pueden usar sal o granos de maíz en lugar de arena. También puede usarse un arenero en parque pequeño o patio de juegos.)
- Si la actividad se realiza en el interior de la casa, ayuda usar una charola grande, con periódicos debajo para recoger lo que se derrama.

*Cuándo Jugar:*

A cualquier hora.

*Qué Hacer:*

1.-Siéntense delante de su hijo en el arenero. Denle dos recipientes que sean del mismo tamaño. Llenen un tercer recipiente más grande con arena suficiente para llenar los pequeños. Mientras los hacen, denle a su hijo el lenguaje de las cosas que ustedes están usando y de lo que están haciendo:

“ESTE ESTA VACIO.”

“ESTE OTRO TAMBIEN ESTA VACIO.”

“MAMA TIENE ALGO DE ARENA.”

“MIRA TODA LA ARENA.”

2:- Ayuden A su hijo a que vierta la arena del recipiente grande a los pequeños. Usen lenguaje como:

“VAMOS A VACIAR LA ARENA”

“ESTA LLENO”

“LLENE ESTE”

“YA ESTA LLENO”  
“ESTAN IGUALES”

3.-Viertan la arena en el recipiente grande y continúen la actividad usando una variedad de recipientes. Animen a su hijo a elegir recipientes de distinto tamaños para verterles arena.

“AHORA TU VIERTELA.”  
“VAMOS A LLENAR ESTE.”

#### *VARIACIONES:*

1.-Después de que su hijo llene un recipiente, tomen uno similar y viertan en ese menos arena. Ustedes podrían decirle entonces

“MIRA NO ESTAN IGUALES”  
“ESTE TIENE MAS”  
“ESTE TIENE MENOS”  
“TU TIENES MAS”  
“YO TENGO MENOS”

2.-Denle a su hijo muchas oportunidades para que vierta durante las rutinas en la casa a lo largo del día .Por ejemplo, permitan que su hijo les ayude durante las actividades de cocinar. Tal vez el podría llenar una taza de arroz y vaciarlo en una olla y observar como la misma cantidad se ve diferente cuando esta en recipientes diferentes. Cuando ustedes estén haciendo pan, déjenlo medir y verter harina, azúcar, leche y los demás ingredientes.

“VACIA LA LECHE”  
“AH, NECESITAMOS ALGO DE HARINA”  
“NECESITAMOS UN POCO MAS DE AGUA”

Su hijo también puede ayudar a verter el enjuague bucal al vaso, la comida para pájaros en un alimentador, la comida del perro en su plato, el jabón en el lava trastes, el líquido para lavar los trastes en el fregadero lleno de agua, el detergente o el suavizador para ropa en la lavadora. Su conversación podría incluir:

“PELUSA NECESITA COMIDA”  
“VERTE UN POCO EN EL TAZON”  
“LLENA EL PLATO”



## **RAZONAMIENTO.**

*Descripción: APRENDIENDO TAMAÑOS.*

*Propósito del juego:*

- Darle experiencia a su hijo en la clasificación de objetos según su tamaño.

*Qué Necesitan:*

- Parejas de objetos idénticos, tamaños muy diferentes. Ustedes podrían tener una cuchara grande y otra chica, un tazón grande y otro chico, un zapato grande y otro chico, una pelota grande y otra chica, etc.
- Una caja grande en la que quepan todos los objetos grandes, una caja pequeña en la que quepan todos los objetos pequeños.
- Un costal o una bolsa suficientemente grande para contener todos los objetos al mismo tiempo.

*Cuándo Jugar:*

A cualquier hora

*Qué Hacer:*

1.-Siéntese con su hijo junto a una mesa. Ponga en la mesa las dos cajas. Hagan comparaciones entre los tamaños con su hijo. Muéstrenle como la caja pequeña cabe dentro de la grande. Ustedes pueden decir:

“TENGO DOS CAJAS”  
“ESTA ES GRANDE”  
“ESTA ES PEQUEÑA”

2.-Muéstrenle a su hijo la bolsa llena de objetos. ¡Estén animados! Asómense a la bolsa y díganle que ustedes tienen adentro cosas muy interesantes. ¡No lo dejen ver al interior! Luego, anímenlo a que saque de la bolsa un objeto sin mirar.

3.-Comenten sobre el objeto. Díganle que es o estimúlenlo para que diga el nombre si lo conoce. Ayúdenlo a ponerlo delante de las cajas.

4.-Después, meta uno de ustedes la mano a la bolsa y saque el objeto correspondiente. Muéstrenselo a su niño. Compárenlo con el primero. Díganle:

“ESTE ES GRANDE”  
“ESTE ES PEQUEÑO”

5.-Señalen al objeto grande, Fingiendo estar perplejos digan “¿ DONDE VA?.” Recójalo. Traten de meterlo a la caja pequeña. Hagan que su hijo vea que no cabe. Después, pónganlo en la caja grande y digan “¡OH ES GRANDE!”.

6.-Señalen al objeto pequeño e indiquen a su pequeño que le toca decidir. Si se estira para poner el objeto en la caja grande, guíen su mano hacia la pequeña. Díganle “MUY BIEN ES PEQUEÑO”.

7.-Continúen sacando pares de objetos de la bolsa con su niño para que decida que objeto va en que caja. Estén preparados a guiar su mano si parece que el esta a punto de cometer una equivocación. También ustedes pueden turnarse. Insistan siempre en los tamaños

“ESE ZAPATO ES GRANDE. VA EN LA CAJA GRANDE.”  
“¡OH, ESO ES PEQUEÑO!”  
“PUSISTE LA PELOTA EN LA CAJA PEQUEÑA.”

8.-Continúen con siete y ocho parejas de objetos, suspendiendo la actividad antes que su hijo se canse de ella.

“ESTA LLENO”  
“VIERTESELO”

3.-Denle a su hijo oportunidades para medir y verter por si solo también durante el recreo. Le agradara verter arena en los areneros agua mientras esta en la bañera o en el chapoteadero. Permítanle usar una variedad de recipientes de formas y tamaños diferentes, así como embudos, cucharas y otras herramientas.

#### IV.X.III RUTINA DIARIA

*Descripción: EL BAÑO*

*Propósito del juego:*

- Exponer a su hijo al lenguaje que se usa durante el baño.
- Ayudar a que su hijo escuche el sonido del agua correr.
- Qué necesitan:
- Usted.

- Su hijo.
- Una bañera o tina de baño.

*Cuando Jugar:*

A la hora del baño.

*Qué hacer:*

1.- Háblele a su hijo al prepararlo para su baño. Al desvestirlo háblele de las partes de su cuerpo:

“SACA TU BRAZO.”

“TU PIE ESTÁ ATORADO.”

“TU CARA ESTÁ SUCIA.”

Procure quitarle su audífono al final, de manera que tenga el máximo beneficio de escuchar sus palabras el mayor tiempo que sea posible, aparte de verle. Esto podrá ayudar a que el niño reconozca después palabras como pie o brazo cuando esté en la bañera. Entonces necesitará apoyarse más en la lectura labiofacial.

2.- Deje que su hijo le ayude a abrir y cerrar las llaves. Llámeme la atención hacia el sonido del agua que sale.

“VAMOS A ABRIR (CERRAR) LA LLAVE DEL AGUA.”

“¡OYE! ESTÁ SALIENDO EL AGUA.”

“¡EL AGUA ESTÁ CALIENTE!”

“¡AHORA EL AGUA ESTÁ FRÍA!”

3.- Cuando su hijo ya esté en la bañera, háblele de lo que él y usted hacen.

“VAMOS A LAVARTE EL BRAZO.”

“AQUÍ ESTÁ EL JABÓN.” “¡MIRA QUE PIERNAS TAN SUCIAS!”

“¡MIRA! TUS MANOS ESTAN LIMPIAS.”

4.- Háblele de sus jugotes de baño y de las demás cosas que están en la bañera:

“AQUÍ ESTÁ TU BARCO.”

“PON A FLOTAR TU BARCO.”

“EL PATO DICE, “CUAC-CUAC.”

“EL JABÓN FLOTA (O SE HUNDE).”

“EXPRIME LA TOALLITA, EXPRIMELA FUERTE.”

5.- Háblele de lo que él siente:

“SALPACASTE, QUE DIVERTIDO.”  
“NO TE GUSTA LAVARTE EL PELO.”  
“¿ACABAMOS?”

6.- Si usted usa burbujas para el baño, saque, un puñado de burbujas y sopleles. Aliente a su hijo a hacer lo mismo. Esta es una buena oportunidad para practicar “soplar.”

### **UNA RUTINA DIARIA**

*Descripción: LA HORA DE ACOSTARSE.*

*Propósito del juego:*

- Presentar el lenguaje usado al acostarse.
- Ayudar a que su hijo disfrute con ustedes de la hora de acostarse.

*Qué necesitan:*

- Ustedes y su hijo.

*Cuándo jugar:*

- A la hora de acostarse.
- A la hora de la siesta.

*Qué hacer:*

1.- Fijen una hora específica para acostarse. Traten de avisarle a su hijo que se acerca la hora de acostarse, tal vez mostrándole una foto de él metiéndose a la cama. Si ya es mayor, le pueden mostrar la posición de las manecillas “larga” y “corta” del reloj, lo que significa “es hora de acostarse”.

2.- Establezcan una rutina propia para la hora de acostarse. Sugerimos como posible rutina que su hijo primero se cepille los dientes, se bañe, después bajen el cubrecama y doblen la colcha, seguido por leer un cuento, disfrutar de una conversación tranquila, recitar rimas infantiles, o cantar una canción y después el beso de las buenas noches.

3.-Unos momentos tranquilos antes de la hora de acostarse pueden ayudar a que su hijo se tranquilice y se prepare para el sueño. Las actividades excitantes y de mucho movimiento deben suspenderse por lo menos media hora antes de acostarse. La lectura de cuentos es una actividad excelente para este período.

4.-Los padres pueden turnarse o ambos pueden participar en la rutina para acostarse. Usen el lenguaje apropiado, como:

“ES HORA DE ACOSTARSE.”  
“VAMOS A PREPARARNOS PARA DORMIR.”  
“VAMOS A LEER UN CUENTO.”  
“¿A DONDE ESTA TU LIBRO?”  
“¿CANTAMOS UNA CANCIÓN?”

El lenguaje también podría incluir palabras relacionadas con desvestirse y bañarse, así como los nombres de las prendas de ropa, de partes del cuerpo, etc.

Hablen de otras cosas relacionadas con acostarse:

“¿TIENES SUEÑO?” (CANSADO)  
“BECKY TIENE SUEÑO.” (CANSADA)  
“VAMOS A DOBLAR EL CUBRECAMA.”  
“METETE EN LAS SÁBANAS.”  
“VAMOS A APAGAR LA LUZ.”  
“BUENAS NOCHES.”  
“HASTA MAÑANA.”  
“QUE DUERMAS CALIENTITO.”

5.-A los niños con audición limitada a veces les gusta que se les deje encendida durante la noche una lamparita o que se deje abierta la puerta de su cuarto y la luz del corredor encendida. Esto puede ayudar a que su hijo se sienta menos solo y más tranquilo por la noche.

### **UNA RUTINA DIARIA**

*Descripción: VESTIRSE*

*Propósito del juego:*

- Estimular a su hijo a mirar y escuchar.
- Hablarle a su hijo mientras le ayudan a vestirse.

*Qué necesitan:*

- Ustedes y su hijo.
- La ropa de su hijo, sin olvidar su audífono.
- Su conversación.

*Cuándo jugar:*

Siempre que su hijo se esté vistiendo ( o desvistiendo): en la mañana, después del baño, antes de acostarse o al alistarse para salir, etc. Aunque tenga poco tiempo y deban apurarse, su conversación casual es muy importante.

*Qué hacer:*

1.- Coloquen la ropa y el audífono de su hijo en el mismo lugar. Dediquen unos segundos a pensar en lo que normalmente se le dice a un niño mientras se le viste.

2.- Si su niño usa curvetas (auxiliares atrás de la oreja) o bien un auxiliar de caja bajo su camisa o blusa, póngaselo primero. Des esa manera su hijo podrá escucharles mientras lo visten.

3.- Seleccionen una pieza de ropa- por ejemplo, la camisa de su hijo. Esperen un momento- quedándose quieto- mientras le dicen algo como:

“AQUÍ ESTA TU CAMISA”

“VAMOS A PONERTE TU CAMISA”

4.- Entonces, háblenle casualmente mientras le ponen la camisa. Quédense quietos con frecuencia mientras lo visten para conseguir su atención y al detenerse digan algo acerca de lo que está sucediendo.

Pueden decirle: “METE EL BRAZO” y después “METE EL OTRO BRAZO”.

5.- Cuando terminen de ponerle la camisa a su hijo esperen un momento y digan algo acerca de ella nuevamente. Podrían decir: “¡OH, QUE BONITA CAMISA.” Piensen cuantas veces tienen ustedes la oportunidad de usar la palabra “CAMISA” durante esta actividad.

6.- Seleccionen otra prenda de vestir y háblenle de ella tal como lo hicieron con su camisa: antes de ponérsela, mientras se la ponen y después de ponérsela. Recuerden quedarse quietos- y hablar- de manera que su hijo les ponga atención cuando ustedes dicen algo. Esto requerirá práctica y repetición, de parte de ambos, ustedes y su niño.

7.- Si el tiempo lo permite, estimulen a su hijo a que ayude a vestirse por sí mismo lo más que pueda. Felicítenlo por sus esfuerzos.

*VARIACIONES:*

1.- Hagan un “Libro de ropa”. Recorten dibujos de ropas y péguenlas en un libro. Mírenlo con su hijo. Usen los nombres de las piezas de ropa y pídanle al niño que señale las diferentes prendas. Usen el nombre de la pieza de ropa lo más que puedan.

2.- Señalen y háblenle de las prendas de vestir mientras leen un libro o juegan con un rompecabezas.

3.- Vistan una muñeca o un juguete de peluche con su hijo. Háblenle de cada prenda que le pongan a la muñeca o al juguete.

### **UNA RUTINA DIARIA**

*Descripción: PREPARACIÓN DEL DESAYUNO.*

*Propósito del juego:*

- Exponer a su niño al lenguaje que se usa en la preparación del desayuno.
- Permitir que su hijo ayude en las actividades de la preparación de los alimentos.

*Qué Necesitan:*

- Comida, platos y cubiertos de plástico necesarios para preparar el desayuno.

*Cuándo Jugar:*

A la hora del desayuno.

*Qué Hacer:*

1.-Permitan que su hijo les ayude a preparar un desayuno muy sencillo, para el o para toda la familia. Al principio, quizás ustedes quieran empezar con cereal.

2.-Dejen que su hijo saque la comida y los platos. Primero llévenlo a la alacena y digan:

“NECESITAMOS CEREAL.”

“VAMOS A SACAR EL CEREAL”

“VAMOS A PONERLO EN LA MESA”

Al mismo tiempo, ayúdenlo a seguir las instrucciones y saquen el cereal. O déjenlo que los vea sacra la caja mientras ustedes le hablan

3.-Después, vayan al refrigerador y digan:

“NECESITAMOS LECHE”  
“COGE LA JARRA DE LECHE”  
“PON LA LECHE EN LA MESA”  
“ESTA PESADA, MAMA TE AYUDARA.”

4.-Hagan que su niño ayude a sacar los platos y las cucharas. Tal vez ustedes quieran sacarlos de la alacena y dárselos para que el ponga la mesa.

5.-Cuando todos los materiales estén juntos en la mesa, siéntense a la mesa de frente a su hijo. Usen el lenguaje que les venga naturalmente a la cabeza y que describa las acciones que realice su hijo o que ustedes le estén ayudando a realizar.

“ESTE TAZON ES PARA PABLO”  
“ESTE TAZON ES PARA MAMA”  
“ABRE EL CEREAL”(Ayuden a su hijo si es necesario)  
“VACIA UN POCO DE CEREAL”  
“MUY BIEN, VACIASTE EL CEREAL.”

6.-Hagan que su hijo abra y vierta la leche si puede.(Si ustedes vierten algo de leche en jarra pequeña de plástico o una taza para medir será más fácil que su hijo vierta su propia leche.)Usen lenguaje como:

“ABRE LA LECHE”  
“VACIA LA LECHE”  
“¡OH! ¡LA LECHE ESTA FRIA!

7.-Preparen el cereal para todos los miembros de la familia que vayan a comer con ustedes, o bien, hagan que cada miembro de la familia vacié su propio cereal en el tazón.

### **UNA RUTINA DIARIA**

*Descripción: PLANTAR FLORES.*

*Propósito del juego:*

- Dar oportunidad de que su hijo aprenda lenguajes mientras planta flores.
- Disfrutar de plantar flores con su hijo.



*Qué necesitan:*

- Semillas o plantas pequeñas que florecen.
- Una pala.
- Una regadera pequeña para su hijo.
- Un jardín, un pequeño sembrado, varias macetas grandes o una jardinera de ventana.

*Cuándo jugar:*

En la primavera o cuando se pueda plantar flores en su área si las van a plantar en el exterior. En cualquier época si las plantan en el interior.

*Qué hacer:*

1.-Reúnan los materiales. Tal vez quieran hacer esto en la cocina o en el cuarto de juegos, donde puedan extender periódicos sobre el suelo.

2.-Díganle a su hijo “VAMOS A PLANTAR FLORES. VAMOS AL JARDÍN” o “VAMOS AFUERA” o “AQUÍ ESTA LA MACETA.”

3.-Demuéstrele a su hijo la manera de plantar una flor. Háblenle acerca de lo que hacen:

“AQUÍ ESTA UNA FLOR.”

“VAMOS A PLANTARLA.”

“ESTOY CAVANDO UN AGUJERO.”

“SE PONE EN LA TIERRA.” ( o suelo o en la maceta)

“LA VOY A TAPAR.” “AH, NECESITA UN POCO DE AGUA.”

Dejen que su hijo los observe al plantar la primera flor.

4.-Estimulen a su hijo para que plante la siguiente plantita. Guíenlo en cada paso, ofreciéndole ayuda si lo necesita. Usen lenguaje como:

“AHORA TE TOCA.”

“PLANTA UNA FLOR.”

“HAZ UN AGUJERO.”

“USA TU PALA.”

“¡UUY! ES UN BONITO AGUJERO.”

“METE LA FLOR.”

“APRIETA LA TIERRA.”

“PONLE AGUA A LA FLOR.”

5.-Hablen acerca de los que esté haciendo su hijo y de lo que pueda llamarle la atención al cavar, como un gusano o un insecto en la tierra, si ustedes están afuera.

#### IV.X.IV ESCUCHANDO

*Descripción: ESCUCHAR VOCES FUERTES Y QUEDAS*

*Propósito del juego:*

- Ayudar a que su hijo aprenda a distinguir entre una voz fuerte y otra queda.

*Qué Necesitan:*

- Dos cuadrados de papel (uno de unos 8 cms x 8 cms y el otro de unos 20cms x 20cms)
- Pedacitos de cereal.

*Qué Hacer:*

1.-Escriban la palabra “FUERTE” en el cuadrado de papel grande y la palabra “quedo” en el cuadrado pequeño.

2.-Digan “AHHH” muy fuerte. Díganle a su hijo “FUE FUERTE:” Muéstrenle el cuadrado que diga “AQUÍ DICE FUERTE”. Después pónganlo en la mesa delante de el.

3.-Digan “ahhh” muy quedito y díganle a su hijo “FUE QUEDO” .Muéstrenle el cuadrado pequeño. Díganle “AQUÍ DICE QUEDO”  
Y pónganlo en la mesa delante de el.

4.- Díganle a su hijo “ESCUCHA” señalando hacia su oído. Díganle “VA A SER FUERTE” Después digan “AHHH” con una voz muy fuerte.

5.-Digan “¡ESO FUE FUERTE!” Pongan un pedazo de cereal a la hoja grande de papel que dice “FUERTE”.

6.-Otra vez díganle “ESCUCHA” y “VA A SER QUEDO” Digan “ahhh” quedo Indíquenle “ESO FUE QUEDO.” Coloquen un pedazo de cereal en el recuadro pequeño.

7.-Produzcan los “Ahhs” quedos y fuertes variando el orden. Por ejemplo digan “AHHH” fuerte dos veces, luego una vez quedo, después fuerte otra vez, luego quedo, etc.

8.-Siempre usen palabras FUERTE y QUEDO antes y después de que produzcan los sonidos. Ayuden a su hijo a dar la respuesta correcta poniendo un pedacito de

cereal en el pedazo de papel correspondiente cada vez que hayan terminado de vocalizar. ¡No lo dejen cometer una equivocación!

9.- Cuando parezca que su hijo ya haya entendido la respuesta correcta y pueda hacer el solo la discriminación, dejen que intente responder sin su ayuda. Pero si parece estar perplejo o inseguro, muéstrenle donde va el pedazo de cereal.

#### IV.X.V HABLA

*Descripción: HABLANTE Y ESCUCHA.*

*Propósito del juego:*

- Proporcionarle a su hijo la oportunidad del juego vocal en preparación para el habla.

*Qué necesitan:*

- Algo que sirva como “micrófono” (una cuchara, una pelota de esponja en un palito o hasta su puño).

*Cuándo jugar:*

A cualquier hora

*Qué hacer:*

1.- Siéntese cerca de su hijo: en el piso, en un sofá o a la mesa. Sostengan el “micrófono” cerca de la cara pero asegúrense de que su hijo aún pueda verle la boca. Repitan algunos sonidos rítmicos de vocales como “AH-AH”, o “UU-UU”. Denle el “micrófono” a su hijo y alientenlo para que vocalice. Si lo hace, muéstrenle que ustedes están contentos,

2.- Tomen el “micrófono” y otra vez repitan el sonido de las vocales, “AH-AH” aunque su hijo no haya respondido. Denle después otro turno con el “micrófono”.

3.- Al principio, acepte y refuerce cualquier sonido que haga su hijo. No se preocupe si él respondió “UH” a su “AH-AH”.

4.- Cuando su hijo pueda dar una respuesta con regularidad, entonces ustedes pueden producir un modelo o patrón rítmico para que él lo imite. Si ustedes dicen “AH-AH”, alientelo a responder llevando el ritmo con la mano o la cabeza “\_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_” o si ustedes dicen, “AH-AH-AH”, estimulen el mismo modelo “\_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_”.

Ustedes le pueden ayudar si acompañan el patrón rítmico con palmaditas en el hombro permitiéndole captar el número correcto de sílabas.”

## **HABLA**

*Descripción: SONIDOS DEL HABLA LARGOS Y CORTOS.*

*Propósito del juego:*

- Ayudar a su hijo a comprender la diferencia entre sonidos del habla largos y cortos.
- Estimular a que su hijo empiece a imitarlos adecuadamente.

Esta actividad ayuda a que su hijo practique una habilidad que le será útil mucho mas adelante. Una vez que su hijo haya desarrollado una mejor comprensión del lenguaje que interviene y este usando continuamente muchas palabras, el concepto de los sonidos del habla largos y cortos puede ayudarle a comprender como mejorar su habla.

*Qué Necesitan:*

- Un coche de Juguete
- Una hoja de papel con dos “carreteras” dibujadas sobre ella, una larga y la otra corta. Quizás ustedes prefieran usar dos tiras de papel de longitudes distintas. Una debe ser por lo menos del doble de la otra. Podrían usar una de 15cms y la otra de 30cms.

*Cuándo jugar:*

A cualquier hora.

*Qué Hacer:*

1.-Muéstrenle a su hijo el coche y demuéstrenle moviendo el coche con un sonido “AHHHHHHHHHHHHH” largo y después con un “AHHH” CORTO.

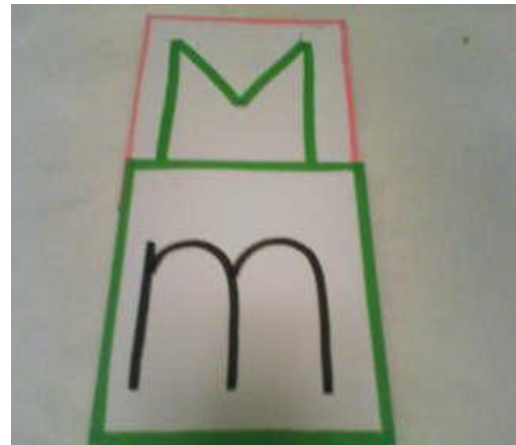
2.-Denle el coche a su hijo e indíquenle que ustedes quieren que el los escuche, “¡ESCUCHA!”, después déjenlo que responda a los sonidos largos o cortos que ustedes produzcan. Si ocasionalmente parece que su hijo tiene dificultad, estimúlenlo guiando su mano como una pista adicional. Anímenlo a mover un poco más el coche o detenerlo con los sonidos.

3.-Reitérenle a su hijo el coche e indíquenle que le toca vocalizar. No muevan el coche hasta que el vocalice. Si no vocaliza de inmediato, señalen a su oído y digan “NO TE OIGO.” Cuando el vocalice muevan el coche por la carretera larga hasta que el calle. No esperen que produzca correctamente el sonido. Al principio debe ser aceptable cualquier vocalización.

4.-Cuando este listo su niño, háganlo que indique si el quiere que se muevan el coche por la carretera corta o larga.

5.-Después de cada pasada, díganle “ESO FUE LARGO” o “ESO FUE CORTO.”

#### IV.XI MATERIAL QUE PUEDE ELABORARSE PARA TRABAJAR EN CASA



**NOMBRE:** Memorama de vocales, consonantes y sílabas

**USO:** Será útil para trabajar con el hipoacúsico ejercicios de discriminación auditiva, articulación, pronunciación de fonemas, sílabas y formación de palabras.

**MATERIALES:** Papel ilustración y plumones de diferentes colores.



**NOMBRE:** Tarjetas de campos semánticos.  
**USO:** Para trabajar vocabulario, discriminación auditiva.  
**MATERIALES:** Cartulina blanca, recortes de diferentes objetos.

## CONCLUSIONES

Es de suma importancia destacar que la sordera no debe ser considerada como un fenómeno único; en la práctica podemos observar que las personas hipoacúsicas son vistas como un colectivo unificado que comparte un mismo problema. Sin embargo, no hay una hipoacusia igual a otra, cada persona es un mundo.

El comprender que la pérdida auditiva es un fenómeno complejo que tiene muchas y serias consecuencias para las personas, conllevando un gran número de factores y cuestiones que deberían examinarse cuidadosamente. La consecuencia inmediata de la hipoacusia es una interrupción de la comunicación por la que la función comunicativa ha de ser iniciada o restaurada dentro de los primeros años de vida del menor, ya que esto le posibilitará desarrollar el lenguaje lo más pronto posible.

Para ello deberá conformarse un equipo de especialistas ( pedagogo, terapeuta del lenguaje, audiólogo, docentes)y padres de que apoyen al menor desde la adquisición del lenguaje hasta su integración al ámbito escolar.

El pedagogo deberá partir de la elaboración de una evaluación diagnóstica que permita vislumbrar los avances educativos del menor, así como el grado escolar en el cual debe estar ubicado, en base a estos resultados deberá diseñar todas aquellas adecuaciones curriculares que apoyen al menor en su proceso de enseñanza-aprendizaje, Estas adecuaciones además de incluir contenidos académicos estarán orientadas a desarrollar en el menor los siguientes aspectos:

**AUTOFORMACIÓN:** Se orienta hacia el desarrollo de la capacidad para aprender, de manera que su desarrollo sea también un proceso asumido por él.

**TRANSFORMACIÓN CRÍTICA:** Apoyar al menor para que desarrolle su capacidad de crítica, análisis y reflexión.

**TRABAJO COOPERATIVO:** Fomentar trabajo en equipo entre todos los integrantes del grupo.

**APRENDER A HACER:** Implementar el uso de técnicas que permitan el desarrollo cognitivo, socio-afectivo, ético y estético del menor.

**APRENDER A SER:** Se orienta la evaluación del proceso de desarrollo del lenguaje en términos de desempeños, eficacia y competencia para la comunicación, la significación y la expresión.

**APRENDER A PENSAR:** Orientado a la elaboración de proyectos de aula y de área para ser llevados a la práctica en sustitución de la clase tradicional.

Todo este trabajo estará coordinado por el pedagogo, quien en todo momento orientará a cada uno de los especialistas en caso de detectarse algún retroceso.



Es importante destacar que el vínculo que se formará entre los padres de familia y el pedagogo es de suma importancia, ya que en casa los padres son los que le enseñarán a su hijo contenidos desde académicos, de valores de convivencia a su hijo. Los padres en el caso de un hijo hipoacúsico tomarán el papel de maestro.

El pedagogo brindará orientación de cómo enseñarle contenidos académicos, valores, así como la elaboración de diferentes materiales que le sirvan como apoyo para esta tarea.

Cada especialista deberá realizar tareas específicas las cuales a continuación se describen:

Los médicos especialistas: seguimiento de historia clínica y realización de audiometrías que permitan ir monitoreando el grado de pérdida auditiva, así como proporcionar a los padres de familia información sobre los diferentes tipos de auxiliares que permitan obtener mayor ganancia auditiva.

El personal docente: dependiendo del grado que esté por cursar el menor, deberá realizar en primera instancia un examen de diagnóstico que le permita determinar cuáles serán las adaptaciones curriculares que deberá realizar a lo largo del ciclo escolar. Esto con la finalidad de que todos los contenidos proporcionados al menor sean significativos, y que a su vez permitan un verdadero proceso de enseñanza-aprendizaje.

Terapeuta del lenguaje: su trabajo y vínculo con el menor será por muchos años, ya que este tipo de trabajo es a largo plazo y que tiene como objetivo lograr la comprensión, interiorización, articulación y pronunciación de cada palabra.

Los padres de familia: deberán seguir trabajando en casa las especificaciones que cada uno de los especialistas le proporcione (médicos, terapeutas, docentes), reportar avances ya sean a nivel de lenguaje, cognitivo, así como cambios de comportamiento, actividades.

Ya que son ellos los que directamente podrán apreciar la forma en que el menor se va integrando al ámbito escolar.

Para finalizar es importante mencionar que para toda familia la detección y diagnóstico de un bebé sordo es un proceso inesperado y difícil, la aceptación del diagnóstico y la búsqueda de ayuda profesional, permitirá que el desarrollo e integración a los diferentes ámbitos de su vida (psicológico, social, educativo) sea menos difícil.

El éxito o fracaso de un niño hipoacúsico depende en gran medida de la dinámica familiar, del apoyo que le provean así como del interés y empeño que demuestren en cada una de las actividades propuestas por el equipo interdisciplinario.

## GLOSARIO DE TÉRMINOS

**CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO:** es una cavidad del oído externo cuya función es conducir el sonido (las vibraciones provocadas por la variación de presión del aire) desde el pabellón auricular hasta el tímpano.

El conducto auditivo actúa como una etapa de potencia natural que amplifica automáticamente los sonidos más bajos que proceden del exterior. Al mismo tiempo, en el caso contrario, si se produce un sonido muy intenso que puede dañar el oído, el conducto auditivo segrega cerumen (cera), con lo que se cierra parcialmente el conducto, protegiéndolo.

**CANAL AUDITIVO:** mide 25 mm y tiene una frecuencia de resonancia que se encuentra en torno a los 3 kHz.

**DACTILOGÍA:** movimiento de los dedos que adquieren diferentes formas para caracterizar los sonidos del idioma.

**DEFICIENCIA:** pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica.

**DISCAPACIDAD:** restricción o ausencia (causada por una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad normalmente

**EDAD GESTACIONAL:** se refiere al número de semanas de gestación al nacer.

**EMISIONES OTOACÚSTICAS (EOA):** son un fenómeno auditivo incitante y sorprendente que nos permite explorar la función auditiva periférica con una profundidad y detalle sin precedente.

Las EOA nos proporcionan un mayor conocimiento de la deficiencia auditiva y nuevas posibilidades para intervención y tratamiento temprano.

Las EOA son sonidos débiles generados por el movimiento del tímpano como respuesta a vibraciones interiores de la cóclea. Una cóclea sana genera vibraciones internas siempre que procesa el sonido.

Una cóclea lesionada, normalmente no. Es más, algunos oídos sanos emiten sonidos espontáneos cuando los sonidos procesados y amplificados.

Como se describirá más adelante, la capacidad de la cóclea para generar sonidos está íntimamente asociada con el logro de un umbral normal de audición y el mecanismo fundamental se daña fácilmente.

**EXPRESIÓN FACIAL:** movimientos de los ojos, de los pómulos, ensanchamiento de los cachetes, labios y lengua.

**EXPRESIÓN CORPORAL:** la lengua de señas exige el dominio del espacio, en dependencia de éste, una misma seña con un simple cambio de movimiento se convierte en otra y además cambiar el mensaje que se quiere transmitir.

**GANANCIA:** mejoría del umbral auditivo con el uso de audífonos

**HIPOACUSIA:** disminución del umbral auditivo.

**HIPOACUSIA DE CONDUCCIÓN:** impedimento a la llegada del sonido al órgano de Corti.

**HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL:** alteración en el órgano de Corti y/o nervio coclear.

**LECTURA LABIOFACIAL:** es la habilidad de llegar a entender un lenguaje a través del movimiento de los labios. Se considera un método imprescindible para que el niño sordo comprenda la comunicación oral, es una tarea difícil, de lenta adquisición y está muy relacionada con el conocimiento previo del lenguaje.

**LENGUAJE:** es el medio fundamental de comunicación entre las personas. Al dominar el lenguaje el individuo puede comunicar sus ideas, sentimientos y deseos, a las personas que lo rodean, intercambiar con ellos experiencias y hasta es capaz de influir sobre las formas de pensar y actuar de sus semejantes.

**MÉTODO AUDITIVO-ORAL:** la palabra **auditivo** se refiere a los oídos y audición. La palabra **oral** se refiere a la boca y el hablar.

El método auditivo-oral le enseñaría a su hijo hacer estas cosas: hablar, usar la audición lo más posible, leer labios, usar otros inicios para entender que dicen otras personas.

El método auditivo-oral también se llama el oralismo. Esto es porque enseña el hablar y leer labios a niños.

**MÉTODO AUDITIVO-VERBAL:** la palabra **auditivo** se refiere a los oídos y la audición. La palabra **verbal** se refiere a la boca y las palabras.

El método auditivo-verbal le enseñaría a su niño hacer estas cosas: usar la audición que le queda (esto se llama **audición residual**.), *oír*, (en vez de leer labios, niños aprenden a oír), hablar (cuando un niño oye a personas hablando, él aprenderá hablar mejor).

**MINUSVALÍA:** situación de desventaja de una persona que, a consecuencia de una deficiencia o discapacidad, tiene limitado o impedido el desarrollo de sus roles habituales.

**POTENCIALES EVOCADOS:** son técnicas neurofisiológicas que registran las respuestas cerebrales provocadas por estímulos sensitivos, pudiendo ser visuales, auditivos o táctiles eléctricos. En función de la estructura a analizar recibirán su nombre. También encontraremos algún tipo de potencial que tendrá una interpretación psico-fisiológica o "cognitiva".

La técnica básica implicará la estimulación repetida mediante el mismo estímulo y la promediación de los resultados porque estos suelen ser de baja intensidad y difíciles de captar. La información es procesada por un ordenador adaptado y se representa gráficamente en forma de ondas.

**OTOTÓXICO:** Se entiende por ototoxicidad el efecto nocivo que determinadas sustancias ejercen sobre el oído. Desde hace siglos se sabe que ciertos productos son lesivos para el oído; estas sustancias han aumentado tanto en número como en acción patogénica debido a la aparición de nuevas drogas tanto para el uso farmacológico como para otros fines. Merece especial mención el apartado de los antibióticos aminoglucósidos, ampliamente utilizados en la clínica diaria.

Los ototóxicos producen síntomas cocleares (hipoacusia neurosensorial, acúfenos) y vestibulares (vértigo, inestabilidad). Ambos tipos de síntomas pueden aparecer asociados o no, dando lugar a síndromes cocleares, vestibulares o cocleovestibulares.

Los síntomas pueden ser de aparición brusca, relacionados con la inyección, ingesta o inhalación del producto, o progresar de forma lenta e insidiosa, incluso después de suprimida la administración del producto. En general existe una relación directa entre la dosis administrada y la gravedad de la lesión otológica.

## ABREVIATURAS

**ABR:** potenciales evocados auditivos de tronco cerebral. (Sigla en inglés).

**AABR:** potenciales evocados auditivos de tronco cerebral automatizados.

**CAE:** conducto auditivo externo.

**EOA:** emisiones otoacústicas

**MAV:** método auditivo.

**PEAT:** potenciales evocados auditivos de tronco cerebral.

**PEAAT:** potenciales evocados auditivos de tronco cerebral automatizados.

## BIBLIOGRAFÍA

- Bautista, R. (1997). Necesidades Educativas Especiales. Lisboa: Dinalivro.
- Bruner, J. (1984). Acción, pensamiento y lenguaje. Madrid, Alianza Psicología.
- Courtat P, Peytral C, Elbaz P. (1997). Exploraciones funcionales en otorrinolaringología. Barcelona: Editorial JIMS.
- Fernández-Viader, M. P y Pertusa, E. (1997). La lengua de signos como instrumento de mediación para la lectura y la escritura de los alumnos sordos. In: Didáctica de la lengua y la literatura para una sociedad plurilingüe de siglo XXI. Barcelona: FCO. José Cantero, Antonio Mendoza, Celia Romea EDITORES, p.1049-1052.
- Flóres Beltrán, Lilia y Barruecos Pedro. (1998). El niño sordo de edad preescolar: identificación, diagnóstico y tratamiento, guía para padres, médicos y maestros México: Trillas. Mx. 2a ed.
- Hanco, G. (1993). Las necesidades educativas especiales en las aulas ordinarias. Paidós. Barcelona.
- Johnston. E y Johnston A. (1998). Desarrollo del lenguaje. Lineamientos Piagetianos. Ed. Panamericana.
- Marchesi, A. (1990a) Comunicación, Lenguaje y Pensamiento de los Niños Sordos. En: Desarrollo Psicológico y Educación: Necesidades Educativas Especiales y Aprendizaje Escolar. Madrid: Alianza Editorial.
- Marchesi, A. (1990b) La Educación del Niño Sordo en la Escuela Integradora. En: Desarrollo Psicológico y Educación: Necesidades Educativas Especiales y Aprendizaje Escolar. Madrid: Alianza Editorial.
- Portmann. Audiometría clínica. Barcelona: Masson, 1979.
- Rivera Rodríguez T, Olarieta Soto J. El paciente con hipoacusia. Medicine 2001; 8: 2947-2954.
- Sanchez Asin, A. (1993). Necesidades educativas especiales. Intervención psicopedagógica. PPU. Barcelona.
- Vygotsky. L. (1987). Pensamiento y lenguaje. Ed. Playade. BS. As.

## HEMEROGRAFÍA

Comisión para la Detección Precoz de la Hipoacusia (CODEPEH). Programa para la detección precoz, el tratamiento y la prevención de la hipoacusia infantil, 1999.

European Consensus Statement on Neonatal Hearing Screening. Milan: 1998.

Fernández-Viader, M. P. et alii. (1995) .Evolución de los turnos de conversación en la interacción madre-hijo. In: Rev. Logop., Fon., Audiol. Vol. XV, nº 3, p.164-173.

Fernández-Viader, M. P. (1996) .Interés de la Educación Bilingüe para los niños sordos. In: FIAPAS, nº 49. Marzo-Abril, p 16-21.

González De Aledo A, Morales C, Santiuste Fj, Mongil I, Barrasa J, Gómez-Ullate J, García J. Programa de detección precoz de la hipoacusia infantil en Cantabria. Boletín de la Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla-León 2001; 41: 54-61.

Joint Committe on Infant Hearing. Possition Statement. ASHA 1994-36:38-41.

Huarte Irujo A, Artieda González Granda J, Pérez Fernández N. Exploración auditiva y vestibular. En: Manrique Rodríguez M, Huarte Irujo A, Editores. Implantes cocleares. Barcelona: Masson, 2002; p. 105-26.

López Amado M. Plaza Mayor G, Sanabria Brossart J. Patología básica de ORL para el médico de atención primaria. Formación Médica Continuada en Atención Primaria 2002; Protocolo 2002 (4): 9-12

Mejía De, A. M. (1998). Bilingüismo y la comunidad de sordos. El bilingüismo de los sordos, INSOR, 1, 17-19.

**ANEXO 1  
AUDIOMETRÍA  
EMITIDA POR EL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO**



SECRETARÍA DE SALUD  
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO

SERVICIO DE AUDIOLOGÍA Y FONIATRÍA

NOMBRE AIRLEN MALDONADO RIVERA  
 FECHA 11-02-02 REG. No. 59,451  
 METODO COND. RESPUESTAS LENGÜAS  
 EQUIPO OB 822 PRACTICO EL EXAMEN DR. SCOPPIO

CALIBRACION:  
 AMERICANA   
 INTERNACIONAL  ISO 54

5-III-02

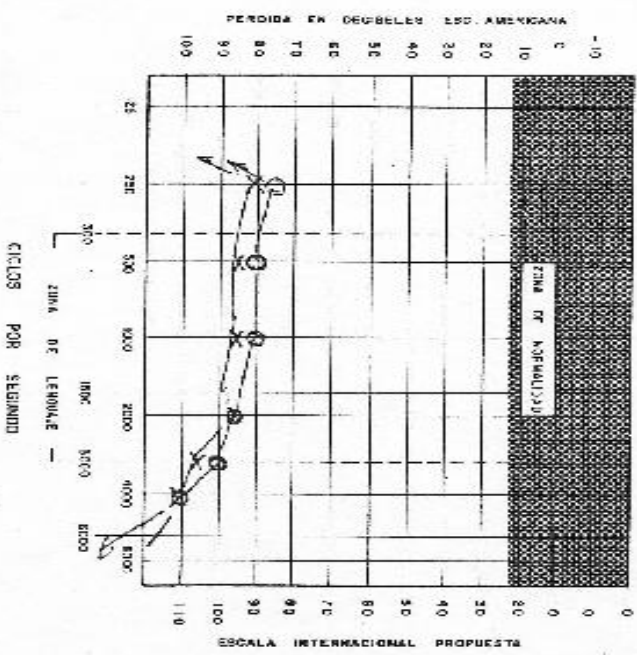
U. de Pediatría  
 Presencia:

Problema sensorial bilateral que corresponde a ruidos auditivos con Timpanograma tipo D compatible con estibida disminuida y ausencia de Reflejo estapedial.  
 Requiere control y tratamiento O.T.I. y audiológico periódico de acuerdo al uso de ABE.

A. J. E. L. T. A. M. G. N. T.

DR. PEDRO DE RIVEROS Y...  
 JEFE DEL SERVICIO AS 79

	O.I.		U.I.	
	3000	4000	500	1000
CON LATERALIZACIÓN Y SIN ENFOQUEAMIENTO	0	0	0	0
CON LATERALIZACIÓN Y SIN ENFOQUEAMIENTO CON ENFOQUEAMIENTO	0	0	0	0
Y SIN LATERALIZACIÓN CON ENFOQUEAMIENTO	0	0	0	0
Y SIN LATERALIZACIÓN Y SIN ENFOQUEAMIENTO	0	0	0	0





**ANEXO 2**  
**HISTORIA CLÍNICA EMITIDA POR EL ÁREA DE FONIATRÍA**  
**DEL HOSPITAL CENTRAL NORTE**

10-12-2004  
 11:00 AM  
 2813261

354672-11 ABRILIAN MALDONADO NUÑEZ

**FONIATRÍA**

**Sinopsis:** Menorino de 5 años de edad que acude a valoración inicial. Se encuentra en problema de estudio para IC. Su lenguaje oral encuentra a nivel de preléxico-yuxtapuesta, se apoya en señas y escritura letrada para leer de la misma. Acude a Kinder 2 en escuela regular particular con frías adaptaciones. Conducta: inquieto, fácilmente distraído, largos periodos de atención. Fue valorado por neurología de Hospital Norte Dx: Trastorno de déficit de Atención incluyendo uso de Ritalin el cual se fue administrado por decisión de los padres. Psicología de Hospital Norte, recomienda estimulación en atención. Usa AAE desde hace 1 año, ha recibido estimulación especializada desde hace 3 años.


**Objetivo:** Inquieto, fácilmente distraído, largos periodos de atención, en constante movimiento. Cambia constantemente de actividad, tiene aversión a la frustración impulsiva. Lenguaje a nivel de palabras simples con sílabas múltiples y ruidos guturales se apoya para su comunicación en señal gestual, su voz es de timbre en fondo de saco, inentendible al ser agudo. Comprensión adecuada. Coordinación motora gruesa y fina acorde a edad. Realiza rasos con precisión escribe vocales y números, copia figuras. Usa buena memoria de episodios. Capacidad oral sin alteraciones estructurales. No se puede realizar estudio objetivo de voz ya que no se cuenta con equipo necesario.

**Análisis:** El paciente presenta RETARDO DE LENGUAJE, SEC A HIPOACUSIA, Y TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN. Se recomienda tener un tiempo específica y rehabilitación neurológica para determinar si existe un daño neurológico que requiera a mejorar atención, reentrenamiento. Además de orientación con manejo familiar. Continuar con proceso de estudio para IC.

**Plan:** Continuar en proceso de estudio para IC.

**Motivo de la Consulta:** TRASTORNO DEL DESARROLLO DEL HABLA Y DEL LENGUAJE NO ESPECIFICADO. PERFORMACIÓN DE LA ACTIVIDAD Y DE LA ATENCIÓN.

**Observaciones:** SE OBSERVA EVALUACIÓN DE LENGUAJE SIN INCAPACIDAD EN SISTEMA SIN LESIÓN EN SISTEMA.

  
 DR. YOLANDA AGUIAR ZUÑIGA  
 FONIA, 12029

Na0801.qxd

**ANEXO 3**  
**HISTORIA CLÍNICA EMITIDA POR EL H.C.N. PEMEX**

DIRECCIÓN CORPORATIVA DE ADMINISTRACION  
SUBDIRECCIÓN CORPORATIVA DE SERVICIOS MÉDICOS  
HOSPITAL CENTRAL NORTE

México, D. F., 19 de julio de 2003

JIBF-02/ 2003 03.

**SRA. BEATRIZ CASTRO MARQUEZ**  
**JEFA DEL DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS**  
**P R E S E N T E .**

**ASUNTO: SOLICITUD RESUMEN CLÍNICO PACIENTE:**  
**ADRIAN MALDONADO NUÑEZ F-354672-11.**

En atención a solicitud del Sr. Maldonado Eugenio, de la Representación Sindical Sección 34 en oficio SG 41351/03 y en atención a su similar MFG/423/03, donde requiere resumen clínico, al respecto, le informo:

Paciente masculino de 3 años de edad con antecedente de un primo paterno con hipoacusia sin determinarse la causa, preeclamsia durante el embarazo y amenaza de aborto con traumatismo en la madre. Se obtuvo por cesárea (se ignora la causa) en hospital particular con desarrollo psicomotor aparentemente normal.

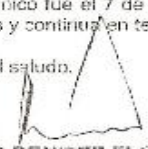
Fue visto en forma inicial 1º de agosto/01 al sospechar hipoacusia, retraso psicomotor y del lenguaje. Se realizaron los estudios diagnosticando hipoacusia sensorial en agudos en frecuencias medias bilateral, con actividad bioeléctrica irregular y edema de vía auditiva. Se envió al Servicio de Terapia del Lenguaje el 8 de enero/02 encontrando alteración en la dinámica familiar; el niño se detectó hiperactivo sin respetar límites. Se inició terapia semanal y al no lograr avances significativos se solicitó la asistencia del padre y la madre. Hubo mejoría en la conducta del menor y avances en los procedimientos establecidos. El 16 de mayo/02 se realizó nuevo estudio de potenciales auditivos del tallo cerebral y con el resultado se prescribieron 2 auxiliares auditivos electrónicos Superfront, con buena tolerancia posterior. Con esto el niño mostró avances en su terapia que fluctuaron de acuerdo a la problemática de la dinámica de pareja. Sin embargo los periodos de atención se prolongaron, mejoró la emisión de fonemas y continuó su terapia semanal.

Los periodos de atención mas prolongados y en noviembre/02 se inició trabajo con calendario. Se refirió buen rendimiento escolar y adecuada adaptación al entorno escolar. Persistió inquieto con periodos mas cortos de atención pero con la mejoría en la articulación de fonemas. En enero/03 se reportó mejoría en los procedimientos indicados asocio colores y reconoció figuras y sonidos. En marzo/03 se mencionó la posibilidad de ingresar al programa de implante coclear en el Hospital General de México, el paciente maneja muy poco vocabulario, sin embargo si comprende mas de lo que expresa. A nivel perceptual esta en buen nivel (igualdades y diferencias, coordinación fina, conservación de la figura). Su atención es corta.

La última cita registrada en el expediente clínico fue el 7 de julio/03 y se reportó una atención dispersa, se insistió en calendario y fonemas y continuó en terapia.

Aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo.

Atentamente

  
**DR. J. IGNACIO BENÍTEZ FLORES**  
**SUBDIRECTOR MEDICO.**