



**UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA EQUINOCCIAL
DIRECCIÓN GENERAL DE POSGRADOS**

MAESTRÍA EN EDUCACIÓN ESPECIAL

**TRABAJO DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
MAGISTER EN EDUCACIÓN ESPECIAL**

**DESARROLLO DEL LENGUAJE EN NIÑOS CON DEFICIENCIA
INTELLECTUAL MODERADA MEDIANTE LA APLICACIÓN DE TÉCNICAS DE
HABILITACIÓN - REHABILITACIÓN AUDITIVA**

**AUTORA
MYRIAM CUMANDÁ REVELO NOLIVOS**

**DIRECTOR
MSc. JUAN ENRIQUE VILLACÍS**

QUITO- JULIO 2015

CERTIFICACIÓN DEL ESTUDIANTE DE AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Yo, Myriam Cumandá Revelo Nolivos declaro bajo juramento que el trabajo aquí descrito es de mi autoría, que no ha sido presentado para ningún grado o calificación profesional. Además a la Ley de Propiedad Intelectual, todos los derechos del Presente Trabajo de Grado, por su reglamento y normatividad institucional vigente, pertenecen a la Universidad Tecnológica Equinoccial.

MYRIAM CUMANDÁ REVELO NOLIVOS**CI 1707742555**

**INFORME DE APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE GRADO
APROBACIÓN DEL DIRECTOR**

En mi calidad de Director del Trabajo de Grado presentado por la estudiante Myriam Cumandá Revelo Nolivos previo a la obtención del grado de Magister en Educación Especial, considero que dicho trabajo reúne los requisitos y disposiciones emitidas por la Universidad Tecnológica Equinoccial por medio de la Dirección General de Posgrados para ser sometidos a la evaluación por parte del Tribunal examinador que se designe.

En la ciudad de Quito.....

MSc. JUAN ENRIQUE VILLACÍS

Nombre del Director

DEDICATORIA

A mis padres

Quienes con sabiduría supieron incentivar en mí la perseverancia para alcanzar los sueños.

A mis hijos

Santiago Javier y Andrea Carina por la motivación, el amor y el apoyo incondicional que me brindaron durante el proceso de elaboración del Trabajo de Grado.

A mi nieto

Benjamín Tomás quien con su dulzura ha llenado de alegría mi vida y el sentimiento del deber cumplido.

AGRADECIMIENTO

Un profundo agradecimiento a Dios porque permitió el tiempo, el espacio y el momento preciso para la realización de mi anhelo profesional.

A los miembros de la Directiva y Coordinadores de la Escuela de Educación Especial de la Universidad Tecnológica Equinoccial por abrir el espacio académico con sentido de responsabilidad característica también del cuerpo docente.

A la Directiva del Instituto Fiscal de Educación Especial de la Ciudad de Quito por permitir ser el escenario para el desarrollo investigativo de mi Trabajo de Grado.

Un especial agradecimiento al Magister Dr. Juan Enrique Villacís que ha dedica su tiempo con responsabilidad a la dirección y guía de mi trabajo de grado.

A la Magister Patricia Lucero y a la Magister Nancy Arcos que con capacidad, responsabilidad y calidad humana ejercieron la asesoría oportuna y adecuada para la culminación del presente trabajo.

Myriam Cumandá Revelo Nolivos

ÍNDICE GENERAL

| | |
|--|-------------|
| CERTIFICACIÓN DEL ESTUDIANTE DE AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO..... | II |
| INFORME DE APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE GRADO..... | III |
| APROBACIÓN DEL DIRECTOR | III |
| DEDICATORIA..... | IV |
| AGRADECIMIENTO..... | V |
| ÍNDICE DE TABLAS | XII |
| ÍNDICE DE GRÁFICOS..... | XIII |
| ÍNDICE DE ILUSTRACIONES | XIV |
| ÍNDICE DE ANEXOS | XV |
| RESUMEN..... | 1 |
| ABSTRACT | 2 |
| INTRODUCCIÓN..... | 3 |
| CONTEXTUALIZACIÓN DEL PROBLEMA..... | 4 |
| ANTECEDENTES DEL PROBLEMA: | 6 |
| MARCO TEÓRICO DEL PROBLEMA:..... | 7 |
| JUSTIFICACIÓN | 10 |
| OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN | 12 |
| Objetivo General: | 12 |
| Objetivos Específicos:..... | 12 |
| VARIABLES..... | 12 |
| Identificación de variables | 12 |
| Variable Independiente:..... | 13 |
| Variable Dependiente:..... | 13 |
| Variables Intervinientes:..... | 13 |
| PROPOSICIONES DE INVESTIGACIÓN:..... | 13 |
| METODOLOGÍA..... | 16 |
| METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN | 16 |
| Criterios de Inclusión: | 16 |
| Criterios de Exclusión: | 16 |
| Criterios de Eliminación: | 17 |
| Tipo de investigación: | 17 |
| Investigación Epidemiológica:..... | 17 |

| | |
|---|-----------|
| Investigación Descriptiva: | 17 |
| Investigación Exploratoria: | 18 |
| Método de investigación: | 18 |
| El Método Histórico: | 18 |
| El Método Empírico: | 19 |
| El Método Experimental: | 19 |
| El Método Lógico Inductivo: | 19 |
| Técnicas de la investigación: | 19 |
| Instrumentos de Investigación | 20 |
| CAPÍTULO I | 21 |
| MARCO TEÓRICO | 21 |
| 1. DISCAPACIDAD INTELECTUAL | 21 |
| 1.1. - EVOLUCIÓN HISTÓRICA. DEFINICIÓN DE DISCAPACIDAD INTELECTUAL (AAMD)..... | 21 |
| 1.2.- ENFOQUE NEUROPSICOLÓGICO -FUNCIONES EJECUTIVAS- Y LOS PARÁMETROS DE CLASIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD INTELECTUAL | 25 |
| 1.3.- ENFOQUE SOCIAL DE LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL. | 34 |
| 1.4.- LA INSERCIÓN LABORAL Y LA SOCIEDAD. | 37 |
| 1.5.- LA INCLUSIÓN ESCOLAR DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL EN EL SISTEMA EDUCATIVO ECUATORIANO- NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES..... | 40 |
| a) Principios de la Educación Especial: | 41 |
| b) El principio de la individualización: | 42 |
| c) Principio de Integración: | 42 |
| d) Principio de Participación Comunitaria: | 42 |
| e) Principio de Inclusión: | 42 |
| f) Principio Colaborativo: | 45 |
| g) Contexto Familiar: | 47 |
| h) Contexto escolar: | 47 |
| i) El contexto cultural: | 49 |
| CAPITULO II | 50 |
| FUNCIONES DEL LENGUAJE | 50 |
| 2.1.- DESARROLLO NORMAL DE LAS FUNCIONES DEL LENGUAJE. | 50 |
| 2.2.- LENGUAJE Y COMUNICACIÓN..... | 52 |
| 2.3.- FUNCIONES DEL LENGUAJE | 55 |
| 2.3.1.-Función Representativa- Denotativa o Referencial: | 55 |
| 2.3.2.-Función Apelativa o Conativa: | 55 |
| 2.3.3.-Función Expresiva o Emotiva: | 56 |
| 2.3.4.-Función Fática: | 56 |

| | |
|--|-----------|
| 2.3.5.-Función metalingüística: | 56 |
| 2.3.6.-Función Poética o Estética: | 57 |
| 2.4.- Desarrollo Psicolingüístico en niños con Discapacidad Intelectual | |
| Moderada. | 58 |
| 2.4.1.-Etapa Pre-lingüística..... | 59 |
| 2.4.2.-Etapa Lingüística. | 60 |
| 2.5.- ALTERACIONES DE LAS FUNCIONES DEL LENGUAJE. | 64 |
| 2.5.1.-Enfoque Pedagógico: | 64 |
| 2.5.2.-Enfoque Psicológico: | 66 |
| 2.5.3.-Enfoque Social. | 66 |
| Conclusiones y Recomendaciones: | 67 |
| 2.6. TÉCNICAS DE LOGOPEDIA: | 67 |
| 2.6.1. Técnicas de Estimulación en la Habilitación de Lenguaje Verbal - | |
| Juegos: | 68 |
| 2.6.2. Técnicas de Habilitación/Rehabilitación Oro-facial - Mecanismo Oral | |
| Periférico (MOP) | 70 |
| 2.6.3. Técnicas de H/Rehabilitación Neumofónica – Mecanismo Respiratorio/ | |
| Fonatorio..... | 72 |
| CAPÍTULO III | 74 |
| FUNCIÓN AUDITIVA | 74 |
| 3.1.- LAS FUNCIONES AUDITIVAS EN PARÁMETROS DE NORMALIDAD. | 74 |
| 3.1.1.- Anatomía y Fisiología de la Audición..... | 74 |
| 3.2.- ALTERACIONES DE LAS DEFICIENCIAS AUDITIVAS. | 77 |
| 3.2.1.- Clasificación de las Alteraciones de las Deficiencias Auditivas. | 77 |
| A) Clasificación Otológica:..... | 77 |
| a) Hipoacusia Conductiva o de Transmisión: | 78 |
| b) Hipoacusia Neurosensorial o Perceptiva: | 79 |
| c) Hipoacusia Central o Cortical: | 80 |
| d) Hipoacusia Mixta: | 80 |
| B) Clasificación según el momento de la aparición de la dificultad | |
| auditiva..... | 81 |
| a) Hipoacusias Prelocutivas: | 81 |
| b) Hipoacusias Poslocutivas: | 82 |
| C) Clasificación Audiológica..... | 82 |

| | | |
|----|--|------------|
| a) | Audición Normal: | 82 |
| b) | Hipoacusia Leve: | 82 |
| c) | Hipoacusia Moderada: | 83 |
| e) | Hipoacusia Profunda: | 84 |
| f) | Anacusia o Cofosis: | 85 |
| | 3.3.- CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS- CONDUCTUALES- PEDAGÓGICAS Y AFECTIVO SOCIAL DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD AUDITIVA: | 86 |
| | 3.3.1.- Características Psicológicas- Conductuales: | 86 |
| | 3.3.2.- Características Afectivo- Social | 88 |
| | 3.3.3.- Características Pedagógicas: | 89 |
| | 3.4.- REHABILITACIÓN AUDITIVA. | 92 |
| | 3.4.1. Generalidades: | 92 |
| | 3.4.2. Información: | 93 |
| | 3.4.3. ACTIVIDAD PRÁCTICA:..... | 93 |
| | 3.4.4. Aspectos específicos del lenguaje: | 94 |
| | CAPÍTULO IV | 95 |
| | TÉCNICAS DE REHABILITACIÓN AUDITIVA | 95 |
| | 4.1.-DESARROLLO Y MEJORAMIENTO DE LAS TÉCNICAS DE REHABILITACIÓN AUDITIVA | 95 |
| | 4.1.1. La Era Electroacústica | 96 |
| | 4.2.-TIPOS DE TÉCNICAS DE HABILITACIÓN-REHABILITACIÓN AUDITIVA UTILIZADAS EN LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD AUDITIVA. | 97 |
| | 4.2.1.- Técnica: Terapia Auditiva Verbal: | 100 |
| | 4.2.1.1. Principios de la Práctica Auditivo Verbal: | 104 |
| | 4.2.2. Técnica del Verbo tonal: | 106 |
| | 4.2.2.1. Fundamentos del Método Verbo tonal | 107 |
| | 4.2.2.2. Principios del Método Verbo tonal: | 108 |
| | 4.2.3. Técnica auditiva Lectura Labio-facial: | 110 |
| | 4.3.-IMPORTANCIA DE LA APLICACIÓN DE LAS TÉCNICAS DE REHABILITACIÓN AUDITIVA EN LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL. | 115 |
| | 4.4.- SISTEMATIZACIÓN DE LAS TÉCNICAS HABILITACIÓN-REHABILITACIÓN AUDITIVA. | 117 |
| | 4.4.1.- Organización de un plan de Trabajo | 117 |
| | 4.4.2. Elementos del Plan de Trabajo. | 119 |
| | 4.4.2.1.-Habilidades Auditivas | 119 |
| | A) PRIMERA HABILIDAD AUDITIVA: | 119 |
| | a) Detección: | 119 |
| | B) SEGUNDA HABILIDAD AUDITIVA:..... | 121 |
| | a) Discriminación: | 121 |

| | |
|---|------------|
| C) TERCERA HABILIDAD AUDITIVA:..... | 122 |
| a) Identificación / Reconocimiento..... | 122 |
| D) CUARTA HABILIDAD AUDITIVA | 123 |
| a) Comprensión: | 123 |
| 4.4.3. UNIDAD DE ESTÍMULO..... | 124 |
| a) Rasgos/fonemas:..... | 124 |
| b) Patrones Supra-segméntales: | 125 |
| c) Palabras- frases y oraciones | 125 |
| d) Discurso Conectado: | 126 |
| 4.4.4. NIVEL DE COMPLEJIDAD | 126 |
| a) Tipo de actividad: | 126 |
| b) Formato del Estímulo:..... | 127 |
| c) Familiaridad: | 127 |
| d) Intensidad: | 127 |
| e) Contraste Acústico: | 128 |
| f) Contexto:..... | 128 |
| 4.5.-APLICACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS DE LAS TÉCNICAS DE HABILITACIÓN- REHABILITACIÓN AUDITIVA EN NIÑOS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL MODERADA. | 129 |
| RESULTADOS | 129 |
| CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES | 135 |
| CONCLUSIONES: | 135 |
| RECOMENDACIONES:..... | 136 |
| PROPUESTA | 137 |
| INTRODUCCIÓN..... | 137 |
| IMPORTANCIA | 137 |
| HABILIDAD AUDITIVA..... | 138 |
| Detección:..... | 138 |
| ACTIVIDADES: | 138 |
| 1.- Condicionamiento Auditivo..... | 138 |
| 2.- Detección de la Fuente Sonora..... | 138 |
| Procedimiento: | 138 |
| 3.- Presencia y Ausencia del Sonido | 139 |
| HABILIDAD AUDITIVA..... | 139 |
| Discriminación: | 139 |
| ACTIVIDADES: | 139 |
| 1.- Discriminación de Cualidades Sonoras: Intensidad..... | 139 |
| 2.- Discriminación de Cualidades Sonoras: Duración. | 140 |
| 3.- Discriminación de Calidad Sonora: Frecuencia..... | 140 |

| | |
|--|------------|
| HABILIDAD AUDITIVA..... | 140 |
| Identificación: | 140 |
| 1.- Identificación de Sonidos Producidos por el Propio Cuerpo..... | 141 |
| 2.- Identificación de Sonidos Producidos por el Medio Ambiente..... | 141 |
| HABILIDAD AUDITIVA..... | 142 |
| Comprensión: | 142 |
| 1.- Memoria auditiva..... | 142 |
| 2.- Asociación Auditiva..... | 143 |
| 3.- Integación Auditiva..... | 143 |
| EVALUACIÓN:..... | 144 |
| Parámetros de calificación:..... | 144 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 145 |
| ANEXOS | 151 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | |
|--|-----|
| Tabla N° 1 Operacionalización de las variables | 14 |
| Tabla N° 2 Clasificación de la Discapacidad Intelectual..... | 33 |
| Tabla N° 3 Apoyos a las necesidades de niños con discapacidad auditiva | 91 |
| Tabla N° 4 Equipo Profesional en la atención de la discapacidad auditiva | 103 |
| Tabla N° 5 Clasificación de Fonemas | 113 |
| Tabla N° 6 Elementos de un Plan de Trabajo | 118 |
| Tabla N° 7 Nivel de desarrollo general según Battelle | 129 |
| Tabla N° 8 Edad de desarrollo por área | 130 |
| Tabla N° 9 Escala Auditiva..... | 132 |
| Tabla N° 10 Equivalencia de la percepción Temprana de la palabra..... | 133 |

ÍNDICE DE GRÁFICOS

| | |
|--|-----|
| Gráfico N° 1 Nivel de Desarrollo General..... | 129 |
| Gráfico N° 2 Nivel de Desarrollo General por Área. | 130 |
| Gráfico N° 3 Equivalencia entre Área y Edad de Desarrollo | 131 |
| Gráfico N° 4 Escala Auditiva de la Percepción Temprana de la Palabra. | 132 |
| Gráfico N° 5 Equivalencia de la Percepción Temprana de la Palabra..... | 133 |
| Gráfico N° 6 Cuadro Comparativo de las Pruebas Aplicadas. | 134 |

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

| | |
|---|-----|
| Ilustración 1 Descripción gráfica de la Metodología de investigación..... | 20 |
| Ilustración 2 Áreas del Cerebro y sus Funciones | 26 |
| Ilustración 3 Inteligencias Múltiples | 31 |
| Ilustración 4 Elementos de la Comunicación..... | 54 |
| Ilustración 5 Funciones del Lenguaje | 57 |
| Ilustración 6 Aparato Fono articulatorio..... | 71 |
| Ilustración 7 Anatomía del Oído | 77 |
| Ilustración 8 Hipoacusia Conductiva Moderado de Oído Derecho | 78 |
| Ilustración 9 Audiograma de Hipoacusia Neurosensorial | 80 |
| Ilustración 10 Grados de Pérdida Auditiva | 85 |
| Ilustración 11 Tipo de Audífonos | 96 |
| Ilustración 12 Audífonos retroauricular- intrauricular e intracanal..... | 97 |
| Ilustración 13 El Implante Coclear..... | 104 |
| Ilustración 14 Lectura Labial..... | 114 |
| Ilustración 15 Audiograma de Sonidos Familiares | 120 |

ÍNDICE DE ANEXOS

| | |
|------------------|-----|
| Anexo N° 1 | 151 |
| Anexo N° 2 | 152 |
| Anexo N° 3 | 153 |
| Anexo N° 4 | 154 |
| Anexo N° 5 | 155 |
| Anexo N° 6 | 156 |
| Anexo N° 7 | 157 |

RESUMEN

El Instituto Fiscal de Educación Especial “IFEE” es el escenario donde se realiza el trabajo de investigación, se encuentra ubicado en el sector sur de Quito atiende en la actualidad una población de 300 niños aproximadamente con discapacidad intelectual, cuyas características principales radica en la baja de inteligencia para el manejo de sus habilidades comunicativas, adaptativas, sociales, para la adquisición de aprendizajes y normas de comportamiento, lo que origina dificultades en las interrelaciones, interdependencia, en la participación social e inclusión de las actividades en la vida cotidiana. Por lo tanto la finalidad de este trabajo es exclusivamente conocer la importancia y eficacia de la aplicación de las técnicas de habilitación-rehabilitación auditiva en niños con discapacidad intelectual moderada a través del análisis de los resultados obtenidos durante el proceso de investigación. El Trabajo de Grado se inscribe en modalidad descriptiva de las técnicas de habilitación-rehabilitación auditiva explorados en 18 niños con discapacidad intelectual moderada cuyos resultados nos proporciona la confiabilidad y las bondades del uso de estas técnicas en este tipo de población y no necesariamente solo practicarlas en dificultades auditivas. Se utiliza el test de Battelle para determinar la edad de desarrollo en general y particularmente la de comunicación y el test de Percepción Temprana de la Palabra (ESP) para descartar posibles problemas auditivos. Los resultados más significativos indican que la técnica auditivo verbal (TAV) y la técnica de lectura labio facial son los métodos de rehabilitación auditiva más adaptables en el proceso de habilitación del desarrollo del lenguaje en los niños con retardo mental moderado, manifestando interés, mayor atención y producción verbal. Esto incentiva a una nueva aplicación terapéutica en el ámbito educativo de las instituciones de educación especializada con el objetivo de desarrollar niveles comprensivos y expresivos del lenguaje para facilitar destrezas comunicativas, sociales y de comportamiento con sus interlocutores.

Palabras Claves: Discapacidad intelectual – audición - lenguaje - técnicas de rehabilitación

ABSTRACT

The Institute Fiscal de Education Especial "IFEE" is the place where the research is done, it is located in the southern part of Quito. Nowadays this institute serving a population of 300 children with IDD "intellectual disability and development", the main characteristics is its low intelligence to manage their communication, adaptive, social, learning to acquire skills and rules of behavior, which causes difficulties in relationships, interdependence, social participation and inclusion of activities in everyday life. Therefore the purpose of this paper is only to know the importance and effectiveness of the implementation of the techniques enabling hearing-rehabilitation in children with moderate disability through the analysis of the results obtained during the research process. This is part of descriptive mode techniques enabling hearing-rehabilitation explored in 18 children with moderate IDD whose results give us the confidence and the benefits of using these techniques in this population and not necessarily just practice them in hearing problems. Battelle test is used to determine the age of development in general and particularly the media and the Early test (ESP) to rule out possible hearing problems. The most significant results indicate that (TAV) and methods are more adaptable hearing rehabilitation in the process of empowerment of language development in children with moderate mental retardation, expressing interest, more attention and verbal output. This encourages a new therapeutic application in education in specialized educational institutions in order to develop comprehensive and expressive levels of language to facilitate communication, social and behavioral skills with their partners.

Keywords: Intellectual disability (IDD) - hearing - language - rehabilitation techniques

INTRODUCCIÓN

Existe una infinidad de conceptos relacionados al lenguaje, dependiendo de los diferentes enfoques, autores, especialidades, corrientes, etc., creando incluso la posibilidad de discrepar entre ellos, en todo caso la función primaria del lenguaje en el ser humano es la comunicación.

El estudio del lenguaje puede llegar a ser de algún modo equivalente al estudio del ser humano en su integridad, ya que a través de él expresamos pensamientos, sentimientos, actitudes y comportamientos que nos dan la oportunidad de aceptación o rechazo dentro de un sistema social.

La comunicación efectiva se hace posible cuando todos sus componentes o elementos bio-psico-sociales se encuentran en un estado tanto estructural y funcionalmente adecuados.

Frente a los enormes problemas, muchas veces insuperables en varios aspectos que presentan los niños con discapacidad intelectual moderada, es el aspecto de la comunicación lingüística la de mayor limitación e impacto tanto para la adaptación escolar, como al medio familiar y comunitario, situación que ha constituido un factor obstaculizante para la aceptación e inclusión en la sociedad.

Este déficit del lenguaje tanto en lo comprensivo y expresivo ha sido significativo para emprender la búsqueda de técnicas adecuadas con el fin de satisfacer y compensar en la medida de lo posible el carácter comunicativo esencial en el ser humano.

Las técnicas dirigidas a la habilitación y rehabilitación de la audición han ido logrando considerables progresos desde el punto de vista clínico, iniciada desde era acústica a una era electroacústica caracterizada por el surgimiento de audioprótesis cuyas tres tendencias muy importantes y definidas (el objetivo estético, de mejoría y de fidelidad auditiva) Yankel, P. Audioprótesis (2004) han hecho de su uso el más generalizado. En cambio las técnicas dirigidas a la rehabilitación

del lenguaje han tenido dos enfoques principales dependiendo del lugar en donde se realice dicho trabajo terapéutico. El primer enfoque: terapéutico-clínico sí, la atención se la realiza en el campo hospitalario para aquellos pacientes con componente orgánico funcional (afasias, disfasias, disartrias, labio paladar hendido, fisuras palatinas, parálisis cerebral). El segundo enfoque terapéutico-pedagógico aplicados en aquellos pacientes que presentan un retraso del desarrollo del lenguaje, comunicación y dificultades en la adquisición de aprendizajes (disfemias, dislalias, mutismo, etc).

Por lo tanto los tópicos y perspectivas a las que hace mención este Trabajo de Grado es alentar la esperanza de que las técnicas auditivas aplicadas a los niños con retardo mental moderado logren una mejoría en el desarrollo de la comprensión y expresión del lenguaje generando interés, atención y participación no solo de los niños, sino también de los profesionales y padres de familia que están involucrados en la tarea terapéutica en el ámbito pedagógico.

El presente trabajo va dirigido a aquellos profesionales involucrados en el tratamiento de aquellas personas que presentan problemas del lenguaje y comunicación, a estudiantes, maestros de educación especial y ordinaria y también a los padres de familia. En este se reúnen conceptos, métodos e información que han ido evolucionando en su trayectoria y modificándose acorde a una realidad social. Constituye una gran referencia para aquellos profesionales que buscan nuevos métodos de tratamiento y generar o procurar una inclusión social de calidad en los diferentes ámbitos de las personas con discapacidad intelectual moderada.

Contextualización del Problema

Mediante varias Declaraciones, Convenios y Acuerdos Internacionales (UNESCO 2006)¹ el tema de la Educación a nivel mundial, ha sido tomado en cuenta como un derecho de todo ser humano desde edades iniciales.

¹ UNESCO (2006). *Directrices de la UNESCO sobre la educación intercultural*. Recuperado de <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001478/147878s.pdf>. Págs. 6-22

En nuestra Constitución (Montecristi 2008) considera que lo fundamental del ser humano es lograr una mejor calidad de vida. Para ello a través de la Ley de Educación y su Reglamento General elaborado por la Asamblea Nacional Constituyente establecen políticas orientadas a la atención educativa de las personas con discapacidad mediante la creación de leyes y reglamentos que aseguran y garantizan su plena inclusión y participación en la sociedad; una de esas medidas es la conformación de un grupo de profesionales o llamado equipo multidisciplinario que proporcionen la atención terapéutica (terapia física, lenguaje, ocupacional, psicológica) a los niños que lo requieren en las instituciones de educación especializada.

Los procesos normales de adaptación escolar y de adquisición de aprendizajes favorecen y / o permiten en los niños un comportamiento adecuado en diferentes situaciones lo que es necesario para la integración del ser humano en la sociedad.

En niños con discapacidad intelectual moderada estos procesos de adaptación se ven alterados por la falta de comprensión de ciertas normas de comportamiento que se dan en los diferentes contextos, así como también están en desventaja en relación a la adquisición de aprendizajes por su misma discapacidad intelectual, lo que dificulta su integración e inclusión en los diferentes ámbitos sociales.

Los niños con discapacidad intelectual Moderada presentan un escaso nivel en el desarrollo del lenguaje comprensivo y expresivo lo que ocasiona una mayor dificultad en: habilidades adaptativas, comunicativas, sociales y de aprendizaje, estas dificultades generan impactos negativos en todos los ámbitos donde el niño se desenvuelve.

El Instituto Fiscal de Educación Especial situado al sur de Quito atiende a 320 entre niñas, niños y adolescentes con discapacidad intelectual de bajos recursos económicos, según datos del departamento de pediatría, la población mayor es

con discapacidad intelectual moderada de aproximadamente el 80% y el porcentaje menor es con discapacidad intelectual de grado leve y severo.

En la actualidad la Institución cuenta con servicio de pediatría, trabajo social, área terapéutica, apoyo vespertino de terapias y apoyo psicopedagógico; esta institución, es el escenario donde se realiza la investigación en la población de niños y niñas con discapacidad intelectual moderada en edades comprendidas entre 6 a 9 años.

Antecedentes del Problema:

El carácter distintivo del ser humano por excelencia es el lenguaje, a través de éste se ha logrado en el tiempo una transformación desde una comunicación primitiva donde el hombre utilizaba el balbuceo y luego signos vocálicos como expresión para comunicar sobre todo situaciones de alerta o peligro como forma de sobrevivencia; a una comunicación lingüística perfectamente estructurada en la forma, en el fondo o contenido y en las intenciones de expresión de los pensamientos, sentimientos y emociones. “La trascendencia exclusiva del mecanismo lingüístico del hombre tiene implicaciones familiares, laborales y sociales que deben ser estudiadas desde diferentes puntos de vista” (Berruecos, P. 2001)² por la importancia que éste representa en el comportamiento de los individuos, es precisamente en este desarrollo lingüístico que los niños con discapacidad intelectual moderada presentan mayor dificultad, ocasionando trastornos incluso en su conducta al no ser comprendidos en sus requerimientos o necesidades, por su escaso o limitante desarrollo en sus habilidades del lenguaje tanto comprensivo como expresivo.

El tratamiento terapéutico lingüístico en los niños con discapacidad intelectual insertos en instituciones de educación especializada y en particular en el Instituto Fiscal de Educación Especial ha sido llevado a cabo siguiendo directrices pedagógicas por una parte; por otra parte la aplicación de técnicas de habilitación-rehabilitación auditiva han sido siempre utilizadas únicamente en las personas

² Berruecos, P. *El Niño Sordo de Edad Preescolar: Identificación, Diagnóstico y Tratamiento*, editorial Trillas México 2001 pág.7

con discapacidad auditiva, sin embargo estas técnicas pueden ser perfectamente utilizadas en los estudiantes con discapacidad intelectual moderada en beneficio o en pro de una mejora a sus intenciones comunicativas. De allí la importancia de la aplicación de las mismas en este grupo de estudiantes objetos de estudio.

Marco teórico del Problema:

Antes de la teoría evolutiva de Piaget, aparecieron discursos novedosos sobre el desarrollo del lenguaje fue "Saussure que dice que el lenguaje no es una realidad unitaria, al hablar de lenguaje hablamos de dos realidades: la lengua y el habla"(Morada, F.)³, la lengua como un sistema de signos y su desarrollo; y, el habla como el uso de los signos en una actividad individual, este es el enfoque que más concierne a la psicología, es decir el lenguaje ya no solo como un instrumento de la comunicación sino como una actividad social como lo presenta Bruner en su enfoque pragmático y Vygotsky en su enfoque sociocultural donde el lenguaje es el principal medio de interacción social e influye en el desarrollo de la mente cuyas funciones pasa a interpretarse como formas sociales, si se revisa "la Teoría de la Mente cuyos principales pioneros fueron el antropólogo y psicólogo Gregory Bateson, Premack y Woodruff cuyo estudio inicialmente se hallaba confinado a la primatología y etiología del autismo(J. Tirapu-Ustárróz y otros)⁴ han evolucionado en sus estudios tratando niveles más complejos como son: utilización social del lenguaje, comportamiento social y empatía.

Así como se ha dado a conocer a breves rasgos sobre las teorías del aprendizaje también es importante enunciar sobre las teorías de la audición las mismas que se basan en la fisiología auditiva. Las teorías de la audición hacen referencia a la percepción del sonido, el mismo que se da en 5 fases (detección, discriminación, reconocimiento, identificación y comprensión) y cualidades del sonido como la frecuencia, intensidad, altura y timbre, elementos que son utilizados en las diversas técnicas de audición.

³ Morada, F. *Teoría del Desarrollo del Lenguaje. "Aprender Hablar: El Lenguaje como instrumento y como Actividad"* Recuperado de <file:///C:/Users/User/Desktop/maestría%20%20Myriam/modulo%201%20de%20taller%20de%20i>

⁴ J. Tirapu- Ustárróz y otros. *¿Qué es la teoría de la mente?* Recuperado de <http://neurologia.com/pdf/web/4408/x080479.pdf>.

Una vez revisadas las teorías que intervienen en el desarrollo del lenguaje, el presente trabajo sigue los lineamientos de las teorías sociales bajo el modelo pedagógico constructivista donde el aprendizaje según estas teorías se concibe como el resultado de un proceso de construcción personal, vale la pena mencionar que en esta metodología constructivista se suma un conjunto de propuestas que se toma en cuenta para el desarrollo del presente trabajo esto es: la teoría del aprendizaje significativo, es decir el aprendizaje tiene que ser lo más significativo posible, atribuir una importancia relevante a los nuevos conocimientos que adquieren.

La otra propuesta es la de aprender imitando modelos, es un proceso de aprendizaje que tiene tres fases: atención, retención y producción donde la práctica se convierte en el método de aprendizaje. Antes de hablar de las técnicas de habilitación-rehabilitación auditiva es importante conocer la normalidad de la función auditiva para poder comprender como se dan los procesos de las habilidades auditivas y las técnicas claves para un desarrollo del lenguaje con función comunicativa.

“Las funciones correctas de la audición es de suma importancia porque van a constituir las primeras bases para el desarrollo y mantenimiento de las funciones ejecutivas (atención, memoria, reflexión, pensamiento, concentración) para la ejecución del lenguaje y del habla”. (Diges, Ma. I. s/f)⁵. En los niños con discapacidad intelectual las funciones ejecutivas anteriormente mencionadas al igual que las habilidades auditivas están escasamente desarrolladas y no porque no escuchen bien sino porque según Marshall McLuhan en su teoría de la percepción del sonido afirma que la imagen sonora necesita ser fortalecida por otros sentidos. No porque la imagen sonora sea débil, sino porque la percepción humana tiene gran dependencia de la percepción visual y el sentido del oído necesita que la vista confirme lo que ha percibido. Existen varias técnicas o métodos de rehabilitación auditiva que se practican en las personas con deficiencia auditiva como el método del lenguaje de señas, el verbo tonal, la

⁵ Diges, Ma. I. *Rehabilitación de las Funciones Auditivas*. Recuperado de (EUTi - Ma Isabel Diges Artesero , 2006)

técnica auditivo verbal(TAV), la música-terapia, entre otros , con estos métodos y técnicas de rehabilitación auditiva se pretende en los niños con discapacidad intelectual mejorar y lograr una mejor y mayor compensación sobre las desventajas que por su naturaleza tienen como consecuencia una deficiencia en la comunicación y en el desempeño de sus roles en los diferentes ámbitos sociales.

JUSTIFICACIÓN

Desde el punto de la LOEI (Ley Orgánica de Educación Intercultural 2011) menciona que es un derecho del ser humano, la formación educativa de las personas con NEE (Necesidades Educativas Especiales) demanda atención especial por parte de toda la comunidad educativa, creando en el sistema la responsabilidad de dar respuesta a estas necesidades.

La Sociedad hoy en día cumple con diferentes roles siendo uno de los más importantes la necesidad de comunicación ésta; es prioritaria en todo ser humano, podemos expresar nuestros sentimientos, emociones , necesidades y sentirnos que somos parte de una sociedad que nos permite interactuar en los diferentes contextos sean estos familiares, escolares, laborales y sociales.

Para que la comunicación se haga efectiva se requiere de condiciones óptimas anatómico funcionales por ello desde el punto de vista fisiológico la audición es una función básica para la comunicación, constituye la responsable del desarrollo del lenguaje comprensivo, la función de los órganos buco articulatorios son los responsables del lenguaje expresivo, esta articulación de sonidos transformados en habla no solo significa accionar los elementos de fonación, sino que también involucran accionar los funciones auditivas e intelectuales.

Según Luria & Vygotsky (1926) quienes sostienen que el desarrollo normal de las funciones ejecutivas es el desarrollo de la corteza cerebral del ser humano resultado de la interacción social con el medio⁶; en los niños con discapacidad intelectual por el mismo hecho de presentar una limitación de estas funciones se ven obstaculizadas sus posibilidades de optar de las mismas oportunidades ciudadanas que gozan aquellas personas sin discapacidad. Por todo lo mencionado es importante hacer una intervención terapéutica mediante la aplicación de técnicas de habilitación-rehabilitación auditiva que permita en primer lugar prevenir mayores dificultades que se presentan en los procesos de

⁶ Wikipedia(2015). Lev Vygotsky recuperado de (Wikipedia)

codificación y decodificación⁷ de la información que de por sí ya están presentes en los niños con discapacidad intelectual; y, en segundo lugar estimular el desarrollo del lenguaje tanto comprensivo como expresivo favoreciendo la comunicación.

Actualmente con los nuevos procesos sociales que se están dando en nuestro país, estoy refiriéndome exclusivamente a la inclusión educativa, es oportuno aportar con una nueva aplicación metodológica, experimental en la parte terapéutica en beneficio de estos niños con discapacidad intelectual moderada y conseguir en la medida de lo posible un mejor desarrollo del lenguaje que facilite tanto el factor comunicacional como el factor comportamental y brindar la oportunidad de ser incluidos socialmente en mejores condiciones.

⁷ La **Codificación** consiste en que el Emisor convierte el mensaje en signos que puedan ser recibidos y entendidos por el receptor.

La **Decodificación** consiste en que el Receptor convierte los signos que le llegan en un mensaje. De esta forma los signos son asociados a las ideas que el Emisor trató de comunicar. Recuperado de <http://www.retoricas.com/2009/05/codificacion-y-decodificacion-en-el.html>

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo General:

Desarrollar el lenguaje comprensivo y expresivo en niños con deficiencia intelectual moderada mediante la aplicación de técnicas de habilitación y rehabilitación auditiva.

Objetivos Específicos:

1. Conocer la importancia de la utilización de las técnicas de rehabilitación auditiva en el desarrollo del lenguaje de los niños con discapacidad intelectual en el Instituto Fiscal de Educación Especial.
2. Determinar las características de las técnicas de habilitación-rehabilitación auditiva.
3. Sistematizar las técnicas de habilitación-rehabilitación auditiva.
4. Aplicar de las técnicas de habilitación - rehabilitación auditiva para el desarrollo del lenguaje en los niños con discapacidad intelectual moderada.

VARIABLES

Identificación de variables

Las variables constituyen los componentes lógicos con que se estructura el trabajo de investigación.

No todos los niños que tienen problemas del lenguaje tienen retardo mental. Todos los niños que tienen discapacidad intelectual o retardo mental tienen problemas de lenguaje en distinto grado ya sea en su forma expresiva o comprensiva.

Esta misma relación la hacemos con los problemas auditivos.

No todos los niños con problemas del lenguaje tienen dificultades auditivas.

Todos los niños con problemas auditivos tienen dificultades del lenguaje en distinto nivel ya sea en su forma expresiva o comprensiva. Con este análisis se trabaja en las siguientes variables:

Variable Independiente:

- Discapacidad Intelectual

Variable Dependiente:

- Categoría auditiva
- Edad Cronológica

Variabes Intervinientes:

- La escolaridad.

PROPOSICIONES DE INVESTIGACIÓN:

1. El desarrollo deficiente del lenguaje en niños con discapacidad intelectual moderada es la consecuencia de una estimulación insuficiente e inadecuada.
2. El déficit del lenguaje en los niños con discapacidad intelectual es consecuencia de una falta de necesidad de comunicarse
3. Las técnicas de habilitación-rehabilitación auditiva en su mayoría son aplicables como métodos para el desarrollo de las habilidades lingüísticas en los niños con discapacidad intelectual.
4. El niño con discapacidad intelectual tiene dificultad en el desarrollo comprensivo y expresivo del lenguaje y no necesariamente tiene deficiencia auditiva, o una dificultad motriz.

Tabla N° 1 Operacionalización de las variables

| VARIABLES | DEFINICIÓN | INDICADOR | ESCALA | CATEGORÍA |
|---------------------------------|--|--|--|--------------|
| Edad de Desarrollo Generalizado | Es la cualidad innata del individuo que indica el nivel de desarrollo en sus diferentes áreas(test de Battelle) | Áreas de desarrollo de Motricidad fina y gruesa , Comunicación, Adaptativa, Cognitiva y Social | Meses | Cuantitativa |
| Edad Cronológica | Tiempo que una persona ha vivido , a contar desde que nació, (diccionario océano pp.551) | Años | 6 a 9 años | Cuantitativa |
| Discapacidad Intelectual | Según el DSM V La discapacidad intelectual hace referencia a limitaciones substanciales en el desenvolvimiento corriente. Se caracteriza por un funcionamiento intelectual significativamente inferior a la media, junto con limitaciones asociadas en dos o más de las habilidades adaptativas. | El Coeficiente Intelectual (C.I.) | Niveles: Fronterizo 83-67 Leve 66-59 Moderado 58-33 Severo 32-16 Profundo -16 | Cualitativo |
| Edad Mental | Edad de un individuo a la que corresponde según su desarrollo. Su determinación se basa en los test de inteligencia, donde el niño debe contestar sin fallo para que su edad mental esté en concordancia con su edad cronológica. | Años | Está determinada por los test de inteligencia en años y meses | cuantitativo |

| | | | | |
|--|--|--------------------|--|-------------|
| | (http://salud.doctissimo.es/diccionario-medico/edad-mental.html) (2015) | | | |
| Categoría de percepción Temprana del Habla | Es la habilidad que tiene un niño con deficiencia auditiva para percibir patrones de duración, acento y discriminación del habla en contexto cerrado y abierto (test ESP. Cinda 2004)) | Habilidad Auditiva | Categoría 1: Niños que teniendo la amplificación auditiva no percibe la presencia del sonido. Categoría 2: Habilidad de diferenciar palabras que difieren en duración. Categoría 3: Reconocimiento de palabras con diferencia espectral múltiple. Categoría 4: Reconocimiento de palabras en contexto abierto | Cualitativo |
| Escolaridad | Conjunto de grados o niveles que un estudiante sigue en un establecimiento escolar. | Grados | Primeros "A" "B" Segundos "A" "B" Terceros "A" y "B" | Cualitativo |

Autor:LcdaReveloM.2015

METODOLOGÍA

Metodología de la Investigación

El diseño metodológico del presente trabajo se realiza en niños de 6 a 9 años de edad con Discapacidad Intelectual Moderada del Instituto Fiscal de Educación Especial situado en el Sur de Quito, consiste en la aplicación de las técnicas o métodos de habilitación – rehabilitación auditiva en niños que presentan un escaso desarrollo del lenguaje comprensivo y expresivo, dificultando la capacidad de comunicación, cuya consecuencia da lugar a individuos con comportamientos inadecuados, incremento de dificultades de los aprendizajes, así como individuos con limitaciones en su interacción social. El trabajo de grado consiste en la aplicación de técnicas auditivas, para lo cual se realiza una valoración de la percepción temprana del habla con el objeto de medir la categoría auditiva en la que se encuentra cada niño. Y la aplicación de la prueba de Battelle para ver el desarrollo general de los niños objetos de estudio. Por la naturaleza misma de las pruebas se toma en cuenta para su aplicación los siguientes criterios:

Criterios de Inclusión:

- Edad mínima de 6 años y máxima de 9 años
- Sexo masculino y femenino
- Nivel de Escolaridad: primero, segundos y terceros grados.
- Niños con una discapacidad intelectual moderada
- Niños ubicados desde la categoría auditiva desde la 1 hasta la 4.

Criterios de Exclusión:

- No contaban con una edad mental mínima de 3 años
- No contaban con una mínima expresión verbal (mutismo)
- Niños con discapacidad intelectual leve y severa

Criterios de Eliminación:

- Se eliminan aquellos niños que aun estando en los grados mencionados tienen una edad mayor de 9 años 6 meses.
- Se eliminan a niños que por diferentes circunstancias tienen una asistencia muy irregular.

Tipo de investigación:

El diseño metodológico del presente trabajo es de carácter epidemiológico descriptivo, exploratorio y explicativo.

Investigación Epidemiológica:

Es un estudio Epidemiológico por dos criterios específicos:

Lo fundamental en la epidemiología es el análisis de resultados de la investigación en una población definida de estudio; y.

La información epidemiológica sirve para proponer, evaluar estrategias de prevención de enfermedades, trastornos, dificultades y como guía en el tratamiento, en este caso terapéutico de los niños con discapacidad intelectual mediante la aplicación de las técnicas de habilitación- rehabilitación auditiva.

Investigación Descriptiva:

El propósito de esta investigación es la búsqueda específica de propiedades, características y rasgos importantes de cualquier estudio que se analice. Describe tendencias de un grupo o población. (Hernández, R. y otros. 2010)⁸.

Este estudio permite describir las característica del procesamiento de “codificación”¹ y decodificación² del lenguaje comprensivo y expresivo y tendencias comportamentales de los niños con discapacidad intelectual , así como también describir la metodología de las técnicas de rehabilitación auditiva

⁸ (Hernández R., págs. 80 - 81)

para luego de un análisis presentar como propuesta las técnicas de rehabilitación auditiva más adecuada para contribuir en la disminución de las dificultades comunicativas, pedagógicas y sociales y aportar en este grupo de población vulnerable con la prevención de posibles atropellamientos o maltrato de toda índole por parte de la familia y ciudadanos en general , brindándoles la oportunidad de un futuro mejor como seres independientes y autónomos de sus propias decisiones.

Investigación Exploratoria:

La investigación será de tipo exploratoria ya que estudios anteriores sobre las técnicas de aplicación en la habilitación y rehabilitación auditiva han sido utilizadas únicamente para personas con discapacidad auditiva, describiendo la utilidad de las mismas en el proceso de tratamiento auditivo, en particular en el Instituto Fiscal de Educación Especial en niños con discapacidad intelectual moderada no se han utilizado de forma sistemática estos métodos.

Método de investigación:

En la presente investigación se utiliza una combinación de métodos con la finalidad de alcanzar los propósitos de la investigación de una forma clara y objetiva.

El Método Histórico:

Se utiliza con el fin de dar a conocer el desarrollo tanto de los métodos de rehabilitación auditiva como de rehabilitación del lenguaje comprensivo y expresivo en niños con discapacidad intelectual.

El Método Empírico:

Se utiliza en el trabajo de grado a través de la observación y de la experimentación. La observación que es el elemento más básico de toda investigación nos permite registrar el comportamiento (atención, interés e intención comunicativa) de los niños objeto de estudio durante la aplicación de las técnicas de rehabilitación auditiva.

El Método Experimental:

De manera particularmente en el Instituto Fiscal de Educación Especial no se han aplicado de manera sistemática estas técnicas.

El Método Lógico Inductivo:

Permite desarrollar conclusiones generales de la investigación mediante el análisis particular del objeto de estudio. Por medio de este método se conoce el nivel lingüístico de los niños con discapacidad intelectual moderada a través de la prueba de Battelle que evalúa los niveles de desarrollo del lenguaje y mediante la prueba de exploración auditiva o Prueba de Percepción Temprana de la Palabra (ESP) se descarta de manera subjetiva un posible problema auditivo en los niños con discapacidad intelectual moderada.

En cuanto a la aplicación de las técnicas se realizó en un tiempo de 3 meses dos veces por semana en sesiones de 30 minutos.

Técnicas de la investigación:

Se utiliza la técnica documentada para las respectivas actividades de recopilación de datos y registro de información que se obtengan de las diferentes actividades como es la aplicación de los test: auditivo (ESP) y del desarrollo del lenguaje (Battelle).

Instrumentos de Investigación

Los instrumentos de investigación que se utiliza son:

Instrumentos tecnológicos: computador, cámara digital, cámara de video, equipo de audio visual, didácticos, entre otros.

La prueba de exploración auditiva llamada Prueba de Percepción Temprana de la Palabra (ESP) .es una prueba auditiva verbal. Consiste en la percepción de la palabra desde monosílabas a trisílabas que se lo aplica a niños desde los 5 a los 15 años y se los clasifica desde la categoría 1 (incapaz de discriminar la palabra) hasta la categoría 4 (gran facilidad para la discriminación de la palabra).

La batería de Battelle evalúa el desarrollo del individuo en las siguientes áreas: personal social, comunicación, motriz, conducta adaptativa y cognición se aplica desde el primer mes hasta 9 años de edad. La población a la que está dirigida son los niños del Instituto Fiscal de Educación Especial (IFEE).

Es una Institución de escolarización que actualmente asiste a niños desde los 3 años con la conformación del grupo de iniciales I y II hasta los 18 años con discapacidad intelectual.

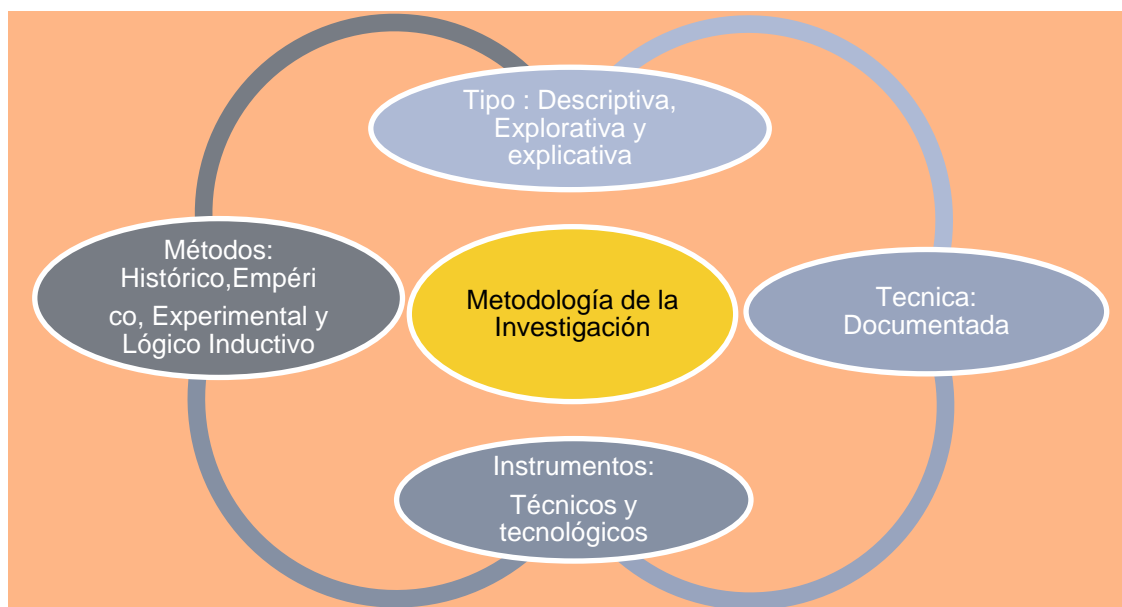


Ilustración 1 Descripción gráfica de la Metodología de investigación

Autor: Lcda. Revelo, M. 2015

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

1. DISCAPACIDAD INTELECTUAL

1.1. - Evolución Histórica. Definición de Discapacidad Intelectual (AAMD)

En la década de los años sesenta (1961) la Asociación Americana sobre la Deficiencia Mental (AAMD) propone una definición a través de la publicación de un manual sobre terminología y clasificación del retraso mental. “El retraso mental está relacionado con un funcionamiento intelectual generalmente por debajo de lo normal que se manifiesta durante el período evolutivo y se asocia con deficiencias en el comportamiento adaptativo”.

El funcionamiento intelectual por debajo de lo normal⁹, hace referencia a la ejecución de un test de inteligencia aplicada en una determinada población; y, comprende desde el nacimiento hasta los 16 años (Liberoff M. 2004).

Esta definición se ha ido modificando a lo largo del tiempo con el fin de proporcionar una conceptualización más exacta, es así que en el año 1973 la AAMD publicó otra definición y dice:

”El retraso mental se refiere al funcionamiento intelectual general significativamente inferior a la media que existe frecuentemente con déficit en conductas adaptativas y se manifiesta en período evolutivo”.

⁹ Normal: La clasificación de inteligencia según Wechsler considera normal un coeficiente intelectual de 90 a 109. (Espejo, 2014)

La diferencia entre la primera y la segunda definición, implica; un gran avance en la comprensión sobre la discapacidad mental. En el primer caso, hace referencia al concepto estático de la inteligencia (CI)¹⁰ en cambio en la segunda definición al concepto dinámico de su operatividad en lo psicológico –social y la naturaleza biológica (Verdugo, 1995)

La AARM (Asociación Americana de Retardo Mental) en el año 2002 plantea una nueva definición:

“El retraso mental es una discapacidad por limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y la conducta adaptativa tal como se ha manifestado en habilidades práctica- sociales y conceptuales y comienza antes de los 18 años” (<http://www.e-infosfera.es/prediscan/mental.php>).

Esta definición según (Verdugo, 1995) mantiene tres criterios que venían siendo propuestas desde las definiciones de los años 1983 - 1992 limitaciones significativas en funcionamiento intelectual, en conducta adaptativa, y que se manifiesta durante el período de desarrollo. La aplicación de esta definición parte de cuatro premisas esenciales:

1. Es importante considerar la cultura, la edad y los ambientes en los cuales se producen las limitaciones de su funcionamiento.
2. Para determinar que es una buena evaluación es importante tomar en cuenta la diversidad cultural, los aspectos lingüísticos, de psicomotricidad y de comportamiento.
3. Muchas personas a pesar de presentar algún tipo de limitación sea esta física, mental, intelectual, sensorial, etc, poseen capacidades capaz de logra su propia independencia.
4. Los apoyos personalizados apropiados, oportunos que se los practique durante un período prolongado, harán que las condiciones de vida de los

¹⁰ Coeficiente Intelectual: El coeficiente intelectual, también conocido como cociente intelectual, es un número que resulta de la realización de una evaluación estandarizada que *permite medir* las habilidades cognitivas de una persona en relación con su grupo de edad. <http://definicion.de/coeficiente-intelectual/#ixzz3Y00wJc9V>

niños y niñas con retraso mental, a lo largo del tiempo mejoren significativamente.

El enfoque multidimensional de discapacidad intelectual propone unir estrechamente la evaluación con la intervención de apoyos, de carácter adaptativo, social, de la vida diaria. (Verdugo, 1995)

Estos apoyos son recursos o estrategias que se utilizan de manera sistemática para mejorar las condiciones de funcionamiento integral de una persona con discapacidad intelectual, pueden basarse en las actividades diarias y de las actividades básicas cotidianas, de sus vivencias del entorno inmediato como es la familia, la escuela, los servicios comunitarios, el uso de la tecnología e incluso el mismo sujeto para que respondan a la verdadera necesidad que tiene una persona.

La definición del año 2002 sugiere un nuevo sistema de diagnóstico con las siguientes dimensiones:

- Dimensión I Habilidades Intelectuales
- Dimensión II Conducta Adaptativa
- Dimensión III Participación, interacción y roles sociales
- Dimensión IV Salud (física y mental)
- Dimensión V Contexto (ambiente y cultura) (Verdugo, 1995)

Según el DSM IV¹¹ Define al retraso mental como: “La existencia de una capacidad intelectual inferior, expresada en un coeficiente intelectual de 70 o menos en un test administrado individualmente”.

http://ocw.um.es/gat/contenidos/fcabello/tema6/2_concepto_de_retraso_mental.html

¹¹ El DSM-IV es una clasificación de los trastornos mentales confeccionada para uso clínico, educacional y de investigación. Disponible en http://www.psicomed.net/dsmiv/dsmiv_int_uso.html

Según las dos organizaciones internacionales más importantes: American Association on Retardation y la American Association on Intellectual and Developmental Disabilities definen a la discapacidad intelectual como:

“Un trastorno caracterizado por limitaciones significativas tanto en el funcionamiento intelectual como en el comportamiento adaptativo, que afecta a las habilidades sociales y prácticas del funcionamiento diario. Este trastorno aparece antes de los 18 años de edad”. disponible en (ocw.um.es)

Según el DSM -5 emite criterios para la definición de retraso mental pasa a recibir el nombre de discapacidad intelectual en la nueva edición del manual de diagnóstico, además deja de referirse a la edad inferior de los 18 años y señala que debe darse dentro de un período evolutivo. Actualmente pasa a definirse basándose en el funcionamiento adaptativo, pues este es el que determina los niveles de apoyo que una persona con discapacidad intelectual requiere.

La discapacidad intelectual hace referencia a limitaciones substanciales en el desenvolvimiento corriente. Se caracteriza por un funcionamiento intelectual significativamente inferior a la media, junto con limitaciones asociadas en dos o más de las siguientes áreas de habilidades adaptativas.

- Comunicación
- Cuidado personal.
- Vida en el hogar
- Habilidades sociales
- Utilización de la comunidad
- Autogobierno
- Salud y seguridad
- Habilidades académicas funcionales
- Ocio
- Trabajo.

<http://www.psycoendavant.es/Retraso+mental;6--16.php>

Luego de haber revisado las diferentes definiciones de discapacidad intelectual se puede sintetizar que existen dos enfoques principales o predominantes en la discusión. Por un lado el enfoque clínico, psicológico que utiliza parámetros de clasificación como es el CI (Coeficiente intelectual) y por el otro lado el enfoque de los déficits de las habilidades adaptativas que provocan alteraciones en el normal funcionamiento de las actividades de la vida diaria.

En definitiva la definición anterior de retardo mental con la de hoy, ha significado un cambio de los paradigmas médicos y de rehabilitación a propuestas conceptuales nuevas de orden pedagógico y social a propósito de la inclusión social determinada por una concepción contemporánea del Buen Vivir de las personas con y sin discapacidad.

1.2.- Enfoque Neuropsicológico -Funciones ejecutivas- y los parámetros de clasificación de Discapacidad Intelectual

Los procesos cognitivos- conductuales depende de una organización cerebral según Anderson y Colb. (2001) éstos se los puede analizar desde tres dimensiones diferentes: la dimensión neurológica, describe y analiza los proceso de maduración cerebral que fundamentan el desarrollo intelectual y conductual; la dimensión cognitiva, trata las formas en que se desarrolla y adquiere la percepción , el lenguaje, la atención y las otras funciones ejecutivas para la resolución de problemas; y, la dimensión psicosocial que ofrece una visión de la interacción del niño con sus ambientes familiar, social y cultural. (Mónica Rosselli, 2010)

La comunicación tiene lugar en un cerebro integrado por sus dos hemisferios cerebrales, los mismos que están unidos a través de las fibras del cuerpo calloso, permitiendo que los dos hemisferios trabajen en equipo de manera armoniosa y colocando en equilibrio la lógica y la emoción.

La adquisición del lenguaje, los movimientos buco-articulatorios, la pronunciación de su primera palabra, el incremento de vocabulario, el lenguaje decodificador que se explora con la discriminación de fonema , la estructura de los significados,

la comprensión de la estructura gramatical y el aspecto predicativo del lenguaje, como la lectura, escritura también y la codificación que mide las siguientes esferas: lenguaje repetitivo, automático, espontaneo, nominativo y narrativo del mensaje implica un proceso madurativo cerebral; sí existiese alguna alteración durante este proceso se verían afectadas cada una de las funciones mencionadas, por ejemplo una afectación del hemisferio izquierdo a nivel del lóbulo temporal afectaría las áreas auditivas de Wernick manifestando dificultad en el lenguaje comprensivo propio de las afasias; una afectación en el lóbulo frontal en el área de broca presenta alteraciones en la producción de la palabra, patologías en el hemisferio derecho tiene consecuencias en los aspectos supra-segméntales de la voz como es la dicción , la prosodia, el ritmo vocal, etc. Por lo tanto la maduración cerebral para el desarrollo del lenguaje inicia desde los movimientos reflejos de succión de un bebe hasta la estructura sintáctica más compleja que se maneja alrededor de los 12 años.

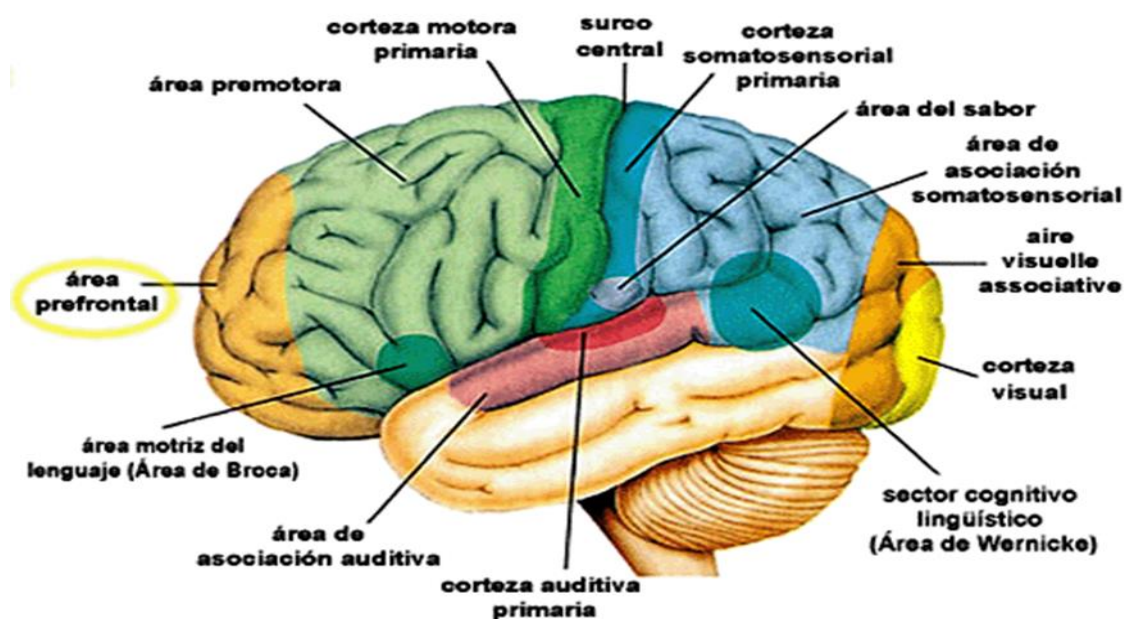


Ilustración 2 Áreas del Cerebro y sus Funciones
 Recuperado en: www.colegioglenndoman.edu.com

Desde el punto de vista del desarrollo madurativo cerebral en los niños pequeños durante los primeros tres años de vida predomina el hemisferio derecho cuya característica es aflorar los sentimientos, manifestados a través del llanto, las alegrías y risas, sin demostrar ningún otro tipo de preocupación. El pensamiento como función predominante del hemisferio izquierdo empieza a desarrollarse en

los niños a partir de los tres años con la relación lineal de causa – efecto cuando continuamente empiezan a preguntar ¿por qué?, este es un indicador de que su cerebro izquierdo empieza a activarse. En los niños con discapacidad intelectual de tipo moderado es muy evidente esta carencia interrogativa en sus intenciones comunicativas.

David A. Pineda (2012) menciona que el período de mayor desarrollo de la función ejecutiva se da entre los seis y los ocho años. Es en esta edad cuando los niños adquieren la capacidad de anticiparse a los eventos sin depender de las instrucciones externas, aunque todavía manifiestan descontrol e impulsividad, esta capacidad cognoscitiva está ligada a la función reguladora del lenguaje (lenguaje interior), a las operaciones lógicas formales y a la maduración de las zonas pre-frontales.

“Por lo general, los niños de 12 años ya tienen una organización cognoscitiva muy cercana a la que se observa en los adultos; sin embargo, el desarrollo completo de la función se consigue alrededor de los 16 años. (Pineda). Tomado de (García-Moncó)

Así como se ha examinado el funcionamiento del cerebro con un lado izquierdo y derecho de una manera general, también se lo puede ver en dos mitades superior e inferior.

El cerebro inferior incluye el tronco cerebral y el sistema límbico, son zonas que se ocupan del control de funciones básicas como la respiración, el control de impulsos y de emociones fuertes como el temor, la ira, etc.

El cerebro superior es muy distinto se compone de la corteza cerebral y sus partes como la corteza pre-frontal media, que está más evolucionada y es donde tiene lugar los procesos mentales superiores más intrincados como el análisis y síntesis de pensamiento, la imaginación, la reflexión, la abstracción, la memoria, la planificación, etc.

Estas funciones mentales superiores actualmente se denominan funciones ejecutivas cerebrales.

“Las funciones ejecutivas cerebrales son procesos independientes que interactúan en coordinación para la consecución de objetivos y hacen referencia a un amplio conjunto de capacidades adaptativas que nos permiten analizar qué es lo que queremos, cómo podemos conseguirlo, cuál es el plan de acción para lograr la meta o resolución de problemas” Tomado de (Instituto Nacional de Tecnologías Educativas y de Formación del Profesorado, 2004)

Estas funciones ejecutivas permiten que las personas sean capaces de organizar, planificar, proyectar, analizar acciones y al mismo tiempo evaluar o medir las consecuencias de las mismas a corto o largo plazo de los resultados.

Existen varios investigadores que proponen distintos modelos de funciones ejecutivas. Russell A. Barkley y Thomas E. Brown.

Barkley distingue cuatro áreas de funciones ejecutivas:

- La memoria no verbal a tiempo real
- La internalización del habla (memoria a tiempo real verbal)
- La auto-regulación de las emociones, motivación y activación
- La recomposición (la planeación y la habilidad de generar)

Brown distingue seis agrupaciones de funciones ejecutivas:

- La organización, el establecimiento de un orden de prioridades y el emprendimiento
- La capacidad de enfoque, y de poner y cambiar la atención a las tareas
- La regulación del estado de alerta, el sostenimiento de esfuerzo y la velocidad de procesamiento
- El manejo de la frustración y la modulación de las emociones
- La utilización de la memoria de trabajo y accediendo a los recuerdos
- La acción de auto-monitoreo y auto-regulación.

Bajo el modelo de Brown, las dificultades en estas agrupaciones llevan a impedimentos de atención, ya que las personas afectadas tienen dificultades en organizar las tareas, comenzarlas, mantener el interés, permanecer alertas, sostener un estado emocional nivelado, emplear la memoria a tiempo real y el recuerdo, y auto-monitorear y regular las acciones.

Los niños con discapacidad intelectual de tipo moderado experimentan retraso en su función ejecutiva, su coeficiente intelectual (CI) por debajo de la media no permite llevar a cabo estas funciones, sin embargo pueden poseer buenas habilidades para aprender y manejarse en las actividades de la vida diaria o de rutina, aunque no necesariamente académicas, logrando alcanzar una cierta autonomía e independencia.

Esta explicación hace ver que la relación entre inteligencia y habilidades ejecutivas muestran una débil correlación en el accionar de una persona, esto puede ser por la influencia de otros factores como la motivación el interés y la participación misma en las diferentes actividades lo que le hace sentir a la persona importante, interesada, competitiva y activa proporcionándose así misma una buena autoimagen. Esto nos invita a conocer un poco más sobre la inteligencia.

¿Qué es la inteligencia?

“Etimológicamente el concepto de inteligencia se deriva de los términos *intus* que significa “entre” y *legere* “escoger” hace referencia a quien sabe elegir o seleccionar de entre varias alternativas la más conveniente para la resolución de problemas.”(<http://definicion.de/inteligencia/#ixzz3UUdgLo95>)

El estudio de la inteligencia por Stenberg y Detterman (1986) clasifican las teorías de la inteligencia en tres categorías genéricas. Un primer grupo se centra en el individuo, entendiendo que la inteligencia consiste en procesos psicológicos y cognitivos específicos del ser humano. Un segundo conjunto de teorías dirige su atención al contexto en el que se desarrolla el comportamiento inteligente.

Éste es más propio de estudios antropológicos y transculturales, en tercer lugar, se refieren estos autores a ciertos desarrollos que conciben la inteligencia como el producto de la interacción entre estos dos elementos, el individuo y el entorno como lo propuso Jean Piaget y Lëv S. Vygotsky.

La inteligencia también se ha clasificada de acuerdo a características propias de funcionalidad:

- La inteligencia Psicológica vinculada a la función cognitiva y de aprendizajes.
- La inteligencia biológica hace referencia a la capacidad de adaptaciones a nuevas situaciones
- La inteligencia emocional agrupa a un conjunto de habilidades psicológicas que permiten apreciar y expresar de manera equilibrada nuestras propias emociones, entender la de los demás y utilizar esta información para guiar nuestra forma de pensar y nuestro comportamiento.
- La inteligencia lingüística verbal consiste en la fluidez del manejo de la palabra escrita y hablada con todos sus componentes fonológicos, sintácticos y pragmáticos.
- La Inteligencia Visual-Espacial es la que permite crear modelos en la mente, con formas, colores y texturas. Aquellos que poseen esta inteligencia son capaces de transformar en imágenes todo aquello que crean en sus mentes. http://es.wikipedia.org/wiki/Inteligencia_emocional.



Ilustración 3 Inteligencias Múltiples
Recuperado en: www.efdeportes.com

Se han elaborado diversos conceptos y mecanismos para medir la inteligencia como es el cociente intelectual de los individuos el mismo que analiza sólo las capacidades lógico matemáticas y del lenguaje, sin embargo ésta es una valoración parcial ya que no toman en cuenta otros aspectos como habilidades y destrezas de las personas, es por ello que actualmente las evaluaciones que se realizan a las personas que lo requieren por alguna situación en especial el coeficiente intelectual (ci) es únicamente un referente de sus capacidades, la evaluación neuropsicológica de las funciones ejecutivas son las que complementan el panorama de las posibilidades y de sus verdaderas potencialidades de reflexión, abstracción, análisis y posibilidades de formas de pensar, sentir y actuar.

En los niños con discapacidad intelectual moderada objeto de nuestro estudio según investigaciones que se han realizado manifiestan que esta población presenta un desorden del aprendizaje, cuyas características son las siguientes:

- Lentitud en el desarrollo de la comprensión y el uso del lenguaje.

- Los progresos escolares son limitados, algunos aprenden lo básico con respecto a la a lectura o la escritura.
- Tienen dificultad en emplear estrategias para la resolución de problemas.
- Las facultades de atención y memoria están en desventaja necesarias para el aprendizaje.
- Dificultad en los procesos de codificación y decodificación.

Todas estas desventajas pueden mejorar en un cierto porcentaje sí se proporciona servicios y apoyos en beneficio de conseguir un mejor comportamiento adaptativo de la persona con discapacidad.

Considerando la clasificación de la dimensión intelectual se ubican los siguientes niveles:(American Pyichiatric Association, 1994-2000) tomado de Ardila 2010 pág. 223.

Normal = entre 90 y 109

- Normal Inferior = CI entre 89-80
- Fronterizo = CI entre 79-70
- leve = CI entre 69-55
- Moderado = CI entre 54-40
- Grave = CI = entre 39-25
- Profundo = CI inferior de 25

Existen otras clasificaciones que no varían mucho en el cálculo de su coeficiente intelectual como se lo resume en la siguiente tabla.

Tabla N° 2 Clasificación de la Discapacidad Intelectual

| AARM | Sociedad de Psiquiatría Americana | CIE | Escala Weschler (Wais II) |
|-----------------------------------|---|-------------------------|-------------------------------|
| Normal 90 y 109 | R.M. Ligero | R.M. Ligero | Muy Superior 130 |
| Normal Inferior CI entre 89-80 | 50-55 a 70 | 69-50 | Superior 129-120 |
| Fronterizo | R.M. Moderado | R.M. Moderado | Normal Alto |
| CI entre 79-70 | 35-40/50-55 | 49-35 | 119-110 |
| Leve | R.M. Grave | R.M. Grave | Medio 109-90 |
| CI entre 69-55 | 20-25/35-40 | 34-20 | Normal Bajo 89- 80 |
| Moderado | R.M. Profundo | R.M. Profundo | Inferior 79-70 |
| CI entre 54-40 | Por debajo de 25- | Por debajo de 20 | Deficiente Mental |
| Grave CI | 20 | | 69 y menos |
| entre 39-25 | | | |
| Profundo 25-20 | | | |

Autor: Lcda. Revelo, M. 2015

Los niños con discapacidad intelectual moderada presentan una gran dispersión en los puntajes de las pruebas cognitivas ya que su desarrollo se dispersa de acuerdo a su habilidad.

En cuanto al lenguaje se refiere este es muy pobre en su composición, su vocabulario es limitado y se va incrementando muy lentamente, las instrucciones verbales consecutivas no las realiza sino por separado y requieren que se los repita, la pronunciación de las palabras presentan muchos errores de articulación generalmente con omisiones y sustituciones de fonemas, su estructura gramatical es muy restringida y se limita a la utilización de dos a tres palabras, requieren que se estimule sus intenciones comunicativas ya que estas son deficientes.

En lo que se refiere al aprendizaje tienen dificultades, especialmente porque su memoria a largo o corto plazo se encuentra mayormente afectadas al igual que los procesos de codificación y decodificación de información, es por ello que actualmente en el Instituto Fiscal de Educación Especial, siguiendo los lineamientos del Ministerio de Educación de la República del Ecuador se aplican el Programa Ecológico Funcional como una alternativa científica para atender de manera integral a la población con multi-discapacidad con la finalidad de cambiar los paradigmas educativos y favorecer la inclusión en los hogares, en escuelas y en general en la comunidad.

“Las personas que presentan discapacidades múltiples y sus familias, demanda la aplicación de un modelo educativo que permita lograr aprendizajes significativos y funcionales; por ello las instituciones educativas deben adecuar y articular su organización y recursos de modo que permita un abordaje integral que satisfaga sus necesidades”.(Ministerio de Educación 2009).

El currículo funcional ecológico tiene como objetivos:

- Brindar enseñanzas funcionales significativas.
- Respetar la edad cronológica.
- Las enseñanzas deben hacerse en contextos naturales.
- Propiciar la interacción y la autodeterminación.
- Propiciar la inclusión en el hogar, escuela y comunidad.

En el currículo funcional se habla de dominios ecológicos como el dominio doméstico, recreativo, comunidad, vocacional y el dominio de enseñanza académica funcional. En cada uno de estos dominios se toman en cuenta actividades que proporcionen aprendizajes significativos a partir de sus rutinas diarias y que sirvan para la resolución de problemas cotidianos que se dan en el diario vivir.

1.3.- Enfoque Social de la Discapacidad Intelectual.

Los comportamientos atávicos y discriminativos sociales desde la antigüedad, como los romanos, en la edad media, han sido castigadores físicos y psicológicos

de aquellas personas que han presentado una u otra discapacidad, en particular en relación a la discapacidad intelectual, la sociedad de aquella época en general lo asociaba a una “desgracia” o una enfermedad cuya tendencia era ocultarles en la privacidad de sus hogares, limitados en sus deseos, preferencias, e intereses, en los mejores de los casos los consideraban o los utilizaban como “bufones de circo” o sencillamente para hacer las tareas más desagradables. Posteriormente se da que a las personas con discapacidad intelectual los asistían en hogares institucionalizados porque los consideraban unos enfermos mentales.

Desde el punto de vista sociológico el estudio de las discapacidades en general ha tenido un objetivo primordial y es la búsqueda del mejoramiento de la calidad de vida mediante la eliminación de barreras, obstáculos, críticas negativas que limitan, discriminan y excluyen a las personas con diferente tipo de discapacidad, muchas de las ocasiones es la sociedad misma la que determina una deficiencia o incapacidad, por ejemplo con las personas con discapacidad intelectual siempre aflora los sentimientos de menosprecio, indiferencia, o por el contrario surgen las actitudes de sobreprotección que lo único que ocasionan es inutilizar, menoscabar sus habilidades y /o potencialidades, limitándolos aún más en su participación de las actividades de la vida diaria.

Es indiscutible la inmersión de muchos, investigadores, estudiosos en la problemática en relación a estas dificultades, que se han empoderado e incursionado en la búsqueda de estrategias para lograr la inserción a diferentes ámbitos sean estos, familiares, educativos, laborables y sociales en general, pero no basta solo la superación de los sentimientos de lástima, de opiniones halagadoras, sino de un verdadero compromiso en la ejecución de proyectos viables tanto de prevención, de diagnóstico, de atención y apoyo a sus necesidades especiales, desde el punto de vista sea pedagógico, terapéutico encaminados a cumplir con el mismo derecho que tienen al igual que los demás personas. Es importante recordar que la discapacidad intelectual de cualquier tipo no es una “enfermedad”, sino una condición de vida que no tiene que limitarse por sus dificultades, por el contrario surgir o vencer situaciones que van en desmedro de sí mismo y llevar a cabo sus actividades de manera normal.

A finales de los años 50 N. Bank Mikkelsen introduce el término de “Normalización” como un principio que indica “la posibilidad de que los deficientes mentales lleven una existencia tan próxima a lo normal como sea posible”.

La normalización es la utilización de medios culturalmente normativos para permitir que las condiciones de vida de una persona con discapacidad sean al menos tan buenas como las de un ciudadano común y mejorar o apoyar en la medida de lo posible su conducta expresada en habilidades y competencias, de apariencia tanto en su vestido, aseo y alimentación, como de experiencias, emociones, adaptaciones y sentimientos.

Este principio de Normalización origina una revolución de criterios e impone su peso e importancia en las políticas de los Gobiernos para formular estrategias de intervención en beneficio de las personas con discapacidad, esto se empieza a evidenciar con un movimiento de investigación hacia los niños y jóvenes con discapacidad promovido por el Departamento de Educación y Ciencia Británica del cual se desprende un documento conocido a nivel mundial el llamado “Informe Warnock “(1978) en honor a Mary Warnock quien se encarga de realizar dicho informe dando a conocer como recomendación la integración en el ámbito escolar de las personas con discapacidad. A partir de este momento el enfoque integrativo escolar da un giro a un enfoque social de derechos humanos en todos los ámbitos para procurar atención a las necesidades especiales de manera colectiva de las personas con discapacidad.

Ante la diversidad de criterios, definiciones y puntos de vista con respecto a las discapacidades que lo único que ha ocasionado es estigmatizar, menospreciar, discriminar a este grupo de personas, se crea la necesidad de formular una terminología común para designar a las personas con discapacidad y que pueda ser utilizado tanto en los profesionales involucrados en la atención de este grupo vulnerable como en la sociedad común.

Esto hace que la OMS¹² en el año 1980 proponga una clasificación de términos, la misma que fue publicada por la CIDDM (Clasificación Internacional de Deficiencia Discapacidad Minusvalía), cuyo objetivo era traspasar las barreras de la enfermedad como se concebía anteriormente a las discapacidades en su concepto clásico. Actualmente se trata de ir más allá, entendiendo las consecuencias de estas condiciones de vida, analizando las necesidades desde todos los puntos, familiares, educativos y sociales, de modo que para ello fue necesario hacer una clasificación de terminología para clarificar lo que implica cada una de ellas.

La Deficiencia: Es la exteriorización directa de las consecuencias de la enfermedad y se manifiesta tanto en los órganos del cuerpo como en sus funciones incluidas las psicológicas.

La Discapacidad: Es la deficiencia en el sujeto con una repercusión directa en su capacidad de realizar actividades en los términos considerados normales en cuanto a edad, género, etc.

La minusvalía: es la socialización de la problemática causada en un sujeto por las consecuencias de una enfermedad, manifiesta a través de la deficiencia y /o la discapacidad, y que afecta al desempeño del rol social que le es propicio (García, C.2001) tomadode <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-temprana/clasificacionsomsdiscapacidad.pdf>

1.4.- La inserción Laboral y La Sociedad.

Existen muchos organismos, fundaciones, organizadas con propósitos claros de lograr la inserción laboral de las personas con diferente tipo de discapacidad. Llegar a la meta de la inserción laboral es uno de los retos que las políticas de gobierno de distintos países en los últimos tiempos han asumido con

¹² La **Organización Mundial de la Salud (OMS)** es un organismo especializado de las Naciones Unidas fundado en 1948 cuyo **objetivo** es alcanzar, para todos los pueblos, el mayor grado de salud. <http://www.exteriores.gob.es/RepresentacionesPermanentes/OficinadelasNacionesUnidas/es/quees2/Paginas/Organismos%20Especializados/OMS>.

responsabilidad social cuyo objetivo es mejorar la calidad de vida de éstas personas y su familia.

Específicamente aquellos organismos e instituciones que atienden discapacidades de tipo sensorial y problemas físicos, ha sido más sencillo su inserción en el campo laboral, por el contrario para las personas con discapacidad intelectual moderada no ha sido fácil lograr el objetivo de alcanzar una inserción socio-laboral debido a muchos factores.

Sí se analiza de lado y lado se puede observar que de parte de los padres de familia de estas personas no están realmente comprometidas en el apoyo hacia sus hijos, para realizarse ya en el campo laboral, situaciones como una buena presentación, hábitos de aseo, de cortesía no son trabajados por las familias, especialmente de aquellas de bajo recurso socio- económico y que dificultan el proceso de adaptación.

La experiencia que el Instituto Fiscal de Educación Especial ha tenido con respecto a esta situación ha sido poco esperanzadora, ya que las personas que han egresado de la institución y que han sido ubicadas a través del Equipo Multidisciplinario y Trabajo Social en instituciones capacitadas para ejercer la preparación de dichas personas en el campo laboral o pre-laboral han terminado regresando a sus hogares a las mismas actividades de siempre, constituyéndose en una carga familiar y por ende social. Por otro lado las empresas que contratan a este personal no han recibido la capacitación necesaria para el trato de las personas especialmente con discapacidad intelectual, tornándose en lo posterior una molestia hacia los demás empleados que no terminan por aceptarlos y son objetos de burla y menosprecio. Pero no todo es tan negativo, siempre habrá la salvedad de lo, positivo y es así que una de las fundaciones comprometidas en la inserción socio- laboral de las personas con discapacidad intelectual es la fundación Fundesi¹³ la que ha desarrollado algunos proyectos desde el 2004 como:

¹³ Fundesi: Fundación del Desarrollo Social Integral. Es una organización no gubernamental que trabaja en pro de la inserción laboral de las personas con discapacidad intelectual.

“Saltando Barreras” Capacitación de Jóvenes con discapacidad en participación ciudadana, financiada por el Banco Mundial.

“Proyecto Emprendedores” de Capacitación en desarrollo humano y técnico patrocinado por la fundación Santa María de España.

“Capacitación y Empleo una Dualidad de Éxito 2008-2010” proyecto Auspiciado por el Ministerio de Inclusión Económica y Social.

“Proyecto Piloto de Capacitación para la Inserción Laboral de Personas con Discapacidad” auspiciado por el Vicepresidente de la República del Ecuador de esa época Lenin Moreno conjuntamente con otros organismos estatales, empresas privadas, ONG y la USAID.(Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Integral) 2008. (Fundesi. 2011).

El contexto cultural en relación a la inclusión laboral y la falta de aceptación hacia la diversidad dentro del entorno social, dificulta este proceso de inserción laboral.

Es necesario hacer una diferenciación entre la construcción teórica y la construcción práctica desde el sistema educativo con todos sus componentes para posteriormente lograr una mayor sensibilización en el trato hacia las personas con discapacidad.

La incompreensión de la nueva concepción sobre aquellas personas que presentan discapacidad, en donde se respalda la práctica y la interacción social en contraposición del mero discurso de la ética y los derechos, ha dificultado la aceptación y construcción de la cultura inclusiva. En cuanto a este tema falta mucho por hacer y somos y serán las siguientes generaciones las que trabajen en pro de esta población que cuenta ya con una fortaleza legal y es la nueva Legislación Laboral que ha dispuesta la inclusión al campo del trabajo.

1.5.- La inclusión Escolar de las Personas con Discapacidad Intelectual en el Sistema Educativo Ecuatoriano- necesidades educativas especiales.

Los diferentes tratados, convenios, acuerdos de los derechos humanos han sido en sí una conquista de la humanidad para poner en práctica a través de una educación inclusiva y garantizar la igualdad, equidad, oportunidades y condiciones de vida digna de las personas con y sin discapacidad.

Analizado el proyecto de inclusión educativa desde un enfoque de derecho y ética como ha sido planteada por la Unesco desde el año 2005 y con la definición de que “Inclusión es el proceso de identificar y responder a las necesidades de los estudiantes a través de la mayor participación en los aprendizajes, en las culturas y en las comunidades reduciendo la exclusión en la educación”(Ministerio de Educación) 2009., entonces uno de los objetivos principales en primera instancia es el de identificar a través de procedimientos pedagógicos las necesidades educativas que los estudiantes presentan en las instituciones educativas , para que estas se responsabilicen en la búsqueda de estrategias que implique desde los aspectos curriculares como los aspectos actitudinales de los maestros y maestras, directivos y demás elementos que hacen educación, dando respuesta y haciendo frente a las necesidades de los estudiantes .

La inclusión desde un enfoque más pragmático o social, busca como objetivo principal promover la igualdad de oportunidades a través de la interacción social que debe practicarse desde el interior de las aulas con actividades que impliquen la participación activa de los estudiantes frente a los diferentes situaciones o eventos, generando de esta manera seguridad en el desenvolvimiento de las relaciones interpersonales en diferentes ámbitos familiar, escolar, laboral.

La educación inclusiva es un proceso que abarca la atención a las diferencias individuales, a la población diversa en su religión en su cultura, en su filosofía, a la comunidad en general pero con políticas unificadoras garantizando equidad social.

Los enfoques conceptuales con respecto a la discapacidad han evolucionado y se han transformados en el tiempo en distintas épocas, en un momento existió una completa exclusión, posteriormente se dio paso a una educación especial, luego se maneja los criterios de educación integral, y actualmente una educación de inclusión.

Es importante revisar las razones, los principios y el marco conceptual en las que se fundamentan las políticas educativas ecuatorianas con el fin de promover la participación del docente como gestor de los procesos de mejoramiento escolar, y el resto de la comunidad educativa como corresponsables de la viabilidad de dichos procesos.

Una de las razones es hacer efectivo el derecho a la educación de calidad en igualdad de condiciones y oportunidades, es brindar las herramientas eficaces y necesarias para la formación y desarrollo de las competencias , potencialidades y habilidades de cada uno de los individuos, es reducir toda forma de discriminación y exclusión, es cambiar de paradigma y esquemas mentales educativos con visiones restringidas , poco progresistas y discriminativas a nuevas visiones de productividad, seguridad y sobre todo promoviendo la participación directa o indirectamente de las personas con discapacidad que anteriormente eran consideradas una carga para el estado, hoy por el contrario son las personas que se trazan retos y cumplen a satisfacción acciones que los llevan a sentirse mejor con sigo mismo y a sentirse útiles para la sociedad y sobre todo en su vida familiar.

a) Principios de la Educación Especial:

El principio rector de la Educación Especial se basa en la filosofía de la atención a la diversidad no a la homogeneidad. Atiende a niños, adolescente, jóvenes y adultos con características biológicas, psíquicas y socio culturales diferentes , como consecuencia de antecedentes patológicos, o clínicos o de privaciones socioculturales y económicas.

b) El principio de la individualización:

Es recibir atención educativa de acuerdo con los requerimientos de sus características y singularidades, a través de las adaptaciones curriculares individualizadas.

c) Principio de Integración:

Los estudiantes recibirán atención en las instituciones educativas ordinarias contando con los recursos y apoyos necesarios.

d) Principio de Participación Comunitaria:

Promover la participación de los padres y la comunidad en la educación Integral del niño, para favorecer su máximo desarrollo personal, social y su integración en la comunidad.

e) Principio de Inclusión:

Calidad con equidad significa escuelas inclusivas, es decir escuelas que por la excelencia de sus servicios hagan posible que todos los niños / as, adolescentes y jóvenes de una comunidad puedan encontrar en ellas lo necesario para su pleno desarrollo.

La educación inclusiva precisa trabajar en cuatro dimensiones: personal, social, espacial y temporal. Estas cuatro dimensiones hacen referencia a una educación integral del ser humano en su tiempo y espacio para lograr autonomía e independencia social.

La inclusión escolar implica un entorno pedagógico en el que la estructura, la organización de la escuela, la comunidad educativa, así como los planes y programas curriculares guarden una sincronía armónica para su funcionalidad

necesaria para satisfacer en cierta medida las necesidades educativas especiales de las personas con discapacidad en general.

Es importante analizar el impacto que causa la práctica docente en los procesos de aprendizaje y en el bienestar emocional de los estudiantes en los centros educativos. Esta práctica es la que en el futuro nos dará la oportunidad de medir en cierta forma la validez del proyecto inclusivo del centro, para ratificar o rectificar las acciones o estrategias pedagógicas cuyo objetivo final es el brindar una educación de calidad a todos los estudiantes.

La práctica pedagógica dentro del aula es de vital importancia para vivenciar las necesidades y realidades que se dan entorno a la inclusión educativa.

Es indispensable reconocer las necesidades existentes para implantar el modelo de aulas inclusivas, son muchos los elementos que hay que considerar en este proceso como son la legislación, la organización del sistema educativo en sí, el currículum, el personal, los apoyos y estrategias educativas, en fin son muchos factores que influyen en el desarrollo y concreción de este proceso inclusivo, que sin lugar a dudas es una manera no sólo de pensar, actuar, sino de participar de todas aquellas actividades y de todos aquellos que hacemos comunidad educativa en la atención a la diversidad desde el punto de vista educativo.

Según Cyntia,D. y Javier M. s/f menciona que “El movimiento de escuelas inclusivas se ha caracterizado por su búsqueda incesante de respuestas educativas efectivas a la diversidad del alumnado, de modo que se asegure que todos los estudiantes participen y aprendan de las experiencias educativas.(aclarar las dos ideas) En esta búsqueda, se han desarrollado múltiples proyectos y estudios en todo el mundo que legitiman las relaciones de colaboración como una característica definitoria de las organizaciones educativas comprometidas con los principios y valores de la inclusión. Es así que el trabajo colaborativo, en su más amplio sentido, es considerado hoy como una estrategia sine qua non para el desarrollo de comunidades educativas más democráticas, integradoras y respetuosas de la diversidad”.

Aprender a vivir con las diferencias toma importancia en el modelo inclusivo de las escuelas, ya que en la atención a la diversidad hay que considerar aquellas personas con discapacidad las mismas que presentan muchas demandas afectivas, educativas, sociales, emocionales y que no son atendidas de manera adecuada y oportuna por la sociedad y además tienen un acceso restringido a los servicios y programas de atención pública, siendo sus derechos no reconocidos ni respetados, por lo tanto es importante trabajar con toda la comunidad educativa de manera unida y colaborativa, con el fin de impulsar una educación equitativa para todos.

En el transcurso del tiempo este modelo inclusivo se ha visto entorpecido por la actitud negativa y muchas veces indiferente de las mismas personas que hacen “educación”, no se diga de aquellas que desconocen esta realidad manifiesta en la falta de colaboración directa hacia la población de alumnos en las diferentes instituciones educativas.

La educación inclusiva significa entregar o dar equidad de oportunidades, aceptación de las diferencias, no discriminación, no exclusión, además la educación inclusiva exige conciliación, cooperación, participación, flexibilidad en un marco de orientación filosófica, de análisis situacional, del rol de la legislación, de la sensibilidad de las opiniones públicas, de proyectos y de programas que se pongan en ejecución, es decir dar una oportunidad educativa real para todos.

En forma general se ha expuesto la situación del modelo inclusivo educativo y la necesidad de trabajar de manera conjunta y colaborativa en las instituciones educativas, pero dejando a un lado el discurso y entrando ya a la realidad de la parte práctica en las aulas.

f) Principio Colaborativo:

Es la colaboración entre los maestros, el resto del personal, padres de familia y los mismos compañeros de clase los que impulsen a lograr una mejor inclusión dentro de las aulas.

Este enfoque colaborativo se fundamenta en dos premisas básicas: A) debe ser colaborativo, es decir la comunidad educativa debe trabajar unida y no de manera jerárquica.(Janet L. Graden y Anne Bauer). Según Stainback, Stainback y Jackson dicen que “las escuelas inclusivas suelen basarse en la idea de que la escuela es una comunidad de alumnos y educadores”, pero el sentido de comunidad es otro y es el compromiso de que todos los educadores son responsables del éxito de todos los estudiantes no solo de su grupo de sala o de aula respectiva, sin embargo todavía se ve que en relación a las diferencias individuales y las necesidades de los alumnos diferentes, la educación a menudo no se acomoda a estas diferencias , sino más bien tratan de acomodar a los alumnos a las estructuras educativas vigentes como es el agrupamiento por categorías, con características aparentemente similares cuando en realidad cada uno de los alumnos son diferentes en diversos aspectos.

El crecimiento de alumnos con necesidades de adaptación han obligado en cierta manera a las autoridades, educadores a cambiar las estrategias educativas como formar grupos heterogéneos , la participación colaborativa de los otros profesionales , la implantación de actividades más funcionales de la vida diaria , o clases más elementales, haciendo púes énfasis en las diferencias individuales para ser mejor entendidas.

En este enfoque colaborativo es preciso tomar en cuenta los factores ambientales como parte importante en el proceso de enseñanza – aprendizaje, Estos factores externos como es el hogar y la escuela son susceptibles de cambios si el caso lo amerita , es decir la dinámica educativa con este enfoque colaborativo exige de utilización de varias estrategias que ayuden o porten a la educación de los niños , no así un factor interno como puede ser una

discapacidad que no se la puede cambiar y que según este enfoque es mejor reducirla, y cambiar por una interacción más efectiva, con una mayor participación en nuevas experiencias dentro de sus ambientes naturales. B) debe basarse en la resolución de problemas estableciendo un mecanismo de decisión de cómo y cuándo efectuar las adaptaciones.

La colaboración de todos proporcionará por lo tanto el apoyo necesario para las intervenciones, adaptaciones y acomodaciones que en el futuro inmediato se implante en las aulas.

Cuando hablamos de colaboración dentro de una institución educativa se tiene la tendencia de crear equipos de apoyo hacia el maestro, pero en la práctica esto más bien se convierte en una asesoría al maestro de cómo tiene que hacer tal o cual acción en beneficio de los alumnos , más no existe un apoyo real , incluso solamente se convierte en una sugerencia que los educadores especiales hacen a los maestros acerca de cómo enseñar a un alumno en clase ordinario esto en caso de los niños con necesidades especiales.

Por ello es importante que para que se dé la solución de problemas trabajar de una manera unida, desinteresada, dejando de lado los títulos e incluso las funciones específicas del resto del personal para viabilizar de manera oportuna y adecuada el apoyo que necesita tanto el maestro como el alumno

En conclusión podríamos decir que:

El enfoque colaborativo propone la participación activa, práctica y directa del resto del personal de una institución, en beneficio de los alumnos.

El término de comunidad educativa no es el conjunto de alumnos y profesores, sino es el sentido de compromiso en la responsabilidad del éxito de los estudiantes por parte de todos los educadores.

La colaboración no debe traducirse en una asesoría o sugerencias dadas por parte de los otros profesionales, sino una auténtica cooperación de trabajo conjunto.

El apoyo o colaboración y la resolución de problemas deben considerarse simultáneamente en el modelo inclusivo dentro de las aulas.

Viendo la otra cara de la moneda en relación a la inclusión educativa nos encontramos también con una triste realidad caracterizada por las siguientes manifestaciones reales que se dan en nuestra sociedad ecuatoriana. Las llamadas barreras de la educación inclusiva ha sido determinante en el cumplimiento del proceso. Se han detectado algunos factores que no han permitido desarrollar eficazmente la trayectoria y ejecución de la inclusión educativa. Entre las principales se puede mencionar:

g) Contexto Familiar:

Siendo la familia el primer núcleo de la sociedad, donde se espera una mayor comprensión de la problemática de sus hijos o de algún familiar, en algunas ocasiones ocurre lo contrario en muchas familias no hay la aceptación de la condición de la persona con discapacidad dando lugar al rechazo, a la justificación o a la sobreprotección. Falta de trabajo cooperativo dentro del entorno familia.

El concepto de que una persona con discapacidad no puede realizar una determinada actividad ha hecho que se minimice la importación en la participación en los diferentes eventos socioculturales.

h) Contexto escolar:

La principal barrera a la inclusión, es la concepción que tiene los docentes al considerar al grupo de estudiantes como un conglomerado, donde no se

consideren sus necesidades y potencialidades individuales; por lo tanto, el cambio de concepción sería de mucha utilidad para alcanzar logros.

Barreras sociales, económicas, culturales, actitudinales, materiales dificultan el acceso al aprendizaje.

Justifican el accionar limitado de un centro educativo, por la concepción errónea de que las personas con discapacidad están limitados, por lo tanto los docentes se sienten poco responsables y poco comprometidos, ante la creación e imaginación de estrategias metodológicas, que permitan la inclusión y participación social dentro del sistema educativo regular.

A pesar de las investigaciones que han facilitado el entendimiento de aquellas necesidades educativas especiales que pueden llegar a presentarse en los niños, la mayor barrera se da en la dificultad de programar todos aquellos conocimientos e investigaciones teóricas, dentro de la practicidad y cotidianidad de las aulas educativas.

La organización burocrática de los centros educativos, no permite atender la diversidad de las personas, fomentando así la integración más no la inclusión.

Una de las barreras que se identifica dentro del ámbito educativo, es la dificultad de establecer el trabajo cooperativo entre todos los miembros que conforman la comunidad educativa, es necesario crear redes de apoyo que brinden confianza y seguridad, de forma que si hay dificultades en sus aprendizajes y/o conflictos de comportamiento, se evite reproches y como consecuencia se produzca una involución del proceso inclusivo institucional.

Por lo tanto el enfoque colaborativo de la comunidad educativa mencionado anteriormente es de vital importancia para el logro de las aspiraciones de las personas con discapacidad intelectual y otras discapacidades.

i) El contexto cultural:

En relación a la inclusión y la falta de aceptación hacia la diversidad dentro del entorno social, dificulta este proceso educativo.

Según Ramón Porras una de las barreras para la inclusión educativa es la diferenciación entre la construcción teórica y la construcción práctica.

La evaluación inicial es importante, porque permite identificar las necesidades educativas que presenta el estudiante, y por ende la toma de decisiones de los apoyos que se deben brindar, pero el apoyo referido por parte de la evaluación inicial, es comprendido por los docentes como un limitante en su accionar, lo cual lleva a etiquetarlos.

En definitiva para romper las barreras, que van en contra de la educación inclusiva es importante modificar los esquemas mentales, en donde se concibe que las personas que presentan discapacidades son incapaces de interactuar, ejecutar y relacionarse a nivel social.

CAPITULO II

FUNCIONES DEL LENGUAJE

2.1.- Desarrollo Normal de las Funciones del Lenguaje.

Para entender de mejor manera las funciones del lenguaje se describe el desarrollo normal de la adquisición del lenguaje partiendo de la definición.

Definición del lenguaje hay varias e incluso existen hipótesis en lo referente al lenguaje- pensamiento- e inteligencia.

Sinclair de Zwart rememora la historia sobre las ideas de los problemas relacionados entre el lenguaje y el pensamiento.

En la actualidad se ha logrado imponer la constatación de la relativa independencia de uno con respecto al otro por ejemplo los niños sordos llegan a un buen desarrollo intelectual, este es el testimonio evidente de un pensamiento no verbal y sin embargo se puede comunicar a través de varios medios uno de ellos el lenguaje de señas. Otro ejemplo es el de los niños con parálisis cerebral, en ellos también se puede desarrollar el pensamiento sin la ayuda del lenguaje.

Según Chomsky(1979) discute la idea tradicional de que el lenguaje es en esencia un sistema de hábitos establecidos mediante el aprendizaje y defiende que todo ser humano tiene la capacidad innata para emplear el lenguaje. Si se habla de innato implica que el lenguaje tiene una base biológica, neurológica y genética. A Chomsky se le acredita haber originado una revolución científica en cuanto a la comprensión de la sintaxis(Harris 1993) tomado Russell, J.2001.

Según Spitz (1935) la ausencia de afecto repercute en la evolución intelectual y en el desarrollo del lenguaje oral del niño. (PsicoActiva.com - Marsellach, G., 2005)

La teoría del apego de Spitz, investigada por psicólogos ha tomado fuerza en la importancia del cuidado de los padres para una correcta maduración psicológica.

Según Amaro F. y Tomás J. "El apego es un importante catalizador psicológico de las primeras necesidades de confianza y comprensión. Así mismo, es un factor de riesgo en dificultades psicosociales, si este apego es desorganizado o es disfuncional" lo cual se manifiesta en el lenguaje del niño con un retraso del mismo.

Según Bruner:

"El lenguaje es un instrumento que estructura y condiciona la inteligencia y permite acoger las retroalimentaciones sociales y culturales del entorno. Actúa como agente constituyente y normalizador de la identidad y de las prácticas sociales, permitiendo al ser humano proyectar sus emociones y desarrollar sus ideas asertivamente. Se enfatiza el aspecto comunicativo del desarrollo del lenguaje más que su naturaleza estructural o gramatical" Enviado por ,. (Smith, 2012)

Según Piaget:

La teoría de Piaget pretende que el lenguaje de un niño refleje el desarrollo de su pensamiento lógico y sus habilidades de razonamiento en "períodos" o etapas, y cada período tiene un nombre y una duración específica. En su libro "El Lenguaje y pensamiento infantil" Piaget describe dos funciones del lenguaje infantil: La "egocéntrica" y la "social" durante el período sensitivo-motor; durante el período pre-operacional (2 a 7 años) Piaget observó que el lenguaje en los niños hace un progreso rápido y lo describe al lenguaje infantil como lenguaje simbólico; en el período de operaciones concretas y operaciones formales el desarrollo del

lenguaje infantil es revelado por el cambio de la forma de pensar desde la inmadurez a la madurez y desde lo ilógico a lo lógico, es en este instante que el lenguaje empieza a volverse social por la habilidad de descentrar y ver las cosas desde una perspectiva distinta a la propia.

Disponible en http://www.ehowenespanol.com/teoria-jean-piaget-del-desarrollo-del-lenguaje-ninos-sobre_171585/

Según Vygotsky:

“Simultáneamente Piaget y Vygotsky señalan que existe una inteligencia prelingüística e indican el papel fundamental del lenguaje en la formación de conceptos. Para Luria el papel del lenguaje es capital, dirige las actividades del niño, el lenguaje es un elemento necesario para las relaciones sociales que en lo posterior construyen el futuro del sujeto” (Vygotsky)

2.2.- Lenguaje y Comunicación.

Los profesionales (sociólogos, neurólogos, fonoaudiólogos, foniatras, lingüistas, entre otros) que han dedicado sus investigaciones al estudio del lenguaje han logrado hacer una diferenciación entre términos: lenguaje y comunicación.

Es importante tener claros los conceptos y las diferencias con relación a lo que es el lenguaje y la comunicación por situación de diagnóstico y pronóstico deferencial especialmente para lo que va a constituir un tratamiento.

La comunicación inicia desde la vida intrauterina, durante el intercambio de flujos biológicos entre la madre y el feto, siguiendo el proceso gestacional, en la etapa natal cuando el niño nace se comunica con la madre a través del llanto, gritos, lactancia, a través del contacto visual y la sonrisa, y por supuesto su madre los codifica y los decodifica.

Para que exista este carácter innato de comunicación se precisa de la integridad de un sistema neurosensorial o estructura neurológica, capaz de recibir y dar una respuesta al entorno estimulador.

Poco a poco se da paso a la comunicación verbal con la aparición del balbuceo, el gorjeo y los sonidos lálicos, para iniciar la producción de las primeras palabras.

La comunicación es una función psíquica superior que responde a los resultados de una asimilación de los productos de la cultura y de su entorno y que solo se da al partir del contacto entre los hombres.

La comunicación puede ser comunicación verbal y comunicación no verbal, estrechamente ligadas entre sí, pero independientes en sus estructuras fundamentales.

La comunicación tiene la característica o condición de intencionalidad comunicativa, sino hay esta intención en la que se requiere mínimo dos agentes (emisor y receptor) no se puede establecer un dialogo comunicativo. Por ejemplo. Los niños con el diagnóstico de autismo poseen lenguaje e incluso un habla muy bien articulado fonéticamente, pero carecen de la intención de comunicarse con sus próximos a tal punto que ellos desarrollan un nivel de “independencia” para satisfacer sus necesidades. El lenguaje que presentan es ecolálico o repetitivo nada funcional en la intención de comunicar un mensaje.

Las personas que presentan alteraciones de la comunicación por ejemplo son aquellas que presentan un cuadro de disfemia¹⁴.

La alteración comunicativa disfémica se manifiesta por una pronunciación interrumpida y repetitiva de la frase, la palabra o la sílaba e incluso muchas veces acompañada de movimientos corporales que utilizan como muletillas para poder expresarse durante el “dialogo” provocando finalmente una frustración en la comunicación. Una comunicación es una conversación entre dos o más personas en el que intervienen varios elementos.

¹⁴ Disfemia: trastorno de la fluidez verbal en el cual no se dan anomalías orgánicas y se caracteriza por las interrupciones verbales que afectan al ritmo del lenguaje y a la melodía del discurso. Disponible en: <http://www.tuotromedico.com/temas/disfemia.htm>

Los elementos de la comunicación son:

- El emisor
- El receptor
- El contexto
- El mensaje
- El código

Elementos de la comunicación

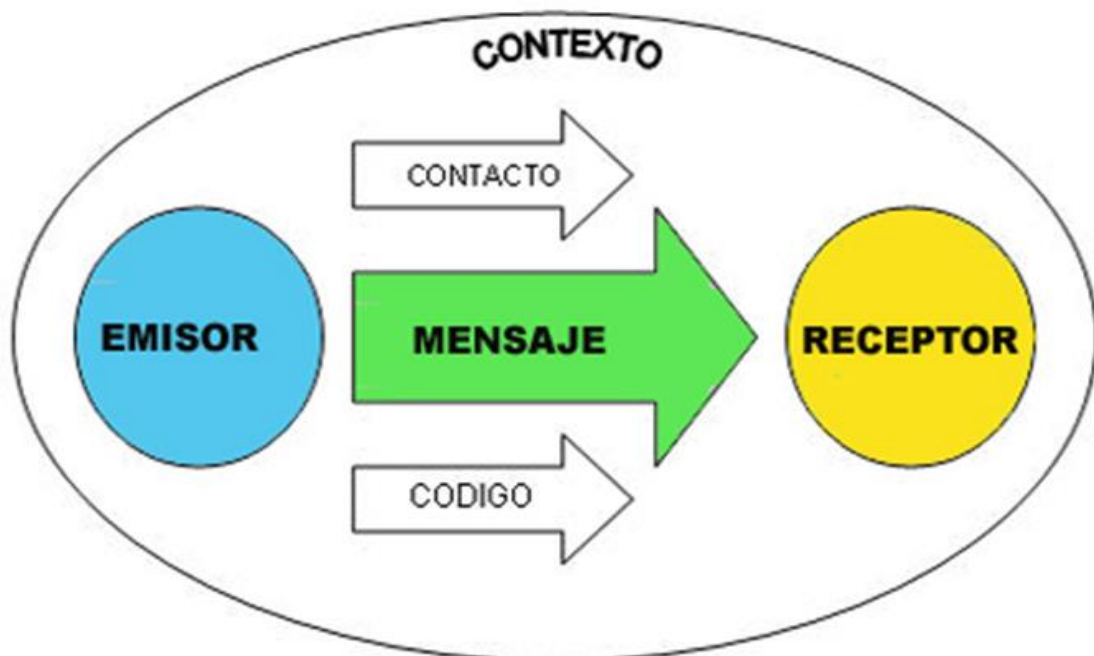


Ilustración 4 Elementos de la Comunicación

Recuperado de :www.educarchile.cl/ech/pro/app/detalle?ID=206182

Por otro lado el lenguaje es el distintivo del género humano que surge por la necesidad de comunicación en un conjunto de individuos.

El lenguaje supone una aportación decisiva a la ampliación de la comunicación y de las capacidades cognitivas.

El lenguaje es el instrumento a través del cual se logra comunicar las ideas, los sentimientos y emociones.

2.3.- Funciones del Lenguaje

Las funciones del lenguaje indica el uso de la lengua que hace un hablante. Son los diferentes objetivos, propósitos y servicios que se le dan al lenguaje para comunicarse.

Román Jakobson propone seis funciones del lenguaje en relación a los factores intervinientes en el proceso de la comunicación:

2.3.1.-Función Representativa- Denotativa o Referencial:

Es la función principal del lenguaje, la que transmite una información o mensaje más amplio y objetivo. El emisor solo pretende transmitir una información más concreta y objetiva de una realidad. El niño que no posee la capacidad verbal adecuada a su edad estará limitado en recibir y dar información por medio de su lenguaje, por lo tanto necesitará de otras vías alternativas para hacerlo.

2.3.2.-Función Apelativa o Conativa:

Se centra en el otro es decir en el receptor. Se llama conativa porque el emisor espera el inicio de una reacción por parte del receptor. Es la función de mandato y pregunta. El emisor intenta influir en la conducta del receptor. Sus recursos lingüísticos son los vocativos, modo imperativo, oraciones interrogativas. Se da en lenguaje coloquial, es utilizado en la publicidad y propaganda política e ideológica en general. Mediante el uso de esta función se pretende causar una reacción en el receptor.

Ejemplo: «La ventana está abierta» - Puede estar haciendo una mera descripción de un hecho, pero también puede haber un mensaje escondido, que entienda que «Cierre la ventana». Es decir el mensaje invita al oyente a que haga algo. (cerrar la ventana).

2.3.3.-Función Expresiva o Emotiva:

Es la que permite expresar emociones y pensamientos. Los niños con discapacidad intelectual moderada a diferencia de los niños con discapacidad intelectual leve, tienen mayores dificultades de hacerse entender expresivamente en sus necesidades lo que puede ocasionar un problema de tipo conductual con manifestaciones de agresividad, frustración, aislamiento y negativismo.

2.3.4.-Función Fática:

Esta función está orientada al canal de comunicación entre el emisor y el receptor. Su finalidad es iniciar, prolongar, interrumpir o finalizar una conversación o bien sencillamente comprobar si existe algún tipo de contacto. Su contenido informativo es nulo o escaso y se utiliza como forma o manera de saludo.

La función fática no es principalmente informar, sino facilitar el contacto social para poder transmitir y optimizar posteriormente mensajes de mayor contenido.

Constituyen esta función todas las unidades que utilizamos para iniciar, mantener o finalizar la conversación. Ejemplos: Por supuesto, claro, escucho, naturalmente, entiendo, cómo no, OK, perfecto, bien, ya, de acuerdo, etc.

Está presente en los mensajes que sirven para garantizar que el canal funciona correctamente y que el mensaje llega sin interrupción.

2.3.5.-Función metalingüística:

Se centra en el propio código de la lengua, se utiliza para hablar del propio lenguaje, aclara el mensaje, se manifiesta en declaraciones y definiciones. Ejemplo: "Pedro tiene 5 letras".

Las aptitudes metalingüísticas permiten lograr el nivel más abstracto del desarrollo verbal, los niños logran controlar su lengua por un lado y por el otro hacer juegos verbales como rimas, poemas, comprender el significado de metáfora, proverbios y le permite analizar las consecuencias de sus actos.

En los niños con discapacidad intelectual esta función está limitada y su consecuencia se manifiesta en un mayor o menor grado de desarrollo social y filosófico de la persona.

2.3.6.-Función Poética o Estética:

Esta función está orientada al mensaje. Aparece siempre que la expresión atrae la atención sobre su forma, en cualquier manifestación en la que se utilice el lenguaje con propósito estético. Sus recursos son variados, por ejemplo la figura estilística y el juego de palabras.

Esta función se encuentra especialmente, aunque no exclusivamente, en los textos literarios. Ejemplo: Que el alma que puede hablar con los ojos, también puede besar con la mirada.

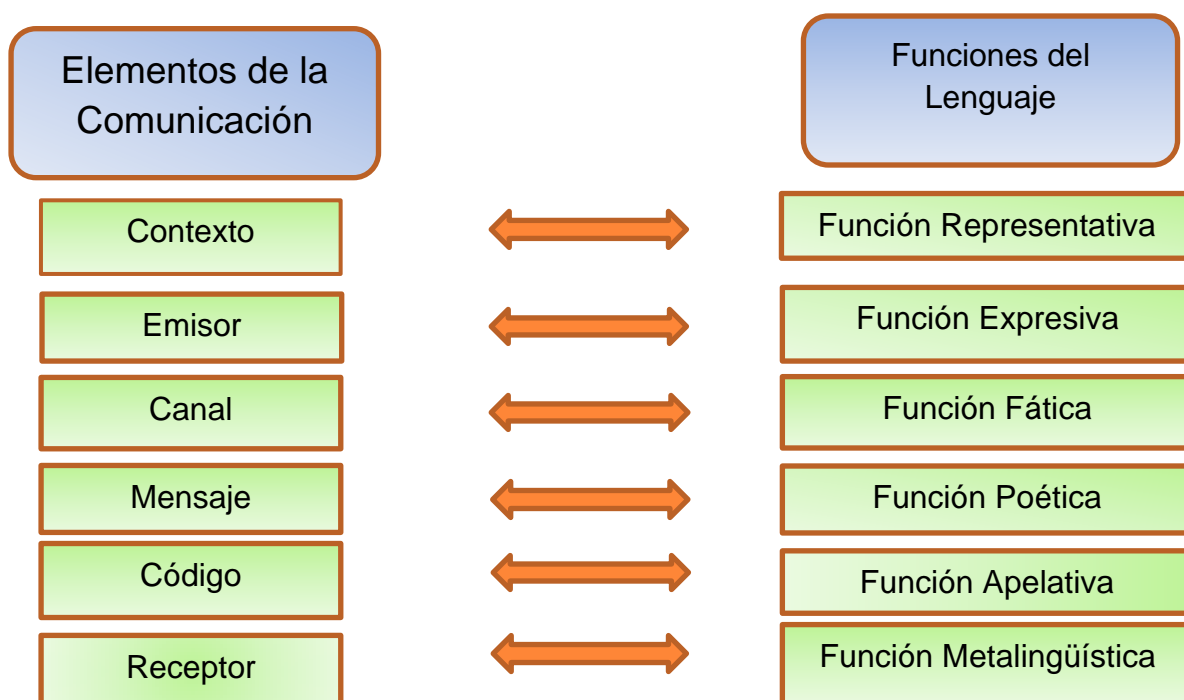


Ilustración 5 Funciones del Lenguaje
Autor: Lcda. Revelo, M.2015.

2.4.- Desarrollo Psicolingüístico en niños con Discapacidad Intelectual Moderada.

La Psicolingüística es una ciencia que tiene origen en el desarrollo paralelo y complementario de la lingüística y la psicología, cuyos aportes enfocan el lenguaje como una forma de comportamiento y como un sistema estructurado.(Piaget,J y Cols. 1999).

Según Bierwish M. en 1979 lo conceptualiza como la ciencia que investiga los elementos, las relaciones, principios estructurales y descripciones de sucesos cognitivos y activos en el proceso del lenguaje que estudia los mecanismos psíquicos que permiten el aprendizaje y el uso de la lengua por el hablante para su comprensión.

Tradicionalmente los lingüistas adoptaron una perspectiva muy limitada de las funciones del lenguaje en la sociedad, dando por sentado que la función más importante es la de comunicar información. Actualmente gracias al aporte de la psicología esta concepción ha dado un giro inmenso demostrando como el lenguaje entre otras funciones está al servicio de la expresión emocional, la interacción social, el control de la realidad, la acción del pensamiento y la expresión de la identidad personal. (Bonilla, R. 2000)

La psicología del lenguaje tiene que ver con el estudio de los mecanismos mentales que hacen posible el uso adecuado del lenguaje. Por lo tanto el interés de estudio de esta ciencia son las relaciones lenguaje / cognición, lenguaje /aprendizaje. (Beltrán, JB. 1984)

El lenguaje es la destreza más elevada que permite comunicar nuestros pensamientos a través de un minucioso procesamiento de información dadas por las habilidades senso-perceptivas (audición- visión- motor), y de las habilidades psicolingüísticas (atención, memoria, retención, asociación, comprensión, integración tanto visual como auditiva.)

Tanto la maduración neuro - sensorial como el desarrollo afectivo, social y cognitivo son precursores fundamentales para la adquisición del lenguaje.

El lenguaje como medio de comunicación es el instrumento de control de la propia conducta y de la actuación sobre la realidad social, es necesario conocer cuáles son los patrones normalizadores del desarrollo comunicativo lingüístico, para lo cual es menester dividir en dos etapas. (Jiménez, G. y López, M. 2003).

2.4.1.-Etapa Pre-lingüística

Según Oller y Lynch (1993) señala cinco etapas de desarrollo pre-lingüístico, aunque las edades que aparecen son sólo indicativas, ya que pueden variar notablemente entre los diferentes sujetos. (Jiménez, G. y López, M. 2003).

1. Producciones de vocalización: se refieren a gritos y sonidos producidos por el propio cuerpo de modo casi reflejo como bostezos, arrullos, suspiros, etc. Que aparecen de 0 a 2 meses.
2. Producciones de sílabas arcaicas: Coincide con la aparición de la sonrisa, son secuencias fónicas de sílabas claramente perceptibles por el entorno formada por sonidos casi vocálicos, o casi consonánticos articulados en la parte posterior de la garganta, aparecen de 1 a 4 meses.
3. Balbuceo Rudimentario: Aparecen producciones de sonidos plenamente resonantes, sonidos graves como gruñidos y sonidos agudos como chillidos. Aparecen de 3 a 8 meses.
4. Balbuceo Canónico: Comienza con la producción de sílabas bien formadas que tiene el carácter de ser reduplicadas escuchándose un mamama/ papapa y luego se van diversificando badata/ talapa. Aparece de 5 a 10 meses.

5. Balbuceo Mixto: Es la producción de palabras dentro del balbuceo sin un valor significativo o representativo, simplemente es parte del juego vocálico. Aparece entre los 9 y 12 meses.

2.4.2.-Etapa Lingüística.

La etapa lingüística o estructura del lenguaje hablado se caracteriza por cuatro sistemas de desarrollo que dan lugar a la formación de la palabra con un significado dentro del proceso de comunicación.

El lenguaje tiene una estructura y una evolución madurativa, que se manifiestan en los siguientes sistemas de desarrollo.

El lenguaje hablado tiene cuatro componentes o sistemas:

Fonético: estudia los sonidos articulados del habla, la unidad básica del sistema fonético es el fonema. Los sonidos fonemáticos se clasifican de acuerdo al punto de articulación, en bilabiales, ápico dentales, dorso-velares; al modo de articulación en explosivas, fricativas, vibrátiles; y, por vibración de las cuerdas vocales en fonemas sordos y sonoros.

En los niños con discapacidad intelectual este desarrollo del sistema fonológico se ve alterado con la presencia de errores articulatorios fonéticos manifestados por sustituciones, ausencia, adición o distorsión de los fonemas durante la pronunciación

Morfo-sintáctico: Hace referencia a la estructura gramatical que permite expresar el mensaje, en esta estructura hay que tomar en cuenta dos situaciones específicas, el tipo de oración (activa/pasiva) y las palabras que se utilizan como nexos de unión (preposiciones, conjunciones).

La estructura morfosintáctica corresponde a la organización y orden de las palabras para formar una oración. La elaboración de la sintaxis es progresiva y va

en relación a su maduración cerebral y se manifiesta en las siguientes variables.
Ejemplo:

- Género.....aparece a los 2 años.
- Número.....aparece el uso del plural a los 3 años.
- Artículos.....determinados e indeterminados a los 3 años.
- Pronombres..... Posesivos aparece a los 3 años.
- Preposiciones.....de lugar, de tiempo aparece a los 4 años.
- Formas verbales.....de modo, tiempo, persona aparece de 5 a 6 años.

Léxico-Semántico: Es el que da significado a las palabras, cada palabra tiene un significante(es la representación mental) y un significado (es el uso o la utilidad que se le da). La evolución en el proceso de la construcción del significado es:

- La comprensión de las primeras palabras.....de 9 a 10 meses.
- La comprensión de más de 20 palabras.....de 1 año 6 meses.
- La explosión de vocabulario infantil.....más de 18 meses.

El proceso de generalización del significado de la palabra se da en tres etapas que suceden en su evolución:

- Etapa de Referencia: Asocia una palabra a un objeto particular.
- Etapa de Denotación: Las palabras denotan conceptos. Ejemplo plátano es para comer.
- Etapa del Sentido: Aparecen términos taxonómicos más abstractos. Ejemplo. Plátano es una fruta (Jiménez, G. y López, M. 2003)

Pragmático: Es el estudio de la funcionalidad del lenguaje en el contexto social y cultural.

Según Haslett (1987) describe en varias fases evolutivas las habilidades comunicativas que adquieren los niños en su proceso normal:

- Fase 1: Reconocimiento de las bases interpersonales de la comunicación(sonrisa- mirada).

- Fase 2: Desarrollo de los efectos comunicativos , la comprensión y expresión los ejecuta a través de rutinas pre-verbales, de una comunicación intencionada y la interacción verbal con los demás.
- Fase 3: Afianzamiento de las estrategias comunicativas. Afianza la comunicación a través de utilización de preguntas afirmativas o negativas, de descripciones, de expresiones de exclamación, de sorpresa, de imitación, etc.
- Fase 4: Control meta cognitivo de la comunicación: Es propia en las edades escolares. Tiene cuatro funciones esenciales: a) Función Directiva, que es dirigir, controlar y planificar acciones, b) Función Interpretativa que es razonar o describir experiencias pasadas o presentes, c) Función Proyectiva que es predecir, imaginar, o asumir experiencias o sentimientos de otros, y d) Función Relacional que es la de interactuar. (Jiménez, G. y López, M. 2003)

Toda esta estructura del lenguaje implica el desarrollo de ciertas habilidades psicolingüísticas senso-perceptivas como son: asociación, comprensión e integración tanto auditiva como visual y motriz.

Las pruebas que miden las habilidades psicolingüísticas indican que los seres humanos tenemos algunas destrezas unas más desarrolladas que otras, estas deficiencias de destrezas pueden ser consideradas como parte de las dificultades en los proceso de aprendizaje en los niños con retardo mental.

Los niños con discapacidad intelectual de tipo moderado presentan un problema en la recepción del mensaje, se originan cuando no pueden entender el código del lenguaje para compartir, ideas, pensamientos y sentimientos, por lo tanto, se enfrentará a un problema de codificación y decodificación del lenguaje.

Estas dificultades se manifiestan en las siguientes conductas de inhabilidad de expresión:

- El niño con discapacidad intelectual moderada rara vez inicia una conversación y utiliza respuestas cortas cuando le hacen preguntas.
- Generaliza el nombre de las cosas, por ejemplo todos los líquidos son considerados como jugos.
- No expresa directamente lo que desea y se producen los circunloquios.
- Tiene mucha dificultad en recordar fechas, lugares y nombres de las cosas, es decir su afectación es a nivel de retención de la memoria.
- Tienen dificultad para formar oraciones, no utilizan las palabras en el orden correcto y su vocabulario es limitado.
- No utilizan las palabras complemento, no utilizan los plurales, ni las inflexiones verbales.
- No utilizan las características supra-segmentales del habla como son la entonación, la intensidad, el ritmo y la melodía, en la mayoría de los niños con esta discapacidad estas características están alteradas.

Otras dificultades se manifiestan en las conductas de inhabilidad de la comprensión y son las siguientes:

- Tienen dificultad en los períodos de los procesos de atención y concentración.
- Se olvidan del significado de las palabras que no son utilizadas frecuentemente dentro de su vida cotidiana.
- Los niños con discapacidad intelectual moderada no llegan a los procesos de análisis y síntesis del lenguaje.
- Las *gnosias*¹⁵ táctiles, visuales y auditivas también están alteradas.

¹⁵ GNOSIA: Proceso de conocimiento a partir de las impresiones suministradas por los órganos sensoriales. Implica percepción, reconocimiento y denominación de los estímulos provenientes de

Todos los niños con discapacidad intelectual presentan alteraciones en estas habilidades psicolingüísticas que deterioran su intencionalidad comunicativa.

2.5.- Alteraciones de las Funciones del Lenguaje.

El lenguaje es a la vez una función y un aprendizaje. Función en el sentido de que todo ser humano normal habla y el lenguaje constituye para él un instrumento necesario de comunicación.

El lenguaje es un aprendizaje cultural, está relacionado con el medio de vida del niño: idioma étnico, dialecto, lenguaje cultivado o popular, el lenguaje permite las relaciones con los seres humanos en los diferentes ámbitos sociales de los cuales siempre habrá aprendizajes. Se analiza las alteraciones del lenguaje desde diferentes enfoques.

2.5.1.-Enfoque Pedagógico:

La no aparición del lenguaje en un niño con discapacidad intelectual moderada presenta varios problemas. En primer lugar el de la relación del lenguaje con el nivel de inteligencia. La falta del lenguaje se ha considerado durante mucho tiempo como integrante del diagnóstico de un mayor o menor grado de retraso mental, sin embargo el retraso del lenguaje por sí solo no siempre es un sinónimo de retraso mental, las situaciones emotivas y afectivas también pueden ocasionar desde un mutismo hasta un retraso leve en el desarrollo del lenguaje.

En el caso de los deficientes mentales la educación del habla y del lenguaje tiene un claro objetivo y es el de contribuir eficazmente en la medida de lo posible a formar el pensamiento aunque sea elemental y concreto.

La educación del habla en el discapacitado intelectual no es fundamentalmente diferente de la que se ejerce en niños con capacidades normales, de hecho los padres hablan normalmente con sus hijos y los maestros a sus alumnos; la diferencia marca en la educación en el campo pedagógico con el uso de métodos para su aprendizaje, las metodologías implica que las actividades hay que descomponerlas, aplicarlas en pequeñas partes y des-intelectualizarlas.

El trabajo que puede realizarse con un niño de inteligencia normal en pocas sesiones sucesivas, se extiende para el niño con dificultad intelectual en largos períodos de tiempo. Por lo tanto no se puede adoptar una actitud pedagógica rígida que únicamente provocarían reacciones de oposición y rechazo.

Para la educación del habla y del lenguaje en este grupo de niños es necesario primero crear el interés por el lenguaje, luego suscitar en él, la necesidad de hablar, para luego hacerle adquirir las palabras más usuales a su medio y con significado. Esta no es una tarea fácil, la familia debe prepararse y coordinar con el ambiente escolar y viceversa para la realización de actividades que sean reforzadas en el hogar.

Una mayor y mejor comprensión del lenguaje se obtendrá de las actividades realizadas como vivencias propias, en sus ámbitos naturales, con la ventaja de la repetición de actividad como rutina, la misma que ayuda a interiorizar su aprendizaje, ya que los niños con discapacidad intelectual particularmente de tipo moderado están en desventaja para los aprendizajes de tipo académico.

La articulación de las palabras es un objetivo secundario del logopeda, puesto que lo más importante inicialmente es buscar que de alguna manera se comunique con las personas de su entorno.

Es importante tomar en cuenta la evolución lenta del lenguaje de éstos niños. Primero se observa la disminución de las ecolalias o estereotipias verbales que coincide con un cierto nivel de comprensión, la comunicación con gestos empieza a disminuir reemplazando con palabras monosílabas y con la expresión de

onomatopeyas, para luego formar las palabras frases que ayuden mucho al oyente a comprender la necesidad que está expresando el niño.

El lenguaje está ligado al pensamiento concreto y este evoluciona a medida que se forma la capacidad de análisis perceptual por lo tanto la tarea de los educadores estriba en desarrollar estrategias pedagógicas que consigan modificar tantas veces sea necesario actividades que vayan en pro de sus aprendizajes.

2.5.2.-Enfoque Psicológico:

El lenguaje es una función compleja que permite expresar estados de ánimo, emociones, sentimientos y pensamientos, así como también percibirlos. Un simple retraso en la evolución de lenguaje, posteriormente puede transformarse en un problema de orden psicológico. El lenguaje es un controlador de la conducta.

Las carencias afectivas son determinantes en el desarrollo del lenguaje.

Las alteraciones en el proceso normal del lenguaje son motivos de gran variedad de desajustes de tipo psicológico, estas alteraciones pueden provocar dificultades de relación y de comunicación en el entorno social, mermando su imagen y autoestima personal lo cual repercute considerablemente en su calidad de vida.

2.5.3.-Enfoque Social.

Los niños con diferentes causas de retraso del lenguaje manifiestan de forma frecuente trastornos en la conducta, caracterizados en unos por Irritabilidad, tendencias agresivas, hiperactividad, como respuesta a la incapacidad de establecer una adecuada vía de comunicación, esto a su vez genera en el medio de apego una progresiva ansiedad y mal manejo en general, unas veces a través de sobreprotección y otras muy frecuentes con empleo de represión y poca estimulación, contribuyendo a establecer la conciencia de sus deficiencias.

Si estas alteraciones persisten en la etapa escolar producen mayores Inhibiciones, debido a que el niño se siente limitado y se traducen en timidez, por la baja autoestima.

En otros predomina, el déficit en la atención, se intensifican los Problemas Conductuales, influyendo todo negativamente con trastornos de aprendizaje general y rechazo escolar, agravados en ocasiones por mal manejo pedagógicos que lesionan aún más a estos niños.

Todas estas manifestaciones en muchos casos llamadas reactivas a una patología de base, actúan de manera cíclica reforzando la deficiencia comunicativa y a su vez agravando el componente psíquico, lo cual puede llevar a un importante Cuadro Neurótico Depresivo.

Conclusiones y Recomendaciones:

Se describe de manera general la importancia de un adecuado desarrollo del lenguaje como eje fundamental en el proceso de la Comunicación Verbal. - Se señalan trastornos de índole Psicológico y su repercusión social que frecuentemente se observan en niños con Retraso del lenguaje.

Lograr se cumplan las medidas establecidas para la, identificación, diagnóstico e intervención temprana del retraso del lenguaje . Identificar y conducir tempranamente las posibles alteraciones psicológicas y sociales que repercuten de forma considerable en la calidad de vida del niño y su familia. Insistir sobre la importancia del Lenguaje, como mecanismo integrador de las Funciones Psíquicas Superiores.

2.6. Técnicas de Logopedia:

La utilización de técnicas logopedias depende del tipo de dificultad que presentan los usuarios en cuanto se refiere a la comprensión o expresión del lenguaje. No

es la misma técnica, ni tampoco el mismo material que se utiliza cuando se trata de problemas de tipo orgánico, en relación a los problemas de tipo funcional.

2.6.1. Técnicas de Estimulación en la Habilitación de Lenguaje Verbal - Juegos:

Toda técnica de estimulación tiene el objetivo de desarrollar, potenciar todas sus capacidades, habilidades y destrezas así como proporcionar los medios necesarios para alcanzar los diferentes objetivos propuestos.

El primer período de vida, su primera infancia (0 a 6 años) es de vital importancia no solo por el desarrollo madurativo y plasticidad cerebral, sino también por su desarrollo emocional, el mismo que se manifiesta a través del lenguaje.

Los primeros años de vida constituyen para L. S. Vygotsky. “el período más saturado y rico en contenido, más denso y lleno de valor del desarrollo en general”.

La regla fundamental del desarrollo infantil consiste en que el ritmo de desarrollo es máximo en el mismo inicio y por último la adquisición y desarrollo depende en gran medida del medio social en el que vive el sujeto. Por tanto el hombre al nacer hereda toda la evolución filogenética; pero el resultado final de su desarrollo estará en correspondencia con las características del medio social en el que viva”.

Vygotsky, (1989).

En los niños a partir de los 6 años, el desarrollo lingüístico, ya ha alcanzado niveles de fluidez verbal que hacen posible una comunicación efectiva en su medio familiar.

El desarrollo lingüístico en los niños con discapacidad intelectual moderada no alcanzan estos niveles de fluidez, por el contrario está tan limitado tanto por sus dificultades de estructuración gramatical y articulatoria de fonemas como por su intencionalidad comunicativa.

Despertar en el niño esa necesidad de comunicación requiere de una estimulación adecuada y armoniosa que no altere sus rutinas y hábitos complementos necesarios para su normal desarrollo integral.

Los padres de familia especialmente de los niños con discapacidad intelectual siempre se preguntan cómo y qué hacer para que mi hijo hable y se comunique con las demás personas. Sienten la imperiosa necesidad de prevenir o impedir que se produzcan otras insuficiencias fisiológicas y sociales a más de las que ya están marcadas por su propia discapacidad.

Es el juego por lo tanto una de las herramientas más accesibles, más motivacional y divertida considerada como un estimulador del lenguaje comunicativo.

El juego como estrategia para el desarrollo del lenguaje es importante en la educación del niño de cualquier nivel educativo, además a las actividades lúdicas se le atribuye un papel preponderante en la formación del yo; y, por otra parte, el juego es considerado como un instrumento para medir los procesos de maduración y el desarrollo mental y afectivo.

Con el juego el niño hace trabajar su espíritu y desarrolla sus fuerzas. El juego es una actividad normal en el ejercita su inteligencia, su lenguaje y muestra su temperamento, reflejando la educación que recibe.

El juego y los juguetes son distintos en cada etapa de desarrollo del niño. En los niños mayores de los 6 años los juegos son más sociales y menos imitativos, a partir de los 7-8 años los juegos favoritos son los que implican competencias, estos desde el punto de vista psicológico nos permite instruir al niño en cuanto a la ganancia o la pérdida de una competencia y el manejo de la frustración y tolerancia.

El juego es una actividad que está relacionada de manera innata que lo llena de gozo y satisfacción, logrando simultáneamente con ello un aprendizaje significativo mejor estructurado y del lenguaje también.

2.6.2. Técnicas de Habilitación/Rehabilitación Oro-facial - Mecanismo Oral Periférico (MOP)

Para el desarrollo de la palabra hablada se requiere de una estructura anatómica y fisiológica normal de cada una de los elementos que intervienen en el lenguaje expresivo.

Al referirnos a un mecanismo periférico, se entiende que se trata no de una dificultad central, por lo que, la técnica de habilitación y rehabilitación oro-facial implica su aplicación en los elementos externos, los mismos que tiene que ser estimulados para lograr una mejor articulación en la pronunciación del lenguaje hablado.

Esta explicación es muy importante para hacer una diferencia entre las dificultades motoras que padece un niño con parálisis cerebral (dificultad del sistema nervioso central) a una dificultad motora ligadas a problemas funcionales periféricos como son las alteraciones de la masticación y deglución por una afectación del sistema nerviosos periférico.

El retraso del desarrollo del lenguaje expresivo en la mayoría de las veces es ocasionado por la alteración estructural y funcional de estos elementos buco-articulatorios.

Los elementos buco- articulatorios son:

- La lengua
- Los labios.
- Los músculos faciales
- El paladar
- Los maxilares
- La laringe
- Los músculos de fonación (diafragma, laríngeos e intercostales).

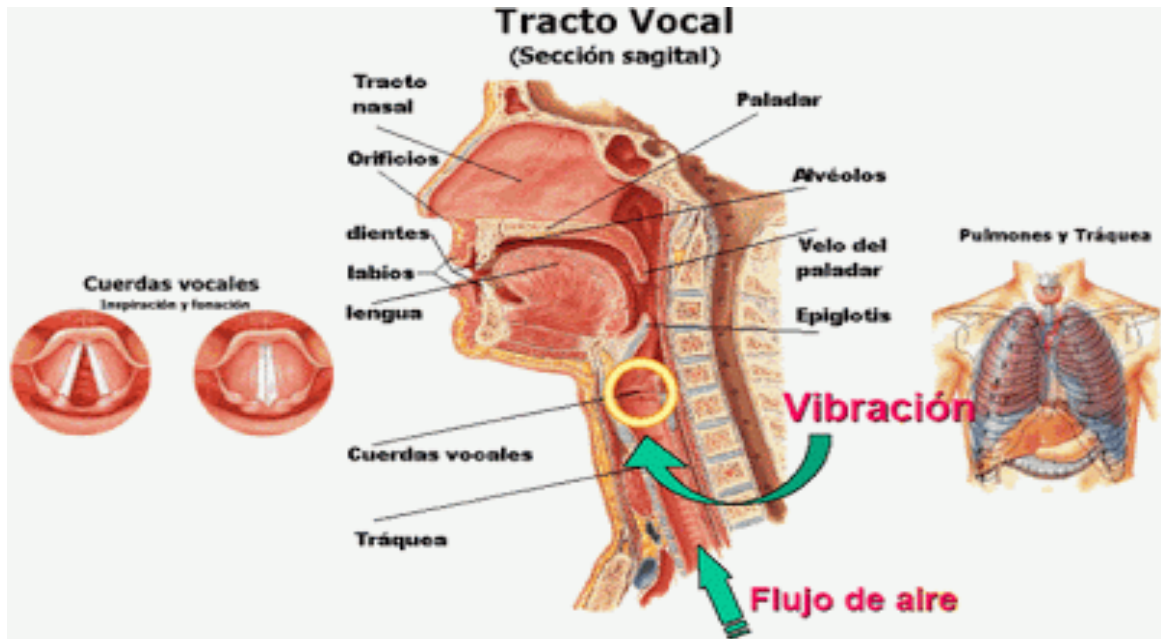


Ilustración 6 Aparato Fono articulatorio

Recuperado en: <http://danyuzumaky.blogspot.com/2013/11/aparato-fonoarticulador.html>

La exploración anatómico funcional consiste en:

- Evaluar la simetría, el tamaño.
- Evaluar el movimiento, el tono y la fuerza
- Evaluar la presencia o ausencia de elementos buco- articulatorios.

En los niños con síndrome de Down, independientemente del tipo de discapacidad intelectual que demuestren, presentan una disfunción en los movimientos, en el tono y en la fuerza, así como en el tamaño de sus estructuras buco-faciales.

Según Quiroz, O. (2007), en el análisis cefalométrico, de los planos y ángulos mandibulares de los niños con síndrome de Down son usualmente más pequeños que los otros niños, esta es una de las razones que dificulta los movimientos linguales intra-orales y anula la teoría de una macroglosia (lengua grande).

El hipo tono lingual y la poca fuerza especialmente en los músculos orbiculares de los labios impide un cierre labial normal para la producción de los sonidos bilabiales y permanezca la lengua fuera de su contexto bucal.

Los movimientos del velo del paladar y su anatomía influyen en la resonancia de los sonidos nasales y orales del lenguaje expresivo. Su alteración produce dificultades en la voz, provocando las llamadas rinolalias abiertas o cerradas.

2.6.3. Técnicas de H/Rehabilitación Neumofónica – Mecanismo Respiratorio/ Fonatorio.

Un mecanismo adecuado de respiración garantiza un estado saludable del niño.

Dentro de los trastornos de la respiración los más comunes son:

1.- La respiración bucal. Pueden originarse por causas orgánicas como:

- Hipertrofias adenoideas.
- Hipertrofia amigdalina
- Pasaje nao- faríngeo angosto
- Inadecuada disposición ósea.

Pueden originarse por causa funcionales como:

- Alergias
- Sinusitis.
- Rinitis.
- Inflamación de las mucosas.

Los niños que hacen una respiración bucal pueden presentar las siguientes alteraciones:

- Alteraciones en la deglución.
- Alteraciones en la implantación dentaria.
- Alteraciones en la articulación.

En forma general las alteraciones de la deglución ocasionadas por un mecanismo respiratorio inadecuado pueden producir dificultades en el momento de tragar el bolo alimenticio, ya que la respiración bucal no permite el cierre labial necesario para el momento de deglución provocando incluso irritación de las mucosas de las vías aéreas cuando el alimento va por falsas rutas.

Una deglución defectuosa utiliza una mayor fuerza muscular de la lengua haciendo que ésta se apoye contra los dientes, ocasionando una implantación dentaria inadecuado y produce lo que se llama las malas oclusiones dentarias, las mismas que van a provocar dificultades en la articulación de los fonemas.

2.- Coordinación Neumofónica:

La pronunciación de las palabras son producidas por un correcto mecanismo entre los movimientos de los músculos intervinientes de la respiración y la fonación. Su alteración provoca desde una evocación arrítmica e incompleta de las palabras hasta una incapacidad para sacar voz.

Las técnicas de h/rehabilitación dedicadas a este tipo de alteraciones van encaminadas a la producción del habla y de la voz.

CAPÍTULO III

FUNCIÓN AUDITIVA

3.1.- Las Funciones Auditivas en Parámetros de Normalidad.

“Hablamos porque oímos y hablamos como oímos, pero no oímos con el oído, sino con el cerebro” (W.G.Hardy).

El oído como órgano de la audición constituye la puerta de entrada y el punto de partida del proceso de comunicación lingüística oral y escrita.

El órgano auditivo cumple con cinco funciones importantes:

- 1.- Función Auditiva.
- 2.- Función de Equilibrio.
- 3.- Función Lingüística
- 4.- Función Social
- 5.- Función Conductual

Para el cumplimiento de cada una de estas funciones es necesario que su anatomía y fisiología estén estructuradas adecuadamente.

3.1.1.- Anatomía y Fisiología de la Audición.

Al oído se lo divide en tres partes para su estudio.

El oído externo, el oído medio y el oído interno.

El oído externo está conformado por el pabellón auricular u oreja, por el conducto auditivo externo, que se extiende desde el pabellón auricular hasta la membrana timpánica.

La función de esta parte del oído es captar los sonidos que vienen desde el exterior los mismos que son receptados y enviados por las vellosidades del conducto auditivo externo hasta llegar a la membrana timpánica que divide el oído medio con el oído externo.

El oído medio o llamada caja del tímpano está formada por la cadena osicular de tres huesecillos: martillo, yunque y estribo cuyo funcionamiento es transformar la energía sonora en energía mecánica e impulsar las ondas sonoras a un medio líquido y un par de músculos: el músculo del martillo y el músculo estapedial encargadas de generar respuestas reflejas ante la presencia de sonidos de alta intensidad, es decir su función es protectora, en otras palabras sus funciones es cumplir con el mecanismo responsable de la conducción de las ondas sonoras hacia el oído interno. La caja timpánica está en comunicación directa con la nariz y garganta a través de la trompa de Eustaquio, que permite la entrada y salida del aire del oído medio para equilibrar las diferencias de presión entre éste y el exterior. La equidad de presión depende de la distensión o complianza de la membrana timpánica que mediante desplazamientos mediales o laterales puede compensar pequeños cambios de presión dentro de la caja timpánica.

El oído interno o laberinto se encuentra en el interior del hueso temporal. El oído medio se comunica con el oído interno a través de las formaciones de las llamadas ventana oval y ventana redonda.

La ventana oval es una membrana que recubre la entrada de la cóclea, esta se encarga de transmitir el sonido desde el oído medio al oído interno. Cuando el tímpano vibra, el estribo vibra y la ventana oval también produciendo cambios de presión en el líquido linfático en el interior del órgano de Corti. Este cambio de presión es unas 30 veces mayor que en la membrana timpánica, este incremento se debe a la relación de superficies entre la membrana timpánica y de la ventana oval, además del ejercicio de palanca que ejerce la cadena de huesecillos.

El contenido líquido de la ventana redonda es casi incompresible, lo cual significa que no puede cambiar su volumen ejerciendo presión sobre ella, y para que las ondas de presión viajen a través del fluido, esta tiene que ser liberada y esto es exactamente la función de la ventana redonda, es decir alivia la presión creada por las ondas generadas por la ventana oval. Es necesario por lo tanto que la actividad de estas estructuras se encuentren armoniosamente en fases opuestas para que la vibración pueda penetrar en medio líquido y transmitir el sonido transformado en energía bio-electrónica a través del nervio auditivo hacia la corteza cerebral.

El oído interno cumple con dos funciones prioritarias como es el equilibrio el mismo que está controlado por los líquidos que contienen los conductos semicirculares y los otolitos.

El equilibrio corporal de una persona se basa en el funcionamiento normal de los canales semicirculares que contienen el líquido endolinfático contenido en el laberinto membranoso y el líquido perilinfático contenido en el laberinto óseo. En los canales semicirculares existen unos cilios sensoriales o pelos similares a los del órgano de Corti que detectan los cambios de posición de la cabeza en los tres planos espaciales: arriba/abajo, adelante/atrás, izquierda/ derecha.

La función auditiva en sí empieza en el oído interno en el órgano de Corti , el mismo que está formado en su interior por una distribución de células ciliares que de acuerdo a su posición son las que detectan los sonidos graves, medios o agudos , los mismos que viajan a través del nervio auditivo a la corteza cerebral específicamente al lóbulo temporal a las zona primaria 41 y 42 del mapa de Brodman, concretamente en las circunvoluciones de Heschl donde se realiza la percepción del sonido , para luego sincrónicamente hacer sinapsis con la zona secundaria que está implicada en el procesamiento de patrones rítmicos, melódicos y armónicos, y por último la corteza auditiva terciaria es la encargada de integrar toda la información donde es posible la decodificación de los sonidos percibidos por el oído humano. Es en esta zona donde se produce la comprensión auditiva del lenguaje, o comprensión auditiva verbal.

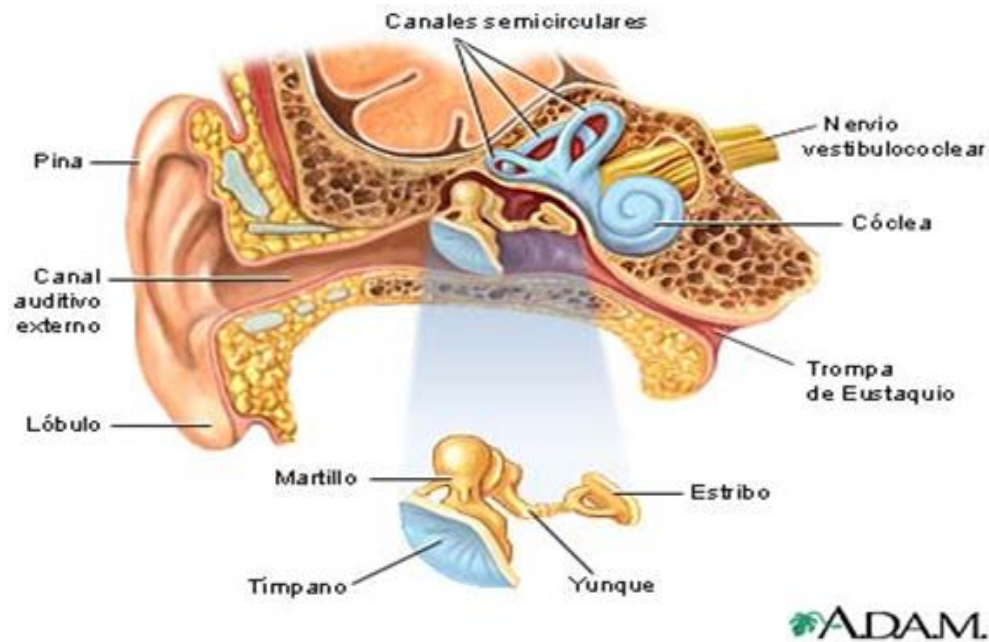


Ilustración 7 Anatomía del Oído

Recuperado en: <https://www.clinicadam.com/imagenes-de-salud/1092.html>

3.2.- Alteraciones de las Deficiencias Auditivas.

Las deficiencias auditivas tratadas desde diferentes puntos de vista, requiere de una clasificación que permita una información más específica que contribuya a la solución del problema sea este médico, terapéutico, protésico y pedagógico.

Las deficiencias auditiva tratadas desde diferentes frentes, requiere de una clasificación que permita una información más específica que contribuya a la solución del problema sea este médico, terapéutico, protésico o pedagógico.

3.2.1.- Clasificación de las Alteraciones de las Deficiencias Auditivas.

A) Clasificación Otológica:

Esta clasificación se realiza en función del lugar de la lesión.

a) Hipoacusia Conductiva o de Transmisión:

En este tipo de hipoacusia existe una deficiencia en la conducción de energía de las ondas sonoras al oído interno por mal formaciones del oído externo y medio como por ejemplo la ausencia del conducto auditivo externo o atresias auriculares, también la presencia de taponamiento del mismo conducto sea por cerumen abundante o presencia de cuerpos extraños. También puede darse por problemas de membrana timpánica perforada o la osificación inadecuada de la cadena osicular del oído medio, provocando una pérdida auditiva de 60 decibeles como máximo, suficientemente grave como para comprometer la adquisición del lenguaje.

En el audiograma se puede observar que la vía ósea está normal y la vía auditiva es la que decae a nivel de los decibeles es decir de la percepción de la intensidad del sonido.

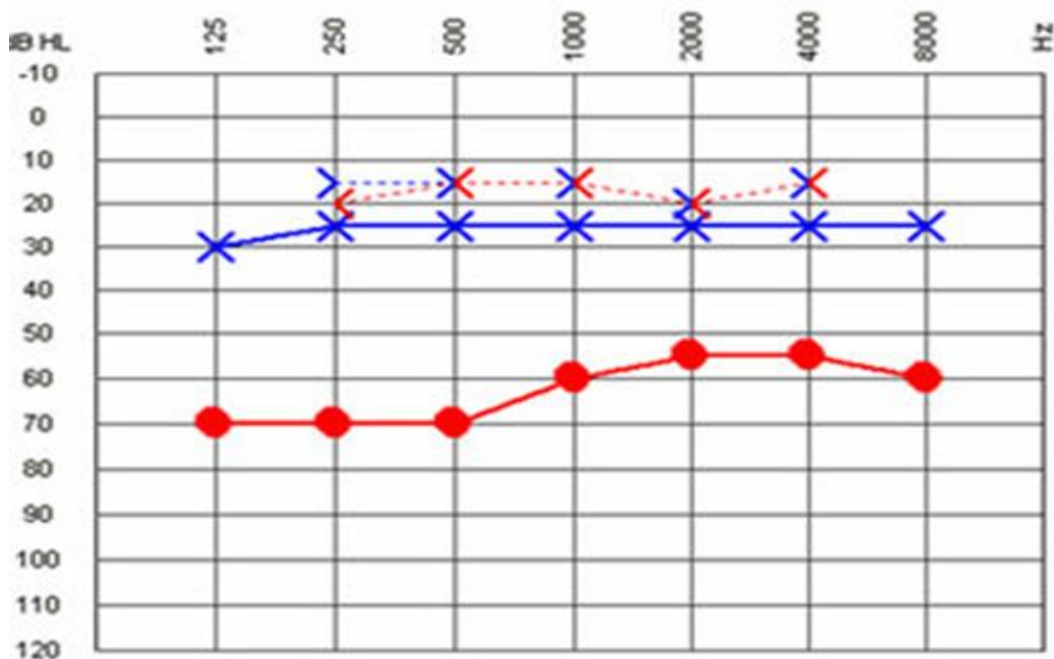


FIGURA 1. Audiograma preoperatorio que refleja hipoacusia conductiva moderada del oído derecho.

Ilustración 8 Hipoacusia Conductiva Moderado de Oído Derecho

Recuperado en: Ruíz,O.EstudioAuxiliares Auditivos<http://slideplayer.es/slide/1872653/>

En las hipoacusias de transmisión, se encuentra afectada la parte mecánica del oído, debido a patologías localizadas en el oído externo y medio, como diferentes formas de otitis medias y sus secuelas, la tímpano esclerosis, la otoesclerosis estapedial, los traumatismos, y las malformaciones congénitas del oído externo y medio.

b) Hipoacusia Neurosensorial o Perceptiva:

La hipoacusia neurosensorial se produce debido a lesiones en las células ciliadas del órgano de Corti o a nivel de la vía del nervio auditivo. En el audiograma se observa que tanto la vía aérea como la vía ósea se encuentran por debajo de los límites de normalidad (0 a 25 dB.) Toda pérdida superior a 60 db. Se considera una hipoacusia neurosensorial pura o mixta.

Esta hipoacusia tiene algunas características que hacen la diferencia con los otros tipos de hipoacusia. Generalmente afecta más a las frecuencias agudas, la vía ósea y la vía aérea van paralelas, la pérdida se percibe en intensidad y calidad del sonido, alteración en la discriminación de la palabra, siempre se debe tratar, aunque sea unilateral.

Los factores genéticos, la sobreexposición a ruido alto, utilización de medicación inapropiada y el proceso normal de envejecimiento son causas de hipoacusia neurosensorial.

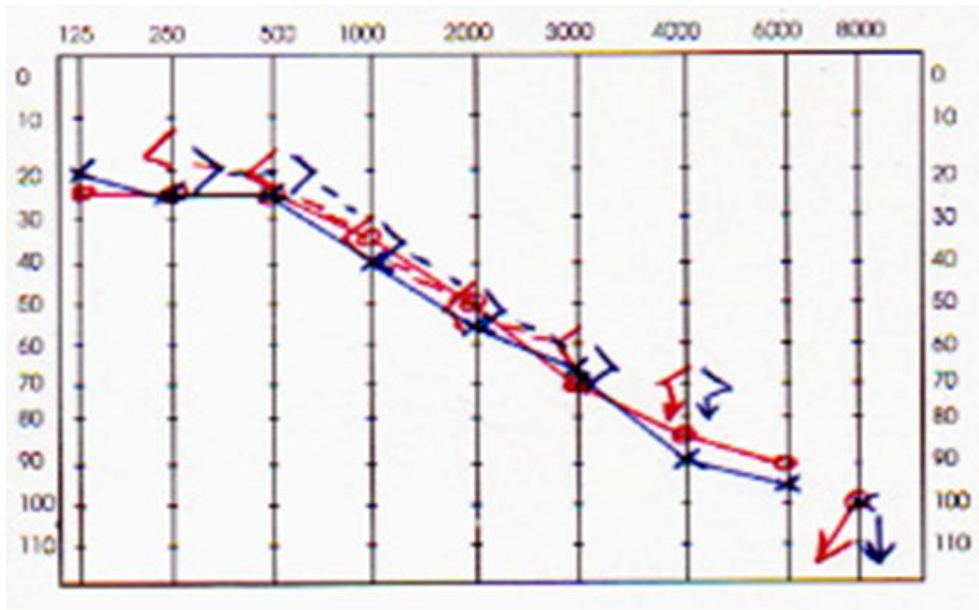


Ilustración 9 Audiograma de Hipoacusia Neurosensorial

Recuperado en: <https://fonoaudiologaalrescate.wordpress.com/2015/01/26/examenes-auditivos-audiometrias/>

c) Hipoacusia Central o Cortical:

Es el defecto de la percepción auditiva resultante de lesión temporal que afecta bilateralmente a las circunvoluciones transversas de Heschl del lóbulo temporal.

El área de Heschl corresponde a las áreas 41 y 42 o área auditiva primaria de la corteza cerebral. La estimulación de esta área produce sensaciones auditivas burdas, como susurros, zumbidos o golpeteo. Las lesiones pueden producir dificultad en la ubicación del sonido en el espacio y pérdida de la audición, o los síndromes descritos como la falta de identificación y reconocimiento específicos de los sonidos del habla, ocasionando una sordera central cortical, agnosias auditivas, sordera verbal o afasia de Wernike. Peña, J, y otros s/f) tomado de www.buenastareas.com › Página principal › Temas Variados.

d) Hipoacusia Mixta:

Es una combinación de hipoacusia conductiva, que indica que hay daño tanto en el oído externo y medio e hipoacusia neurosensorial con daño en el oído interno (cóclea o en el nervio auditivo). Se refiere aquella pérdida auditiva donde la vía aérea y la vía ósea se encuentran por debajo de la normalidad, con una diferencia

entre la una y la otra vía con más de 10 Db. La severidad de este tipo de hipoacusia oscila entre una pérdida leve a profunda.

En este trastorno mixto , si la hipoacusia es mayormente conductiva, el habla suena inteligible, pero sólo si el volumen es alto y ambiente poco ruidoso en cambio sí en la mayor pérdida es a nivel de oído interno es decir neurosensorial, se hace difícil entender el lenguaje, incluso si el volumen es suficientemente alto.

B) Clasificación según el momento de la aparición de la dificultad auditiva.

Hereditarias:

Definida como factor de sordera contenida en algunos de los genes de uno o ambos progenitores.

Adquiridas:

Prenatal antes del nacimiento

Posnatal después del nacimiento: Dentro de la adquirida posnatal existe otra división y es:

a) Hipoacusias Prelocutivas:

Son trastornos adquiridos antes de la adquisición del lenguaje. A través de la audición el niño aprende por imitación el habla y por medio de este desarrolla la comunicación y la adquisición de los conocimientos.

Aunque el órgano auditivo ha madurado antes del nacimiento, las conexiones nerviosas aferentes y la corteza auditiva solo se desarrollan morfológica y estructuralmente bajo la influencia del estímulo sonoro.

La adquisición del lenguaje depende de un período crítico comprendido desde el nacimiento hasta los tres años. Sí durante este período se presenta causantes para un trastorno en el desarrollo auditivo se produce lo que llamamos hipoacusia prelocutiva, se perderá entonces la capacidad de adquirir el lenguaje.

b) Hipoacusias Poslocutivas:

Son trastornos adquiridos después de la adquisición del lenguaje

Se da en personas que han vivido y se han desarrollado como normo-oyente y que por diversas circunstancias Las hipoacusias poslocutivas pueden aparecer de manera paulatina y progresivas, o bien de manera abrupta por un traumatismo acústico, provocando sorderas súbitas. Esta pérdida auditiva tiene consecuencias más de tipo psicológico, emocional y laboral, ya que después de la experiencia de oír los sonidos de la naturaleza y del lenguaje, al pasar de no escuchar, o tener dificultades para entender lo que le hablan genera en las personas estados depresivos que se manifiestan con el aislamiento social e incluso familiar, sino reciben el apoyo de sus seres queridos han perdido la audición.

C) Clasificación Audiológica.

Según la pérdida auditiva medida en decibelios (Db.HTL), a partir del umbral de audición se clasifican en:

a) Audición Normal:

Se encuentra entre los umbrales de 0 a 25 dB a través de todas las frecuencias, mientras que la conversación normal se encuentra entre 20 y 60 Db, o sea, entre 1000 y 6000 Hertz. <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/guia10.pdf>

b) Hipoacusia Leve:

Su umbral auditivo está entre 20-40 decibeles, no todos los sonidos del habla son perceptibles igualmente, la voz débil o lejana no se oye, y los niños en general son considerados como poco atentos, distraídos, juguetones, hiperactivos, en su habla pueden aparecer las llamadas dislalias audiógenas, por esta falta de discriminación auditiva y en su rendimiento pueden darse ciertas dificultades en la lecto-escritura sin embargo la persona que la padece puede mantener una conversación frente a frente o con un grupo pequeño en un ambiente tranquilo y

poco o nada ruidoso. Las vocales se oyen con claridad pero pueden perderse las vocales sordas. Puede ser ocasionada por una otitis serosa.

Pueden presentar dificultades en su interacción con sus compañeros. Aunque muchas veces puede pasar desapercibida, es importante que reciba atención inmediata y concreta como:

- Temprana identificación del problema
- Cuidado del oído y la audición
- Buena ubicación en el aula.
- Control auditivo
- Atentos ante el desarrollo del habla.

c) Hipoacusia Moderada:

Umbrales entre 40- 70 decibles, es más fácil de detectar porque la persona que lo padece manifiesta una clara debilidad auditiva que se manifiesta con dislalias más severas, donde están comprometidas muchos fonemas sonoros y sordos y su habla muchas veces carece de los rasgos supra segmentales, el retraso en el lenguaje y alteraciones de articulación son muy frecuentes. Se presentan dificultades severas para el aprendizaje, acompañados a una falta de atención.

Puede originarse por otitis crónicas, anomalías del oído medio como la otosclerosis¹⁶. No puede llevar una conversación normal. Por lo que se requiere la utilización de audífonos y si es posible el uso de un sistema FM en el interior del aula como apoyo pedagógico. La parte emocional puede sufrir un impacto negativo al sentirse menos valorado por sus compañeros y profesores.

¹⁶Otosclerosis: Es un aumento anormal del tamaño del hueso esponjoso del oído medio que en su crecimiento puede englobar a la platina del estribo fijándola a la ventana oval impidiendo la transmisión vibración de las ondas sonoras y su consecuencia es la pérdida auditiva.(Clínica Carrero. Centro ORL). Tomado de http://www.clinicajuancarrero.net/index.php?option=com_content&task=view&id=19.

d) Hipoacusia Severa:

El umbral auditivo se encuentra entre 70 a 90 dB. Requiere de amplificación con prótesis auditivas que le ayuda a identificar sonidos ambientales y de forma muy limitada sonidos del lenguaje. Si la sordera es prelocutiva, el lenguaje no aparece, solo expresiones de pocas palabras y las más usuales. Este tipo de hipoacusia genera una incomprensión comunicativa y por ende una afectación en su desarrollo integral bio-psico-social. Si se trata de una pérdida poslocutiva, y sin la debida atención correctiva, es posible que el habla se deteriore en sus cualidades prosódicas, fonéticas y morfosintácticas volviéndose incomprensible su lenguaje expresivo.

A más de los apoyos protésicos (audífonos, implantes cocleares) esta personas se ayudan con la lectura labio facial (LLF), convirtiéndose en el mejor acceso y necesario para su comprensión y comunicación, es por ello la importancia del a una ubicación dentro de las aulas escolares.

e) Hipoacusia Profunda:

Una pérdida de este grado alcanza a percibir solamente ruidos. Con frecuencia la sensación no es sonora sino táctil, a través del componente vibratorio de la onda sonora.

El comportamiento "auditivo" de los niños con una pérdida profunda es buscar en el piso, paredes u objetos en general la sensación de vibración.

Los restos auditivos mejor preservados son las frecuencias graves. Carecen de lenguaje y su modo o forma de comunicación es a través de los gestos de apoyo o el uso de una comunicación más estructurada como es el lenguaje de señas. El umbral auditiva está por encima de los 90dB. Si la pérdida es pre-locutiva o pos-locutiva son candidatos al implante coclear. Para su desarrollo educativo es necesario el apoyo de las prótesis y de un programa terapéutico lingüístico intensivo y especial, o de lo contrario seguir la otra corriente que es el aprendizaje

basado en el lenguaje de señas, u otra técnica auditiva. Estas son pérdidas de tipo neurosensorial al igual que las severas.

f) Anacusia o Cofosis:

Es una ausencia total de la audición.

Para sacar el promedio de pérdida auditiva se suma las frecuencias medias del audiograma y se divide para dos.

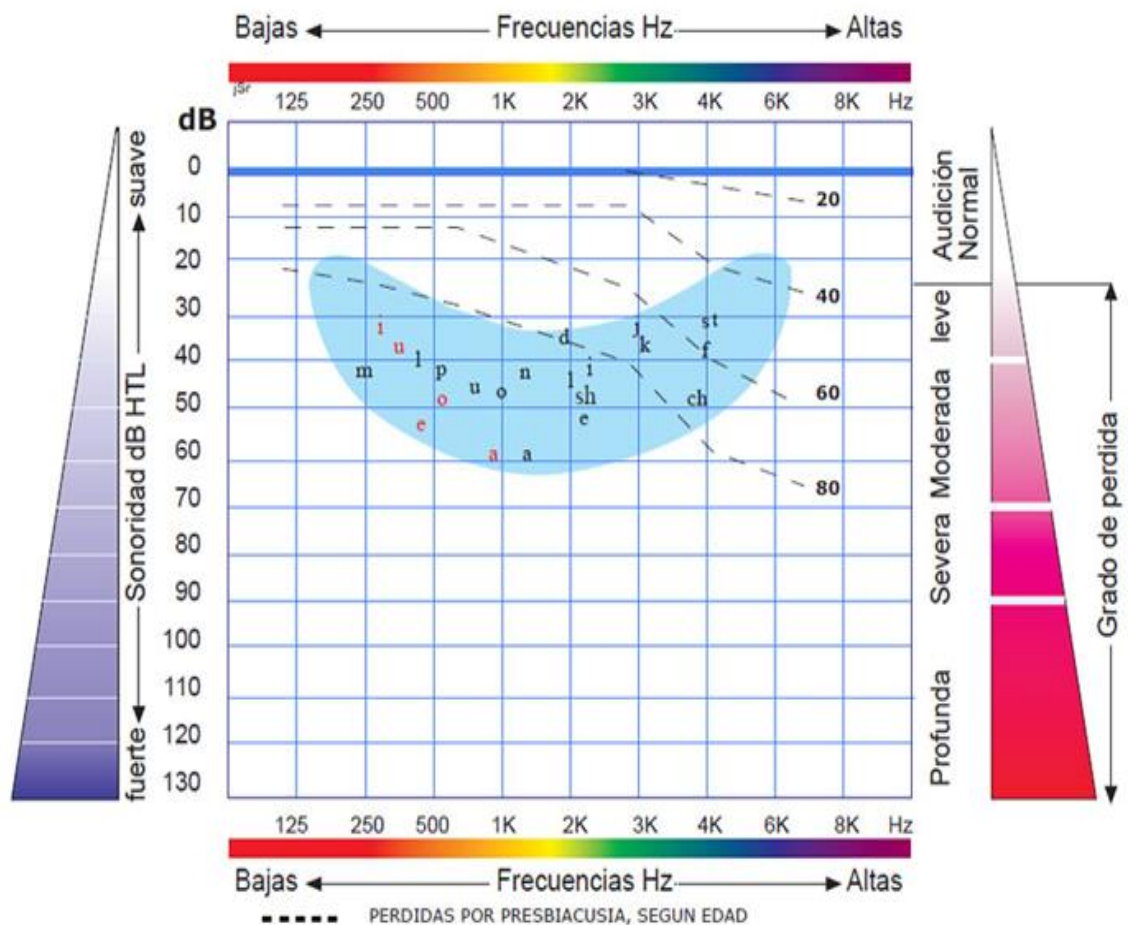


Ilustración 10 Grados de Pérdida Auditiva
 Recuperado en : <http://www.otorrinocontiplanes.com/oido/audiometria/>

3.3.- Características Psicológicas- Conductuales- Pedagógicas y Afectivo social de las Personas con Discapacidad Auditiva:

3.3.1.- Características Psicológicas- Conductuales:

Los trastornos afectivos- conductuales que se generan en las personas con discapacidad auditiva son múltiples que van desde las más simples hasta las más complejas actitudes que se manifiestan con alteraciones de la personalidad que dificultan el desarrollo armónico e integral del individuo.

Estas alteraciones requieren de una atención especializada especialmente como factor de prevención en los niños pequeños en su medio más inmediato que es la familia y en los niños de edad escolar los apoyos necesarios para la adquisición de sus aprendizajes. Recuperado de: (Higle)

Estas implicaciones conductuales van a depender de muchas variables y por lo tanto no se puede generalizar, pero no obstante en las pérdidas tempranas o prelocutivas y su grado de severidad va a tener una influencia importante en el desarrollo afectivo social.

Tradicionalmente se ha considerado que la característica fundamental de la personalidad del deficiente auditivo es su “inmadurez emocional” (Jiménez, M. y otro 2003)

Esta inmadurez se manifiesta especialmente en:

- Falta de autoestima
- Escasa tolerancia ante la frustración
- Bajo autocontrol emocional
- Insuficiente habilidad en la resolución de problemas.

Un individuo con discapacidad auditiva tiene un comportamiento retraído. La falta o pobre autoestima es relativa en las personas con discapacidad auditiva, ya que si su aparición es tempranamente, tienen la oportunidad del desarrollar una comunicación alternativa que le permite socializar dentro de su medio.

La dificultad se presenta cuando éste sale de su confort, es decir de su medio conocido y de aceptación natural. La consecuencia inmediata de esta deficiencia es el “aislamiento”.

La experiencia pre-verbal del niño o niña es la que en un primer momento va a influir de manera decisiva sobre el desarrollo emocional, de forma que el aislamiento es considerado como una respuesta a la falta de estímulos y de interacción social con otras personas que va a generar efectos muy negativos sobre la personalidad del niño sordo. Pero la situación no termina con la aceptación de los padres, el niño va creciendo y se va dando cuenta que es diferente en relación a su familia cuando empieza la necesidad de comunicarse, al sentir que no puede expresar sus sentimientos y necesidades por un lado y por otro lado al ver que no puede percibir lo que las otras personas están hablando y dirigiéndose hacia él tratándose de comunicar, empiezan los estados de frustración provocando comportamientos inadecuados desde las llamadas de atención por parte de ellos hasta un comportamiento indiferente.

El mayor de los errores que cometen los padres de familia es valorar únicamente una adecuada expresión oral que nunca es considerada suficientemente buena, es decir ejerce presión con una continua corrección, sin prestar atención a lo que realmente el niño sordo o con hipoacusia quiere expresar, esto despierta en el niño sentimientos de impotencia, desánimo y desazón al sentirse poco comprendido por sus seres queridos.

La falta de comunicación y la incompetencia con el lenguaje va a impedir que el deficiente auditivo conozca las normas, asuma los límites de sus conductas y desarrolle su autonomía, unas veces por sobreprotección de los padres otras por las dificultades que entraña en sí darle una explicación, adoptan una actitud facilista y permisiva cediendo a sus caprichos y mala conducta y de esta forma obstaculizan la posibilidad de que aprenda a controlar o hacerse responsable de sus actos y por el contrario fomentan una actitud egocéntrica, impulsiva, carente de autocontrol y con baja tolerancia ante la frustración.

3.3.2.- Características Afectivo- Social

En cuanto al desarrollo afectivo- social, este es un proceso madurativo a través del cual alcanza la autonomía, independencia, la condición de adulto socialmente competente.

La sobreprotección que mantiene la familia, las actitudes permisivas y facilistas influyen de manera negativa en este proceso madurativo, debido a la enorme dependencia que crean en los demás.

Son muchas las variables que influyen para que el desarrollo afectivo social sea adecuado en las personas con deficiencia auditiva como las que ya se han mencionado anteriormente, el tipo de pérdida, el momento de su aparición, etc. y a ésta se suma la variable más importante que es el hecho de que el deficiente auditivo sea hijo de padres sordos u oyentes.

“Son numerosos los estudios que ponen de manifiesto que los deficientes auditivos hijos de padres sordos, presentan menos dificultades en su desarrollo afectivo social”.(López, M. 2003). (Bárcena)

Seguramente es porque los padres sordos se sienten mejor preparados con la probabilidad de la venida de un hijo con sus mismas características auditivas y al recibirlo no sería una sorpresa, lo que determina que ellos no sientan angustia, ni desesperación, ni ejerzan presiones inadecuadas en las intenciones de comunicarse, por el contrario desde el primer momento utilizan un sistema de comunicación alternativo, lo que les permite interactuar con sus hijos de manera más natural y por ende evitar el aislamiento que supone la deficiencia auditiva, de esta manera favorecen el proceso de identificación, aportan seguridad y transmiten normas y valores que van a permitir una vida natural .

Los padres oyentes por el contrario no están preparados en recibir un hijo con deficiencia auditiva, les causa sorpresa, temor, tristeza y hasta cierto punto se sienten invadidos por sentimientos de rechazo. La carencia de experiencia en

este sentido produce frustración, expectativas, actitudes inapropiadas e incompetencia ante las demandas del entorno.

A continuación un resumen de las implicaciones y las necesidades que las personas con deficiencia auditiva tienen sobre el desarrollo afectivo- social.

3.3.3.- Características Pedagógicas:

El método de educación elegido para las personas sordas marcan sus propias pautas de trabajo, pero existen ciertas consideraciones generales al momento de enseñar a esta población.

El ambiente: hace referencia a dos aspectos, el físico y el social. Entre los más importantes son:

Las instituciones deben estar alejadas de ruidos ambientales como fábricas, aserraderos, entre otros que producen vibración, porque afectan a los estudiantes que usan audífonos.

Las aulas deben tener buena iluminación para los estudiantes que necesitan apoyos visuales en su comunicación.

Las aulas en las que estudian las personas sordas deben ser diseñadas de tal manera que proporcionen una buena acústica que permitan potenciar los restos auditivos.

Para cambios de horario o en caso de emergencia los estímulos auditivos como los timbres deben ir acompañados de apoyos visuales como pueden ser encendido de luces, etc.

En cuanto al ambiente social se debe brindar un entorno armonioso, comunicacional que le permita tener acceso a toda la información posible, ofrecer

oportunidades para desarrollar habilidades de liderazgo y contribuir a cimentar se seguridad personal. En definitiva crear un ambiente de respeto y solidaridad.

El material o recursos didácticos serán elegidos de acuerdo con las competencias lingüísticas del alumno y el método que oferta la institución.

Es necesario contar con una gran cantidad de material visual, táctil o concreto que faciliten los accesos para consolidar e interiorizar los aprendizajes.

Los recursos tecnológicos como los audífonos, el FM, el implante coclear son primordiales para receptor la información de los contenidos curriculares.

La metodología que se utilice en el interior de las aulas cumplan con el objetivo de facilitar los procesos de enseñanza – aprendizaje de los niños con discapacidad auditiva. Estas estrategias pueden ser mediante la práctica de trabajos grupales o cooperativos, tutorías entre compañeros, uso de técnicas de demostración, lúdicas, de dramatización, etc.

La evaluación de la competencia curricular de los discapacitados auditivos se realiza principalmente persiguiendo los siguientes objetivos:

Realizar la escolarización de un alumno con NEE para determinar el nivel educativo que le corresponde.

Situar al alumno con D.A. dentro de la propuesta curricular del centro, teniendo en cuenta en todo momento su necesidad educativa especial.

Tomar medidas de adaptación curricular, propuestas de ayuda pedagógicas para dar respuestas favorables a la enseñanza de las personas con discapacidad auditiva.

El maestro: El perfil del maestro de los estudiantes sordos debe reunir requisitos humanísticos, debe ser flexible, solidario, responsable, proactivo, creativo y

propositivo. Dentro de sus funciones es sensibilizar a los integrantes de la comunidad educativa de las instituciones especializadas y ordinarias si fuera el caso donde se vaya a incluir al estudiante con discapacidad auditiva.

Asesorar y guiar la realización de las adaptaciones curriculares según las necesidades particulares del alumno, así como ofrecer el refuerzo pedagógico que lo requiera. El trabajo del maestro debe siempre ir de la mano de la coordinación de un equipo multidisciplinario que le proporcione la información y los apoyos necesarios para la efectividad del proceso educativo. A continuación un cuadro resumen de las implicaciones y necesidades de los niños con discapacidad auditiva.

Tabla N° 3 Apoyos a las necesidades de niños con discapacidad auditiva

| IMPLICACIONES | NECESIDADES |
|--|--|
| Dificultad para desarrollar la identidad personal y social | Proporcionar seguridad durante el desarrollo de su identidad y de su autoestima. |
| Dificultad para incorporar normas conductuales. | Asumir actitudes firmes con amor |
| Dificultad para incorporar normas sociales | Aportar con mayor información sobre normas y valores. |
| Dificultad para comunicarse | Necesidad de apropiarse de un código de comunicación alternativa. |
| Dificultad para la adquisición de aprendizajes | Proporcionar los apoyos pedagógicos necesarios, técnicos, tecnológicos, curriculares, etc. |

3.4.- Rehabilitación Auditiva.

3.4.1. Generalidades:

El avance científico y tecnológico de los últimos años ha hecho posible identificar e intervenir en la deficiencia auditiva en niños incluso muy pequeños bebés, esto ha motivado a que en muchos países establezcan políticas nacionales de salud auditiva, cuyo objetivo es el diagnóstico, selección de audífonos, e incluso selección del tipo de comunicación alternativa si fuera el caso, pero todo esto seguido de un programa de habilitación y rehabilitación auditiva.

Es necesario indicar la diferencia entre lo que es la habilitación y rehabilitación auditiva. Se denomina habilitación auditiva cuando la práctica terapéutica se da lugar en niños que todavía no han adquirido el lenguaje.

La habilitación en estos niños se empieza por una estimulación sensorial tanto auditiva como visual y táctil, y cada una de estas prácticas van acompañadas de actividades simbólicas, desarrolladas a través del juego. Es por ello que el juego es considerado como uno de los estimuladores más efectivos en la habilitación de la audición y del lenguaje.

En esta etapa la familia cumple un papel primordial en la habilitación del lenguaje, porque es el medio más cercano al niño y es el que va a proporcionar seguridad, amor y comprensión a las necesidades de los niños.

En la habilitación auditiva se intenta potenciar al máximo la función auditiva del niño mediante el uso de aparatos auditivos de última generación, sistema de frecuencia modulada, implantes cocleares, etc., que acompañados del proceso terapéutico permitirán al niño utilizar su canal auditivo de forma natural.

El término de rehabilitación auditiva es la práctica terapéutica realizada en aquellas personas que una vez que adquirieron su capacidad para comunicarse a través del lenguaje, éste se va deteriorando por diversas causas.

Esta rehabilitación auditiva implica esquemas más estructurados o más formales si cabe el término, en donde la familia, y un equipo multidisciplinario interviene en pro de una mejoría en el aspecto personal y socio afectivo de la persona con discapacidad auditiva.

De manera general no se suele hacer una diferencia entre estos términos, y a todo trabajo terapéutico denominan rehabilitación. Por lo tanto esta discriminación terminológica se dejará en el vocabulario de los especialistas.

En el proceso de rehabilitación auditiva es muy importante y necesario involucrar a los padres, de tal manera que ellos deben ser entrenados en el programa terapéutico.

Este entrenamiento consta de varias etapas que puede variar en función de las características de los padres (nivel de información o de participación etc.)

La necesidad de precisar antes del entrenamiento las actitudes de los padres es uno de los factores que van a influir en el tratamiento, y es el determinante para el fracaso o el éxito del trabajo terapéutico. Este entrenamiento consta de las siguientes etapas:

3.4.2. Información:

En las primeras sesiones se proporciona toda la información posible en cuanto al manejo conductual del niño, las observaciones en lo que se refiere a reacciones en cuanto a los estímulos sonoros presentados de manera natural, la importancia de registrar todos los aspectos concernientes a sus hijos.

3.4.3. Actividad práctica:

Una vez informado y teniendo conocimientos básicos del manejo conductual del niño, e incluso el manejo de las prótesis sobre la situación de su hijo con deficiencia auditiva, el padre de familia puede empezar con su actividad práctica

la misma que siempre tiene que ser asesorada por el terapeuta ya que éste será el moderador y de alguna manera asegurar el éxito del tratamiento.

3.4.4. Aspectos específicos del lenguaje:

Como última etapa se centra la actividad en el problema del lenguaje, dejando a los padres la responsabilidad en todas las etapas, el terapeuta dará constante orientación y tareas concretas que deben realizar en casa, y estas serán evaluadas en cada una de las sesiones terapéuticas.

Es importante recalcar que los niños hipoacúsicos no son un grupo homogéneo es por eso que a la hora de elegir una metodología a aplicarse, diversos factores pueden intervenir en la decisión. Los profesionales del área audiológica y terapéutica han de brindar a los padres toda la información necesaria acerca de las ventajas y desventajas, de los alcances y limitaciones que presentan cada una de los métodos o técnicas de intervención. Los padres por su parte tienen el derecho a elegir el camino que crean que es más conveniente para sus hijos.

CAPÍTULO IV

TÉCNICAS DE REHABILITACIÓN AUDITIVA

4.1.-Desarrollo y Mejoramiento de las Técnicas de Rehabilitación Auditiva

Los instrumentos acústicos desde la antigüedad, ya en la época de Alejandro Magnum , en la biblioteca del Vaticano se describe un cuerno circular de dos codos de diámetro, mediante el cual el rey podía hacerse oír por sus tropas a la distancia de cien estadios. Posteriormente en todas las culturas empezaron a utilizar empíricamente instrumentos de amplificación simulando este tipo de cuernos, elaborados con diversidad de materiales como madera, metal, conchas, cachos, etc.

El nombre de “prótesis” empieza a divulgarse con la aparición de los tubos acústicos que consistían en largas y delgadas estructuras cilíndricas que transmitían el sonido directamente de la fuente sonora (boca) al órgano receptor (oído). El primer estudioso sobre esta transmisión fue el Jesuita Athanasius Kircher en el siglo XVII saliendo a la luz con sus obras donde ya describe las funciones del oído y las posibilidades de prótesis específicamente en aquel tiempo con los “*tubus oticus cocleatus*”.

Las trompetillas en cambio eran instrumentos en forma de embudo, cuyo extremo ancho estaba dirigido hacia la fuente sonora es decir hacia el exterior, en cambio su extremo estrecho se lo introducía en el conducto auditivo externo (cae), donde la onda sonora se concentra y produce amplificación del sonido, esto se relaciona con el gesto natural de colocarse la mano por detrás del pabellón con la intención de escuchar mejor.

A finales del siglo XVIII existían trompas acústicas diseñadas científicamente y el uso por parte de personajes como Beethoven le dio cierta popularidad.

El auge de este tipo de prótesis continua en el siglo XIX, la manufactura de éstas se distingue por embellecer su presencia, diseñándolos en varias formas, abanicos, tipo bastones.

Aparato auditivo en forma de bastón



Aparato en forma de corneta



Ilustración 11 Tipo de Audífonos

Recuperado en: <https://aparatoauditivo.com.mx/>

El audífono de Richard Rhodes en 1879 consistía en una lámina de goma dura en forma de abanico que se podía colocar disimuladamente en los dientes para desde allí transmitir la vibración sonora vía ósea al oído interno.

4.1.1. La Era Electroacústica.

Se inicia en el momento en que dos energías se conectan la eléctrica y la acústica y se hace posible la transferencia de señales entre una y otra.

Entre los pioneros que se destacan son el norteamericano Page, C. y el francés Bourseul en 1854 fueron quienes utilizaron el principio telegráfico de interrumpir una corriente para transmitir sonidos y el alemán Johann Philip Reis en 1862 construyó el transmisor o micrófono que también lograba variar una corriente eléctrica que se derivaba de una pila.

El 1874 el concepto que llegó a ser la transducción electroacústica fue claramente publicada por Alexander Graham Bell con una anotación que decía “Si yo pudiera

lograr que una corriente eléctrica varíe de intensidad precisamente como el aire varía de densidad durante la producción de un sonido, podría transmitir el habla telegráfica” (Yankel, P.2004). Aunque esta idea no fue originaria de Bell fue el primero en ponerlo en práctica.

Al principio del siglo XX en 1901 Millar Reese Hutchinson construye los primeros aparatos electrónicos era una especie de teléfono portátil voluminoso con un micrófono que contenía gránulos de carbón cuya función era convertir la onda sonora en onda eléctrica.

Con el advenimiento de la creación del transistor en los años 50 se da el paso al diseño de miniaturización de todos los componentes de amplificación protésica tanto por vía aérea como por vía ósea. Finalmente la introducción del circuito integrado lleva a la elaboración de mini-prótesis retro e intraauricular y los intracanales o audífonos digitales actuales e implantes cocleares.



Ilustración 12 Audífonos retroauricular- intraauricular e intracanal

Recuperado en : <http://articulos.sld.cu/otorrino/?tag=protesis-auditiva#2>

4.2.-Tipos de técnicas de habilitación-rehabilitación auditiva utilizadas en las personas con discapacidad auditiva.

Oír es esencial para hablar.

No todos los niños con dificultad del lenguaje tiene problemas de audición; pero, todos los niños con problemas auditivos tienen dificultades del lenguaje.

La detección temprana de problemas de salud auditiva lleva a una intervención adecuada y oportuna. En la niñez la audición juega un papel crucial en el

desarrollo del lenguaje oral de los niños, por lo que confirmar audición normal o detectar un posible problema auditivo es muy importante para asegurar la posibilidad de hablar en el futuro.

Los exámenes de detección auditiva se deben realizar en los niños desde los primeros meses de vida o aún mejor desde el nacimiento. En muchos países desarrollados es obligatorio hacer exámenes auditivos después del nacimiento o al salir de la atención hospitalaria.

En nuestro país esta es una práctica que no se la realiza a los bebés recién nacidos, sino únicamente en caso de bebés considerados de alto riesgo neurológico. Sin embargo a nivel escolar en niños de 4 o 5 años quizá por iniciativa particular o por algún conocimiento de lo que significa una pérdida auditiva y su influencia en la adquisición de aprendizajes y situación de comportamiento, algunas instituciones escolares han adoptado como requisito una valoración audiológica.

La razón más importante es que el pronóstico del desarrollo del lenguaje en el caso de tener una pérdida auditiva va a depender en su mayoría de la edad del diagnóstico e intervención.

Varios estudios han mostrado que:

- 1 a 4 de 1000 nacidos nacen con hipoacusia neurosensorial bilateral
- 2 de cada 1000 nacidos vivos adquieren una hipoacusia neurosensorial antes de los dos años.
- El 90% de niños hipoacúsicos tienen padres normo-oyentes.
- El 50% han sido diagnosticados por un factor genético.
- Del 20 a 30 % no se conocen sus causas.
- Del 5 al 15 % se deben a problemas prenatales: infecciones intrauterinas, prematuros, etc.

Y en relación al desempeño escolar se puede observar:

Los niños con hipoacusias leves tienen 10 veces más probabilidad de fracasos escolares.

El 40% de niños hipoacúsicos no terminan la educación secundaria.

Solo el 6% tendrá acceso a la educación universitaria.

Según estudios realizados por el Centro de Audiología "Audiovital" en el año 2010 en algunas provincias de nuestro país se llegó a determinar a nivel nacional la Prevalencia de Hipoacusia y Patología del oído, cuyos resultados señalan:

- El 5% de la población ecuatoriana tiene un problema de audición que le produce una discapacidad auditiva.
- Aproximadamente 1 de cada dos personas sobre los 54 años de edad tienen una discapacidad auditiva y esto es más frecuente en hombres que en mujeres.
- El 2.6 % de la población en edad laboral tienen problema auditivo.
- El 4.3% de los niños menores de 4 años tienen discapacidad auditiva, el mismo que tendrá un impacto negativo en el desarrollo del lenguaje y su escolaridad.(Datos obtenidos del Periódico Bimensual editado por Audiovital – Ecuador 2010)

Esta investigación se la realizó con el Ministerio de Salud del Ecuador, y avalado por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Existen técnicas universales consideradas como códigos de comunicación aplicadas en la comunidad de personas sordas. Ejemplo el código del lenguaje de señas.

Dentro de la diversidad de técnicas de habilitación y rehabilitación auditiva, las consideradas de proporcionar mayor facilidad para la comunicación natural son:

la técnica de la terapia auditivo verbal, la lectura labio facial y el método del verbo tonal.

4.2.1.- Técnica: Terapia Auditiva Verbal:

“Es un enfoque terapéutico para la educación de los niños sordos donde se enfatiza el desarrollo de las habilidades auditivas para la adquisición del lenguaje a través de la audición. Para ello los niños deben ser identificados, diagnosticado y equipados con la amplificación más adecuada lo más tempranamente posible” (Maggio, M. s/f).

Este enfoque terapéutico tiene sus orígenes en Europa en Viena en el siglo XX. En la década de los 30 es llevado a los EEUU por el Dr, Goldstein (1939) quién define a este método acústico como “la estimulación del mecanismo de la audición y los sentidos asociados mediante la educación a través del sonido”.

Este método va tomando diferentes nombres de acuerdo al grupo de personas que lo utilizan así por ejemplo Enfoque Acupédico, Enfoque Auditivo, Enfoque unisensorial.

El desarrollo de la tecnología médica con relación a las prótesis auditivas ya habían comenzado a considerar que en realidad sólo una pequeña cantidad (4%) de niños sordos no poseían restos auditivos re-educables y que el 96% de los niños si poseían restos auditivos que podían ser aprovechados a través de las prótesis.

En la actualidad la organización Auditory Verbal International, Inc. Con sede en los Estados Unidos y miembros en todo el mundo agrupa a los profesionales y familias comprometidas con la difusión de la (TAV).

Según algunos autores definen y enuncias las características del procedimiento de la técnica.

Según Ling en 1993 y Warren Estabrooks 1994 La práctica auditivo verbal es la aplicación de una serie de técnicas, estrategias, condiciones y procedimientos que promueven la adquisición óptima del lenguaje hablado a través de la audición y convertirlo en beneficio del desarrollo personal, social y académico del niño.

Ling desarrolló un método de evaluación auditiva informal el denominado "Test de Ling" que consiste en la evaluación de seis sonidos (a / u / i / m / s / ch/) del habla que representan el rango de sonidos que se encuentran en el espectro acústico del habla desde 250 a 8000 Hz.

Según Nevins y Chute 1996 el objetivo principal de esta técnica durante su tratamiento es conseguir el mayor desarrollo de la percepción del habla con el fin de incrementar las posibilidades de decodificación del lenguaje y su aplicación a la producción del habla (Furmanski, H. 2006.)

La terapia auditivo Verbal está basada en los modelos de desarrollo natural de la audición, el habla, el lenguaje, la cognición y la comunicación. Se parte de las habilidades auditivas la detección, discriminación, identificación, reconocimiento y comprensión de conversaciones hasta llegar a un nivel de rendimiento académico adecuado.

Es importante indicar que la (TAV) Técnica Auditivo Verbal ha sido y es utilizada en personas usuarias de prótesis auditivas análogas, digitales y actualmente en las personas con implantes cocleares, donde el énfasis es el uso de los restos auditivos, por esta razón se denomina método unisensorial.

Esta técnica auditiva que se la aplica en las personas usuarias del implante coclear va de la mano de un equipo médico profesional que intervienen antes y después de la cirugía y un equipamiento protésico.

Es importante entonces definir qué es un implante coclear y cuál es el equipo profesional que interviene en este procedimiento.

Qué es un Implante Coclear.

De manera general es una opción para aquellas personas que tienen una pérdida neurosensorial bilateral de severa a profunda. Estas personas tienen poco o ningún beneficio con el uso de audífonos convencionales de máxima potencia.

El implante coclear consiste en un sistema auditivo compuesto por elementos internos(implante y electrodos) que necesitan de cirugía para ser colocados y los elementos externos (procesador del lenguaje y el headpiece) necesitan ser adaptados y programados exteriormente.

El procesador del lenguaje externo recibe el sonido a través de un micrófono y lo transforma en electricidad, los transmite a los componentes internos, los mismos que se encargan de estimular el nervio auditivo y a través de la vía eletrofisiológica del mismo, enviar el mensaje al cerebro que con rehabilitación es percibido como sonido.

Equipo Multiprofesional:

El equipo profesional es multidisciplinario e interdisciplinario cada uno de los cuales intervienen en la evaluación, diagnóstico, y procedimientos pre-quirúrgicos, así como en la programación, tratamiento, habilitación y rehabilitación de la audición y lenguaje de la etapa pos- quirúrgica, todo esto específicamente hablando de los implantes cocleares. Los médicos que intervienen son:

Tabla N° 4 Equipo Profesional en la atención de la discapacidad auditiva

| EQUIPO MULTIPROFESIONAL | | |
|--------------------------------|---|--|
| PROFESIONALES | PRE-QUIRÚRGICO | POS-QUIRÚRGICO |
| Médico Otorrinolaringólogo | Participa en la investigación etiológica. Evaluación de la estructura y función del oído, a través de resonancia magnética. | Revisión y seguimiento pos- quirúrgico |
| Médico Neurólogo | Evaluación electrofisiológica del nervio auditivo y corteza cerebral. | Revisión y seguimiento pos- quirúrgico. |
| Médico Cirujano | Intervención directa en la implantación de los electrodos en el órgano de Corti. | Revisión y seguimiento pos- quirúrgico. |
| Fonoaudiólogo | Evaluación de los niveles de audición para confirmar pérdida bilateral neurosensorial severa o profunda.. | Programación del implante Coclear |
| Psicólogo | Intervención con los padres para la toma de decisión de la cirugía y el compromiso que deben asumir durante el proceso. | Apoyo psicológico familiar |
| Terapista del lenguaje | Evaluación de las funciones del lenguaje | Habilitación – rehabilitación de la audición y lenguaje. |

Autora: Lcda. Myriam Revelo 2015

El equipamiento de prótesis es muy variado, el mismo que es empleado de acuerdo a los requerimientos de cada uno de los pacientes sea este por el tipo de pérdida, por las condiciones anatómica funcional o por el grado y aparición de la pérdida auditiva.

Anteriormente las prótesis auditivas eran de tipo análogas es decir la persona podía calibrar (subir o bajar el volumen de amplificación sonora), actualmente las prótesis auditivas son digitales que necesitan de calibración a través de un software para la regulación de las características acústicas o audibles de estos instrumentos.

EL IMPLANTE COCLEAR

Parte interna y sus electrodos



Parte externa y su procesador



Ilustración 13 El Implante Coclear

Recuperado en: <http://la.cochlearamericas.com/nuestros-productos/conoce-el-cochlear%E2%84%A2-nucleus%C2%AE-freedom%E2%84%A2>

4.2.1.1. Principios de la Práctica Auditivo Verbal:

- 1.- Detectar la hipoacusia tan pronto como sea posible mediante programas “screening”, inmediatamente después del nacimiento y a lo largo de la infancia.
- 2.- Lograr un tratamiento médico y audiológico rápido y eficaz que incluya la elección, adaptación y mantenimiento de prótesis adecuada ya sean audífonos, implantes cocleares u otro dispositivo sensorial.
- 3.- Empleo de la audición como primer canal en la decodificación del lenguaje.
- 4.-Desarrollo natural de la comunicación en su ambiente cotidiano.
- 5.- Programas individuales de trabajo terapéutico (no recetas únicas)

6.- Participación activa de los padres. Este enfoque auditivo verbal requiere la participación de una triada de personas comprometidas en el trabajo de rehabilitación auditiva: el audiólogo, el terapeuta del lenguaje y la familia, la familia juega un papel preponderante en el avance terapéutico por varias

razones entre ellas , el tiempo de permanencia y de interacción familiar , las actividades de la vida cotidiana, la confianza para dirigirse, no existe formalidades entre los miembros de la familia a diferencia de una sala de terapia o de audiología o médico, o sala de clase, etc., la inmensidad de fuentes sonoras que pueden ser aprovechables por el deficiente auditivo.

7.- Asesorar y apoyar a los padres, cuidadores o a la persona que está más directamente en contacto con el niño, ya que se constituirá en el principal modelo de un niño hipoacúsico para el desarrollo del lenguaje hablado y ayudarlos a comprender el impacto de la hipoacusia en el entorno familiar.

Los trastornos auditivos no es una cuestión individual , sino familiar, la dinámica de la familia se ve comprometida en virtud del apoyo que debe y tiene que proporcionar orientado al lograr una comunicación satisfactorio en el núcleo familiar.

8.- Ayudar al niño a integrar la audición en el desarrollo de sus facultades comunicativas y sociales, ya que por lo general un niño que no ha recibido un buen entrenamiento auditivo no suele utilizar la audición para estos menesteres y se limita a una percepción visual o a tomar un comportamiento de aislamiento, es necesario que alcance un equilibrio entre el desarrollo comunicativo, social, cognitivo y pragmático para lograr un desarrollo normal de su personalidad.

9.- Ayudar al niño a controlar su propia voz y la voz de quienes le rodean para fomentar la inteligibilidad del lenguaje hablado. El trabajo de retroalimentación auditiva es muy importante, la producción de su lenguaje hablado tiene que ser natural empleando modulaciones e intensidades normales de voz.

Los niños hipoacúsicos o utilizan una voz demasiado baja o demasiado alta, necesitan que se les ayude indicando cómo ellos están hablando para que puedan controlar su voz, en cambio las personas que les rodean tienden a dirigirse a éstas personas alzando la voz y esto es un error ya que el sonido alto llega de una manera distorsionada a cualquiera de las prótesis que esté utilizando el niño, provocando que la persona con esta deficiencia auditiva no entienda o no comprenda lo que le hablan así sea que esté con el auxiliar auditivo.

10.-Evaluar de forma continua el desarrollo del niño. La evaluación continua nos permite verificar el avance tanto auditivo como del lenguaje, para ratificar o rectificar la eficacia del programa digitalizado en el dispositivo del implante coclear o en la aplicación de otra prótesis auditiva.

11.-Proporcionar servicios de apoyo para facilitar la integración y la inclusión educativa y social del niño en las escuelas ordinarias. Los profesionales maestros de las escuelas no se encuentran preparados para el manejo de los niños que presentan ciertas discapacidades, tampoco están familiarizados con el manejo de los equipos de amplificación que ocupan los niños. Por lo tanto es necesario que los profesionales especialistas terapeutas del lenguaje encargados del programa de rehabilitación proporcionen las explicaciones o asesorías necesarias uno para el cuidado del equipo y otro para el funcionamiento y utilidad dentro del ámbito educativo.

4.2.2. Técnica del Verbo tonal:

El Método verbo tonal es una creación del profesor Peter Guberina, como lingüista y fonetista se dedicó a la investigación de la fonética aplicada, dedicó muchos años a la investigación de las dificultades del lenguaje como medio de la expresión humana y la importancia que tiene el uso de la palabra.

Su creación dio a conocer por primera vez en el año de 1954 en el Congreso Mundial de sordos en la ciudad de París

“En su sistema del verbo tonal destaca la importancia de los ritmos fonético, corporales y musicales para la comunicación oral.

Según su teoría, el ritmo, la entonación, el tiempo, la pausa, la intensidad y la tensión son la base de la captación del lenguaje” (Dominguez, P. 2006).

Este sistema se lo puede utilizar en las siguientes áreas:

- Rehabilitación del habla y la audición en sujetos con deficiencia auditiva.
- Rehabilitación de los trastornos del habla.
- Tratamiento en niños que presentan problemas pedagógicos secundarios a dificultades del lenguaje.

4.2.2.1. Fundamentos del Método Verbo tonal

Todos los actos del lenguaje son actos comunicativos, y el lenguaje no tiene sentido sino tiene algo que comunicar, por lo tanto este método considera que es un conjunto de estructuras globales (auditiva y visual) en los que intervienen los elementos de la cadena de comunicación el emisor, la transmisión, la percepción y la reproducción y los relaciona de la siguiente manera:

- El cuerpo como emisor y receptor del lenguaje
- El ritmo y la entonación como estructuradores del significado
- La expresividad y afectividad inherentes al lenguaje
- El tiempo y la pausa como elementos activos de la cadena fónica.

En esta estructura acústica – visual es importante considerar no sólo los elementos léxicos, fonológicos, morfológicos, semánticos y de sintaxis, sino también los elementos no léxicos tanto auditivos como visuales y estos son.

Elementos no léxicos acústicos:

- El ritmo: Organiza el habla sobre secuencias temporales acentuadas y no acentuadas.

- Entonación: Representa la melodía del habla y puede cambiar el sentido del mensaje según sea exclamación, pregunta, respuesta o mandato.
- Tensión: Es un fenómeno psicofísico, es un juego entre los músculos agonistas y los antagonistas. Cuando se aumenta la tensión aumenta la intensidad, esto es importante considerar en la corrección fonética.
- Pausa: Puede definirse como un tiempo de relajamiento o una pausa activa que determina el sentido de aquellos que se emite.
- Intensidad: Sí se pasa el sonido a través de distintas zonas de frecuencia pueden percibir no sólo sonidos diferentes sino intensidades distintas.

Elementos no léxicos visuales:

- Mímica: Expresiones corporales que indican estados de ánimo o sentimientos.
- Gestos naturales: Son gestos de apoyo corporales para la comunicación
- Contextos: Facilita el significado de lo que se quiere transmitir en la comunicación.

Todos estos elementos no léxicos son el complemento de una rehabilitación del lenguaje afectivo y comprensivo.

4.2.2.2. Principios del Método Verbo tonal:

1. Este método parte de cuatro principios básicos.
2. El campo auditivo óptimo: Un sonido puede ser percibido sin deformaciones a través de una banda de frecuencias óptimas para la comprensión dl lenguaje.
3. La transferencia: Es posible crear nuevas estructuras para un sonido en otras bandas de frecuencia que una persona normo-oyente no entendería pero que sí lo hacen los deficientes auditivos.

4. En la rehabilitación se emplea la entonación, el ritmo, la intensidad, y el tiempo.
5. La audición es multisensorial y por ello en la reeducación se emplean todos los canales de transmisión del sonido. El cuerpo es un excelente receptor y transmisor del sonido, y las personas sordas tienen mejor desarrollado esta sensibilidad corporal (Amaya,M.2009) Disponible en http://www.csi-csif.es/andalucia/modules/mod_ense/revista/pdf/Numero_14/ANAM_AMAYA_2.pdf

Los pacientes deficientes auditivos tienen dificultad de reconocer la gama de frecuencias exacta de los fonemas, sin embargo puede hacerlo desplazando las frecuencias óptimas de dicho fonema al campo de frecuencias conservadas en el sujeto.

El método verbo tonal hace mejor uso de las frecuencias bajas ya que son las mejores conservadas en el deficiente auditivo y las utiliza en el aprendizaje y la percepción del lenguaje.

Diagnóstico Verbo tonal:

Para obtener un diagnóstico es necesario aplicar la audiometría verbo tonal que consiste en descubrir las zonas frecuencia y las intensidades donde mejor respuesta se obtiene de comprensión con el objetivo de determinar los procedimientos de rehabilitación.

En un primer momento se realiza el diagnóstico del estado fonético, lingüístico y auditivo del individuo.

Esta primera evaluación debe abarcar además de los datos personales los siguientes aspectos:

Elementos prosódicos: ritmo, tensión, tiempo, pausa entonación y también la exploración del registro y la voz.

Articulación de los fonemas.

Lenguaje: Vocabulario conocido y su expresión.

Comprensión del lenguaje en diferentes contextos.

Escucha a través del aparato Suvag¹⁷

Escucha con y sin audífonos.

4.2.3. Técnica auditiva Lectura Labio-facial:

La percepción del lenguaje es el resultado de la integración de la información recibida desde los accesos auditivos y el acceso visual, por lo que la lectura labio facial (LLF) asume un papel muy importante en la comprensión oral del lenguaje, ya que le ofrece la información sobre los puntos de articulación de los fonemas.

Los profesionales estudiosos de la comunicación como los lingüistas, fonoaudiólogos, consideran que la enseñanza de un lenguaje de señas a la población sorda incrementa la discriminación, puesto que la mayoría de los normo-oyentes desconocen o no lo practican este tipo de códigos de comunicación cuyas consecuencias provocan el aislamiento y al mismo tiempo la agrupación únicamente entre sus símiles conformando lo que hasta hoy se conoce como la comunidad de sordos, de los cuales son muy pocos que se integran a satisfacción dentro de un grupo de normo-oyentes e interaccionan en las diferentes actividades sociales.

.Es importante también conocer que la lectura labio-facial así como proporciona ayuda para la comprensión también tiene sus limitaciones.

La lectura labial presenta una serie de limitaciones:

- No tiene el grado de precisión que presenta la percepción sonora.
- Es difícil distinguir los visemas de dos fonemas semejantes.
- Los fonemas dorso-velares por su posición son difíciles de identificar, sin embargo con práctica se consigue la lectura de los mismo.
- No hay modo de obtener información visual acerca de los rasgos pertinentes de los sonidos del habla tales como la nasalización, el ruido de fricción o de los formantes de las vocales.

¹⁷ SUVAG: (Sistema Universal Verbo tonal Guberina) Es un aparato amplificador de sonidos que transmite la frecuencia del fonema a la zona de frecuencia que el oído sordo conserva para aprovechar al máximo, es decir trata de buscar el campo auditivo en el que el sordo presenta mejor respuesta.

Por otra parte hay fonemas que se pronuncian como punto de articulación en la parte posterior de la boca como es el velo palatino produciendo los sonidos dorsovelares por lo tanto no pueden ser visibles como los sonidos labiales.

A través de la visión no se puede obtener información de las características supra-segmentales como es la prosodia, la intensidad y las inflexiones de voz , perdiéndose en gran parte la información real que recibe, lo cual desde el punto de vista de la comprensión del lenguaje resulta una “limitación significativa para captar la intencionalidad del hablante o emisor.

El dominio del lenguaje oral facilita y mejora la LLF, pero ésta por sí sola no mejora el desarrollo lingüístico. Solo se puede ver en los labios lo que de antemano se conoce” por eso juega un papel decisivo las inferencias, las deducciones y la suplencia mental que están dadas por un desarrollo cognitivo-lingüístico dentro de los parámetros normales de desarrollo de las personas.

Torres M.& Sánchez R.(2000).Disponible en <http://ares.cnice.mec.es/informes/17/contenido/3.htm>

En el caso de los niños con discapacidad intelectual moderada que no saben leer, la poca o ninguna capacidad de hacer inferencias o deducciones, o suplencias mentales, este tipo programas no son útiles para sus aprendizajes, sin embargo se lo utiliza en los primeros procesos de adquisición del lenguaje hablado como es la imitación silábica, y en los niños pequeños se empieza por la imitación de los sonidos onomatopéyicos.

Los requerimientos importantes que se deben tomar en cuenta para la enseñanza de la lectura labio facial y para su mejor uso se deben cumplir con aspectos didácticos y no didácticos.

Dentro de los aspectos didácticos mencionados por Cecilia Tejedor. (2000).al menos 4 de ellos deben cumplirse.

- Ayuda lexicológica
- Ayuda ideológica ofrecida por el contexto
- Ayuda sintáctica facilitada por la forma y estructura de la frase.
- Ayuda mímica facial.
- Otros requerimientos no didácticos son:
- Comunicación siempre de frente.
- Iluminación del ambiente.
- Contexto.

Para el entrenamiento es necesario hacer y conocer la clasificación de los fonemas tanto por su punto de articulación, y por el modo de articulación.

De acuerdo al punto de articulación los fonemas se clasifican en:

Fonemas bilabiales: Son fonemas que se pronuncian con los labios y son /b /p /m

Fonemas ápico dentales: Son aquellos cuyo punto de articulación son el ápice dental colocados entre los dientes y son: t / d.

Fonemas palatales: son sonidos producidos en la parte dura o palatal del velo palatino como l ch /ll / y.

Fonemas Alveolares como: L/ r/ s/ n.

Fonemas Dorso-velares: Son sonidos pronunciados con la parte posterior de la lengua en el velo del paladar y son: k /g / j

De acuerdo al modo de articulación se clasifican en

Fricativas oclusivas: p/ t / k / b / d / g

Fonemas Africada: ch

Fonemas fricativos: f / s / x

Fonemas Vibrantes: r / rr

Fonemas Laterales: l / ll

.Fonemas nasales: m /n / ñ

Tabla N° 5 Clasificación de Fonemas

| | | MODO DE ARTICULACIÓN | | | | | | | | | | | |
|----------|----------------|----------------------------------|----------------------|-----------|---|-----------|--------|----------|-----------|--------|-----------|----------|--------|
| | | OCLUSIVA | | FRICATIVA | | AFRICADA | | VIBRANTE | | LATERA | | NASAL | |
| | | S R | S N | S R | S | S R | S N | S R | S N | S R | S N | S R | S N |
| N | Bilabial | P | B | | | | | | | | | M | |
| | Labio dental | | | F | | | | | | | | | |
| | Inter dental | T | D | Z | | | | | | | | | |
| | Apico alveolar | | | S | | | | | R | | L | N | |
| | Palatal | | | | | CH | | | RR | | LL | Ñ | |
| | Velar | K Q C | G J | | | | | | | | | | |

Autor: Revelo, M. 2015.

Existen muy pocos programas que ofrecen apoyo con ejercicios prácticos para la lectura labial. Entre los más conocidos tenemos el programa llamado DI, Sede. El programa DI es uno de los primeros cuyo objetivo es facilitar el aprendizaje de la lectura labial.

Este programa ofrece la posibilidad de visualizar los puntos de articulación de cada fonema, acompañado del dibujo y el letrero, para en lo posterior con la práctica identificar el objeto o dibujo pero sin el uso del letrero.

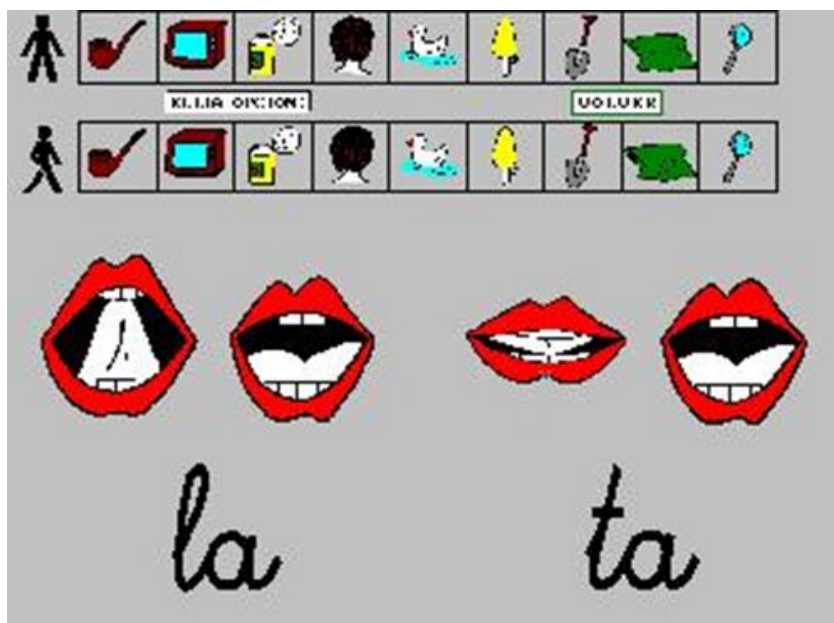


Ilustración 14 Lectura Labial

Recuperado en: López, S <http://www.uv.es/bellochc/logopedia/NRTLLogo7.wiki?3>

Los de la EOEP's (Equipo de Orientación Educativa y Psicopedagógica) plantean la necesidad de coordinar entre la lectura labial y los restos auditivos, ya que la LLF juega un papel fundamental en la producción fonológica (punto de articulación) Los restos auditivos en cambio juegan un papel importante en la captación del modo de articulación del fonema.

En la actualidad la inclusión de las personas con diferente tipo de discapacidad y el desarrollo tecnológico juegan un papel de vital importancia para la sensibilización y aceptación a la diversidad como un fenómeno social a nivel mundial. Para las personas con discapacidad auditiva, visual y motriz existen avances tecnológicos en cuanto a instrumentación que ayudan, aportan en la habilitación o rehabilitación de sus deficiencias. Es el momento oportuno por lo tanto conjugar estos elementos (apoyos tecnológicos, la técnicas de habilitación – rehabilitación y el proceso inclusivo social) para el desarrollo integral de todas las personas con discapacidad.

4.3.-Importancia de la aplicación de las técnicas de rehabilitación auditiva en la discapacidad intelectual.

En la Constitución del Ecuador a través de sus Leyes y Reglamentos, y en concordancia con la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad se han referido a la educación como un Plan Nacional de Inclusión Educativa con el único interés de edificar una sociedad incluyente donde las personas que se encuentran en una situación en desventaja física, e intelectual tengan las mismas oportunidades con carácter de equidad en diferentes espacios de desarrollo.

Es importante reconocer de manera global los avances en los últimos años en relación a este tema de inclusión, de acuerdo a la experiencia y vivencias de una institución especializada de personas con discapacidad intelectual me atrevería a indicar que aún persisten dificultades de orden administrativo, coordinación ,de parte de las instituciones que hacen Educación por una parte y por otra parte los esquemas mentales arraigados a lo tradicional ejerciendo oposición a los cambios necesarios para la inclusión y atención a la diversidad.

Son en las escuelas ordinarias y en los Centros de Educación Especializada donde deben encontrar las condiciones adecuadas no sólo para desarrollar plenamente sus capacidades y potencialidades, sino también para recibir la afectividad que todo ser humano requiere para el desarrollo de su autoestima y sentirse considerado y aceptado dentro de su entorno social.

Estas condiciones adecuadas se convierten en diversidad de apoyos sean estos pedagógicos, instrumentales, de infraestructura, apoyos emociones, apoyos terapéuticos, adaptaciones curriculares, etc. que se deben ofrecer y aplicar a aquellas personas con estas necesidades educativas especiales.

Estos apoyos para el desarrollo de las potencialidades de los niños con discapacidad intelectual pueden darse a partir de la implementación de técnicas de enseñanza – aprendizaje ya que su desarrollo en el aspecto de comunicación

y cognición es el más deficiente y considerando al menos en edades tempranas las plasticidad cerebral que permite programar y reprogramar los patrones de pensamiento y aprendizaje de manera permanente cuando se realiza una estimulación multi sensorial.

Por esta razón considero de suma importancia valerse de técnicas auditivas (técnica auditivo verbal) e incluso visuales (lectura labio facial) y aplicar en los niños con discapacidad intelectual para lograr un mayor y mejor desarrollo de sus habilidades lingüísticas que faciliten su proceso comunicativo y promover un desarrollo integral.

La aplicación de la Técnica Auditivo Verbal (TAV) en discapacidad intelectual es importante porque permite realizar una valoración auditiva informal de su nivel de percepción de los sonidos del lenguaje, e identificar un posible problema auditivo asociada a la discapacidad intelectual perjudicando doblemente sus posibilidades de aprendizaje.

La aplicación de la técnica de la lectura labio facial en los niños con discapacidad intelectual toma importancia en el desarrollo fonológico en primer lugar e inicialmente para la evocación silábica y en segundo lugar mejorar su articulación, a través del ejercicio de imitación y repetición vocálica.

Considero que la aplicación de estas técnicas aportan al interés, la atención y a la producción de la palabra como medio de comunicación, ya que las dificultades del lenguaje que presentan los niños con discapacidad intelectual moderada es significativa que limita una mejor estructuración verbal.

4.4.- Sistematización de las Técnicas Habilitación-Rehabilitación auditiva.

4.4.1.- Organización de un plan de Trabajo

El objetivo principal del tratamiento es el desarrollo de la percepción del habla con el fin de incrementar las posibilidades de decodificación del lenguaje y su aplicación a la producción del habla.

El objetivo de una organización de plan de trabajo terapéutico es intervenir de manera ordenada y registrar los avances del desarrollo lingüístico, a través de la sistematización de los diferentes elementos que implica un proceso de habilitación rehabilitación de audición y lenguaje.

En La organización del plan del trabajo que se elabora en el grupo de niños seleccionados para la aplicación de la técnica auditivo verbal se toma en cuenta tres elementos importantes necesarios para el desarrollo organizado y sistemático de la aplicación de la técnica. Son los mismos elementos que se aplican en los niños con dificultades auditivas, sin embargo no se lo puede utilizar en su plenitud por el limitante intelectual que reduce las posibilidades de avanzar en niveles más complejos y abstractos encapsulando así su capacidad de comprensión y expresión. Pero no por ello se debe limitar su aplicación, por el contrario los profesionales en el área deben iniciar la búsqueda de nuevas estrategias o métodos de rehabilitación que complementen realmente y beneficien a las personas con problemas del lenguaje sea comprensivo o expresivo como es el caso de los niños con discapacidad intelectual.

La relación entre la percepción y producción del habla y lenguaje con la realimentación auditiva es necesaria tomarla en cuenta ya que en muchos planes de entrenamiento auditivo, la práctica auditiva va casi siempre acompañada de material gráfico con una serie de opciones que el niño tiene que señalar, pero sí se insiste en esta opción o modelo de trabajo se lo está separando al niño de la relación de la percepción de la palabra y la producción del habla durante el ejercicio auditivo. Por lo tanto al niño se lo debe proveer de tiempo necesario para

que pueda dar una respuesta verbal y al oyente la oportunidad de realizar una corrección a través de un patrón lingüístico correcto, todo esto es importante para favorecer el desarrollo comunicativo, de lo contrario se constituye en un ejercicio de señalización poco funcional para la expresión de sus necesidades comunicativas y sociales. Lo mismo sucede con los niños con discapacidad intelectual al procurar la utilización de material gráfico con el fin de facilitar su comprensión, el ejercicio de expresión se va mermando cuando por respuesta se recibe la ejecución acertada de una tarea designada la misma que es asumida satisfactoriamente por docentes y terapeutas, sin esperar ni exigir una respuesta verbal.

A continuación los elementos que normalmente se utiliza en la habilitación-rehabilitación de la técnica auditivo verbal (TAV). Y que son utilizados en los niños con discapacidad intelectual moderada, su ejecución depende de la capacidad de desempeño.

Tabla N° 6 Elementos de un Plan de Trabajo

| ELEMENTOS DE UN PLAN DE TRABAJO | | |
|--|-----------------------------|---|
| Habilidades Auditivas | Unidades de Estímulo | Niveles de Complejidad |
| Detección | Rasgos Fonemáticos | En cuanto al tipo de actividad: Estructurada y Espontánea |
| Discriminación | Palabra | En cuanto al formato de estímulo: Cerrado- limitado y abierto |
| Identificación y Reconocimiento | Frase | En cuanto a los contrastes acústicos: Diferente y similar |
| Comprensión | Oración | En cuanto a los Aspectos Supra segmentales: entonación-ritmo-intensidad |
| | Discurso conectado | Otros aspectos: Familiaridad-distancia- contexto. |

Fuente: Furmanski, H. (2006) Implantes Cocleares en niños.

4.4.2. Elementos del Plan de Trabajo.

Los elementos a considerarse en la sistematización del trabajo son los siguientes: Habilidades auditivas, Unidades de estímulo y Niveles de complejidad.

4.4.2.1.-Habilidades Auditivas

Según Erber y Hirsh 1982 & Edwards y Estabrooks 1994. La jerarquía básica de las habilidades auditivas está organizada en cuatro niveles en secuencias aunque superpuestos: detección, discriminación, identificación – reconocimiento y comprensión (Furmanski 2006).

A) Primera Habilidad Auditiva:

a) Detección:

Consiste básicamente en captar la atención auditiva del niño y conocer si escucha o no escucha.

Esta primera habilidad se la desarrolla mediante ejercicios de presencia y ausencia del sonido, para lo cual es necesario condicionarle al niño con ejercicios cotidianos de rehabilitación.

El estímulo acústico en un inicio se lo acompaña con refuerzo visual hasta que despierte la atención auditiva después de un tiempo de entrenamiento específico.

La detección auditiva se la realiza sea con sonidos puros producidos por los instrumentos musicales y otros objetos, o también utilizando los sonidos del lenguaje sean estos fonemas o palabras.

Una de las tantas formas de explorar la detección auditiva es la respuesta al llamado de su nombre, o simplemente el giro cefálico hacia la fuente sonora.

Otra forma de explorar es mediante la aplicación de la prueba de los sonidos Ling. m , u, a, i, ch, s (Ling 1989).

Esta prueba se utiliza para chequear los niveles de detección del niño. Estos sonidos incluyen información desde las más bajas frecuencias hasta las más altas frecuencias, por lo tanto el niño que logra detectar estos sonidos es un indicador de que podrá detectar el resto de sonidos del habla.

Esta prueba se la aplica desde 30 centímetros de distancia y poco a poco se va alejando hasta llegar a los 6 metros utilizando en lo posible la misma intensidad de voz. .Esto se lo hace de manera rigurosa en caso del entrenamiento auditivo en niños con problemas auditivos, pero en los niños con discapacidad intelectual esta rigurosidad no es necesaria, sin embargo el condicionamiento auditivo requiere de mayor explicación y ciertamente necesitan de un modelo, hasta comprender posteriormente lo que se necesita como respuesta.

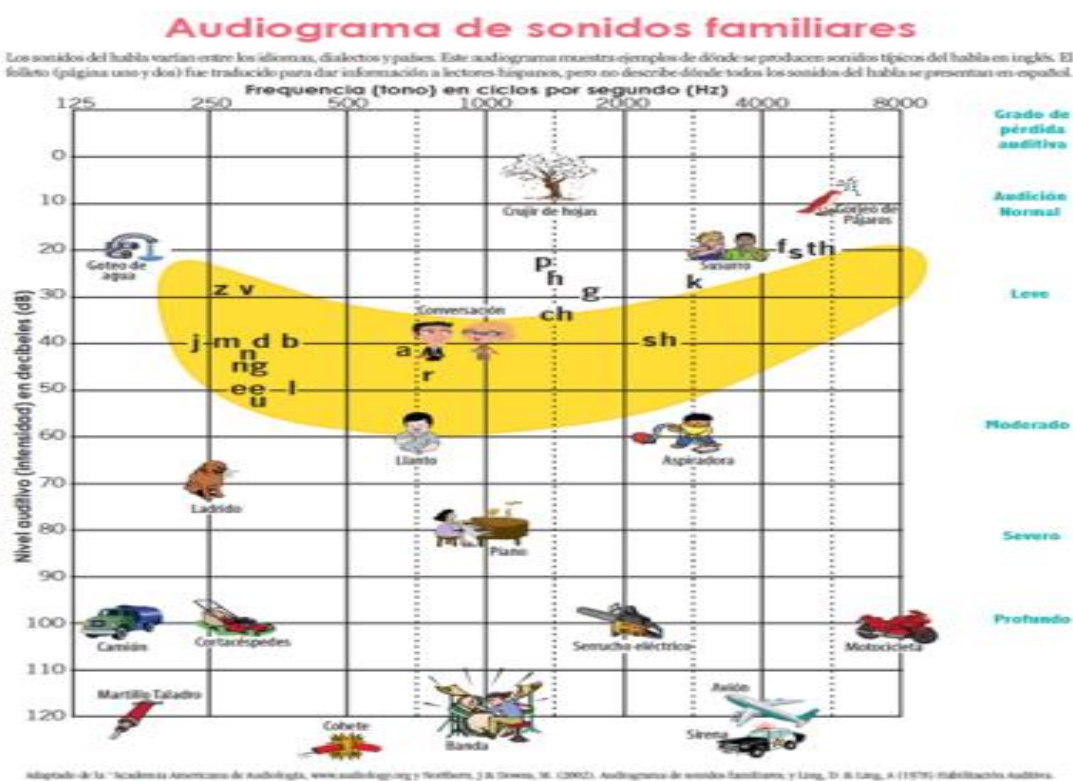


Ilustración 15 Audiograma de Sonidos Familiares

Recuperado en: <http://clinicajohntracy.org/2013/02/audiograma-de-sonidos-familiares-2/>

B) Segunda Habilidad Auditiva:

a) Discriminación:

Consiste en poder hacer una comparación entre dos estímulos auditivos y determinar si son iguales o diferentes. Para esta tarea es necesario que maneje los conceptos de igual y diferente. En el caso de los niños con discapacidad intelectual moderada estos conceptos pueden variar en su comprensión entre un niño y otro, por lo que es necesario apoyarse con el estímulo visual para que haga el proceso de relacionar o comparar el sonido con el objeto en concreto o la lámina.

Es importante considerar que el nivel de discriminación es una tarea meramente de comparación por ejemplo entre un sonido suave/ fuerte, sonido largo / corto, sonido rápido / lento, sonido grave/ agudo. etc.

Existen dos formas de explorar la discriminación auditiva. La primera a través de sonidos puros y la segunda a través de los sonidos del lenguaje mediante la utilización de los pares mínimos, y de pares con mayores diferencias acústicas.

Se llaman pares mínimos aquellas palabras que tienen una mínima diferencia ya sea por su vocal o por su consonante. Ejemplo:

Un par mínimo dado por la vocal (mala / mula – lona /luna).

Un par mínimo dado por consonante (pela / vela – roca / rosa)

Se llaman pares con mayores diferencias espectrales acústicas aquellas que poseen más de dos diferencias sea por el uso de vocales, consonantes, duración o mayor o menor información acústica por ejemplo:

Por mayor información acústica. (pan / zapato – mamá / murciélago

Por mayor diferencias consonánticas. (papaya / sábana)

Por mayor diferencia vocálica (pelota / palito- rábano / rebaño)

Los ejercicios de discriminación que se pueden emplear son varios entre estos: Discriminación de sonidos por su duración, por su intensidad, por el uso de vocales y consonantes donde se produce una mínima diferencia por ejemplo masa/ gasa.

C) Tercera Habilidad Auditiva:

a) Identificación / Reconocimiento.

Es la habilidad de seleccionar un estímulo dentro de una serie de opciones, ya no es sólo seleccionar entre dos estímulos sino entre varios , es decir deja de ser una comparación para ser una selección .

Los términos de identificación y reconocimiento a pesar de ser un par de sinónimos no deja de distinguirse uno del otro, según (Geers, 1994) Identificación implica selección en un formato cerrado es decir con el apoyo visual y saben con certeza cuales pueden ser las opciones de los estímulos auditivos. Esto se lo explicará más ampliamente en los niveles de complejidad de la aplicación terapéutica.

Reconocimiento implica cuando el estímulo auditivo se lo presenta en formato abierto, es decir que van a ver algunas variantes y ningún estímulo presente visual, esta es una habilidad más compleja que la mera identificación porque se vale del nivel de conocimiento, aprendizaje acústico y lingüístico y de una información almacenada de memoria auditiva necesaria para responder.

En los niños con discapacidad intelectual moderada se lo realiza en la modalidad de formato cerrado y estructurado.

Al igual que el ejercicio de discriminación, la identificación y reconocimiento de las palabras siguen el mismo orden, con la diferencia que lo realizan con más de dos elementos.

D) Cuarta Habilidad Auditiva

a) Comprensión:

Permite al niño recibir y procesar la información que recibe para construir el significado de las palabras y decodificar los mensajes.

Es importante indicar que la comprensión no es una habilidad estrictamente auditiva, ésta requiere de la intervención de otros procesos cerebrales madurativos como la atención, la memoria, la integración, asociación, entre otros.

En el caso de los niños con déficit auditivo es importante considerar la “comprensión auditiva” como el mecanismo por el cual el niño pueda utilizar la audición no sólo para decodificar los mensajes, sino para el desarrollo de la estructura del lenguaje hablado como es el desarrollo semántico, morfosintáctico y fonológico que lo recibe a través de su prótesis o implante.

En el caso de los niños con discapacidad intelectual moderada la comprensión abarca no solo la auditiva sino también la comprensión visual, la comprensión táctil, la comprensión funcional, es decir saber para qué sirve determinado objeto y cómo se lo usa, es tener la capacidad de anticipar, intuir, deducir y hacer inferencias que el niño con sordera sí lo emplea, pero el niño con discapacidad intelectual no. Lo que intento explicar es que en los niños con discapacidad auditiva el trabajo en cuanto a este nivel es netamente el uso de la vía auditiva para llegar al significado del lenguaje hablado; pero, en los niños con discapacidad intelectual el requerimiento es mayor y necesita de otros apoyos para llegar a su comprensión.

El desarrollo comprensivo tal como en los niños de audición normal, hay una correspondencia entre el nivel comprensivo y expresivo del lenguaje. Los niños comprenden mucho más de lo que expresan. En la medida que su comprensión progresa es necesario introducir una nueva información o un nuevo vocabulario para que pueda aprender el significado y sus relaciones semánticas y facilitar el

intercambio comunicativo en sus actividades cotidianas. Para los niños con discapacidad intelectual la interiorización de un nuevo vocabulario crece lentamente. El vocabulario nuevo debe ser seleccionado de preferencia de acuerdo a su ámbito familiar y social para facilitar su comprensión.

En la terapia auditivo verbal, la dirección del tratamiento en los niños con discapacidad auditiva está enfocada en la adquisición del lenguaje y por lo tanto el objetivo principal desde el inicio es la comprensión auditiva del lenguaje.

En los niños con discapacidad intelectual el enfoque terapéutico también es el mismo, es decir llegar al lenguaje comprensivo y expresivo, empleando todos los recursos necesarios sean estos pedagógicos, terapéuticos, en algunas ocasiones hasta médicos, destrezas, habilidades, recursos técnicos, tecnológicos, etc. con el fin de aportar en la adquisición de su lenguaje por lo tanto la aplicación de este recurso técnico se lo considera como un aporte para la adquisición y desarrollo de su lenguaje.

4.4.3. Unidad de Estímulo

a) Rasgos/fonemas:

Esta incluye la presencia de vocales y consonantes

En los niños más pequeños con discapacidad auditiva se procura rápidamente conocer qué rasgos acústicos de los sonidos del habla pueden percibir y reproducir, por lo tanto puede ser útil utilizar la entrada auditiva para favorecer la imitación.

En los niños con discapacidad intelectual también se trata de identificar los fonemas que espontáneamente puede reproducir para utilizarlos en el ejercicio de repetición como preparación al resto de fonemas de mayor dificultad de evocación.

b) Patrones Supra-segméntales:

Son aquellos aspectos del habla que conocemos como acentuación, entonación y ritmo. El acceso a la percepción del conjunto de estos rasgos está directamente relacionado con las cualidades de la voz del niño deficiente auditivo.

Los niños en programa auditivo verbal dependen de la información supra-segméntal para la comprensión del lenguaje. En ellos los rasgos de duración, intensidad, ritmo, contornos prosódicos son importantes y se emplean sobre todo en etapas iniciales del tratamiento.

En los niños con discapacidad intelectual se emplean estos rasgos prosódicos acompañados de expresiones corporales para dar mayor significación a la comprensión del mensaje.

Las alteraciones de los patrones prosódicos que manifiestan los niños con discapacidad intelectual están asociadas a otros factores de tipo neurológico como el habla monótona en los niños con dificultad motora y no están asociados a una dificultad auditiva.

c) Palabras- frases y oraciones

En el programa terapéutico de la percepción del habla el orden de complejidad es diferente en cada uno de los niños con dificultad auditiva , luego de realizar una evaluación del lenguaje se puede determinar el nivel en el que se encuentra para continuar progresivamente hasta llegar al nivel conversacional, en tanto que en los niños con discapacidad intelectual la expresión verbal está limitada en su estructura gramatical, en los mejores de los casos llegan a estructurar frases de tres palabras como por ejemplo mamá dame pan.

d) Discurso Conectado:

Es el nivel más alto al que se puede llegar luego de un trabajo terapéutico bien sistematizado y organizado en su aplicación.

“Un niño con quien puede utilizarse un discurso conectado, es un niño que ha desarrollado la habilidad para la comprensión auditiva del lenguaje o que al menos tiene un nivel muy elevado de reconocimiento de palabras en formato abierto” (Furmanski, H. 2006). Un discurso claro de discurso conectado es una conversación por teléfono o la narración de un cuento.

En los niños con discapacidad intelectual moderada como lo mencioné anteriormente no están en la capacidad de realizar una conversación, al contrario su discurso se limita a contestar un sí o un no o a emitir frases cortas.

4.4.4. Nivel de Complejidad

a) Tipo de actividad:

El tipo de actividad puede ser estructurada o espontánea. Una actividad es estructurada cuando las tareas son específicas con consignas a cumplir y en la que la respuesta está predeterminada o condicionada por el adulto. La selección de objetos en formato cerrado es un ejemplo de actividad estructurada.

Una actividad espontánea permite que el niño responda libremente sin ningún tipo de condicionamiento, la mejor actividad es el juego y este se lo empleará de acuerdo a la edad del niño, no causa el mismo interés si el juego no corresponde a su edad, perdiendo interés en el mismo y poco entusiasmo en la expresividad verbal. La respuesta del niño en este caso no es predecible ni esperada por parte del adulto.

b) Formato del Estímulo:

Es como el niño recibe la información. Existe tres tipos de formato: cerrado, limitado y abierto.

Formato Cerrado: Consiste en la presentación de objetos o tarjetas que el niño debe seleccionar cuando se le pide auditivamente. La cantidad de tarjetas o estímulos visuales se le presenta cada vez acrecentado el vocabulario en el niño.

Formato Limitado: En este caso se trata de un contexto específico y determinado de antemano o de un formato abierto con clave. Por ejemplo se le dice al niño que va a escuchar un grupo de frutas. Esto es más limitado que decir que repita un grupo de alimentos. O también se le dice que se va a hablar acerca de un tema específico como La Navidad o como el trabajo. Etc.

Formato Abierto: Este estímulo es netamente auditivo, el niño no sabe que palabras es posible que escuche, aquí entra en juego la memoria auditiva y sus conocimientos para poder responder. Una conversación con cambio de temas es una tarea de formato abierto.

c) Familiaridad:

Según Kirk Pisoni y Osberger en 1995 se refieren a la familiaridad al nivel del lenguaje y vocabulario utilizado, si se trata de expresiones y palabras conocidas por parte del niño.

El vocabulario familiar o más frecuente en la lengua facilita el reconocimiento de palabras para tareas en formato abierto.

d) Intensidad:

A diferencia de lo que comúnmente se piensa, los estímulos se deben presentar con intensidad de voz baja, normal o la voz que se llama conversacional. No se

utiliza en general la voz de intensidad alta, dado que al gritar se deforma el patrón acústico de los estímulos ya que sólo se puede elevar la intensidad de los fonemas sonoros pero no la de los sordos.

e) Contraste Acústico:

Los estímulos pueden ser acústicamente diferentes o similares:

Diferente: Esto es cuando los estímulos tienen grandes variaciones supra segmentales/ o segmentales por ejemplo: “zapato” “mandarina” “pelota”.

Similar: Los estímulos que se utilizan se diferencian sólo por algún rasgo acústico por ejemplo por ejemplo pala & bala.

El contraste acústico de los estímulos debe graduarse de acuerdo al desarrollo de la percepción auditiva del habla de cada niño.

f) Contexto:

Se debe considerar tanto el contexto acústico como lingüístico.

El contexto acústico puede favorecer la audibilidad de ciertos rasgos, como la presencia de vocales previas para la identificación de consonantes oclusivas sordas por ejemplo. Escoba, mascota, etc. Otros contextos acústicos en cambio perturban las posibilidades de percepción. Por ejemplo las vocales próximas a consonantes nasales (Ambato, ambulancia, etc.).

Con relación al contexto lingüístico en el nivel de palabra hay estímulos altamente determinantes. Ejemplo: “El bombero apaga el fuego”. La palabra “fuego” está altamente condicionada por el contexto lingüístico. En cambio en el ejemplo “ un señor compra velas”, la palabra “velas” puede ser intercambiada por innumerables opciones por lo cual el contexto no es tan favorable para el reconocimiento de la frase y el nivel de dificultad es mayor.

4.5.-Aplicación y Análisis de Resultados de las Técnicas de Habilitación-Rehabilitación Auditiva en niños con Discapacidad Intelectual Moderada.

RESULTADOS

Tabla N° 7 Nivel de desarrollo general según Battelle

| NIVEL DE DESARROLLO GENERAL SEGÚN BATTLE | | | | |
|--|--------|------|----------|--------|
| Tipo | Normal | Leve | Moderado | Severo |
| Población | 1 | 3 | 17 | 8 |
| Porcentaje | 3,4 | 10,3 | 58,6 | 27,6 |

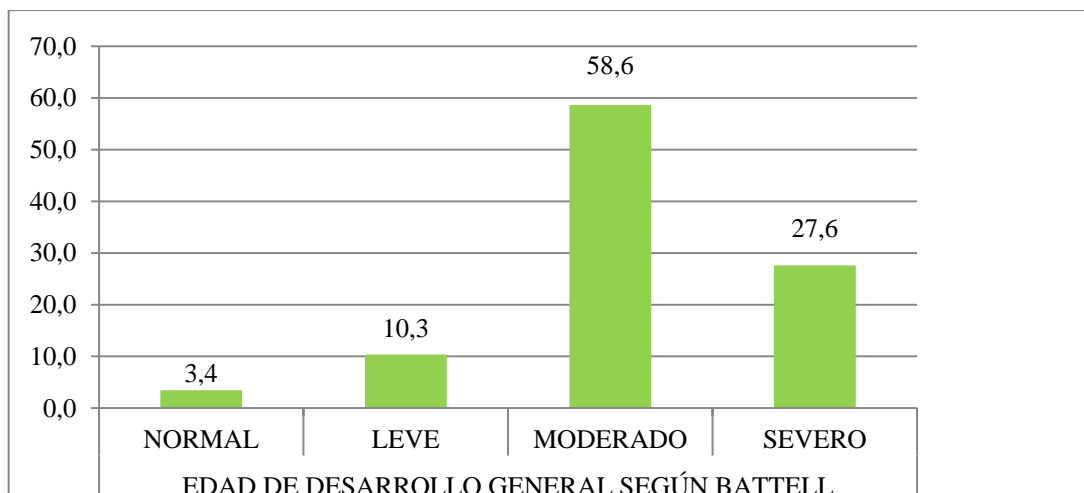


Gráfico N° 1 Nivel de Desarrollo General

Autor: Lcda. Revelo, M. 2015.

Análisis e interpretación

El 58.6% de la población representa la edad de desarrollo global que se encuentra a nivel moderado.

Frecuencia de distribución del nivel de desarrollo general de la prueba de Battelle en niños con discapacidad intelectual moderada. Instituto Fiscal de Educación Especial. Quito 2015.

Tabla N° 8 Edad de desarrollo por área

| MEDIDA TENDENCIA CENTRAL | VALOR |
|--------------------------|-------|
| Media | 19,4 |
| Mediana | 21,0 |
| Moda | 12,0 |
| Desviación estándar | 7,7 |
| Mínimo | 11,0 |
| Máximo | 32,0 |
| Suma | 175,0 |

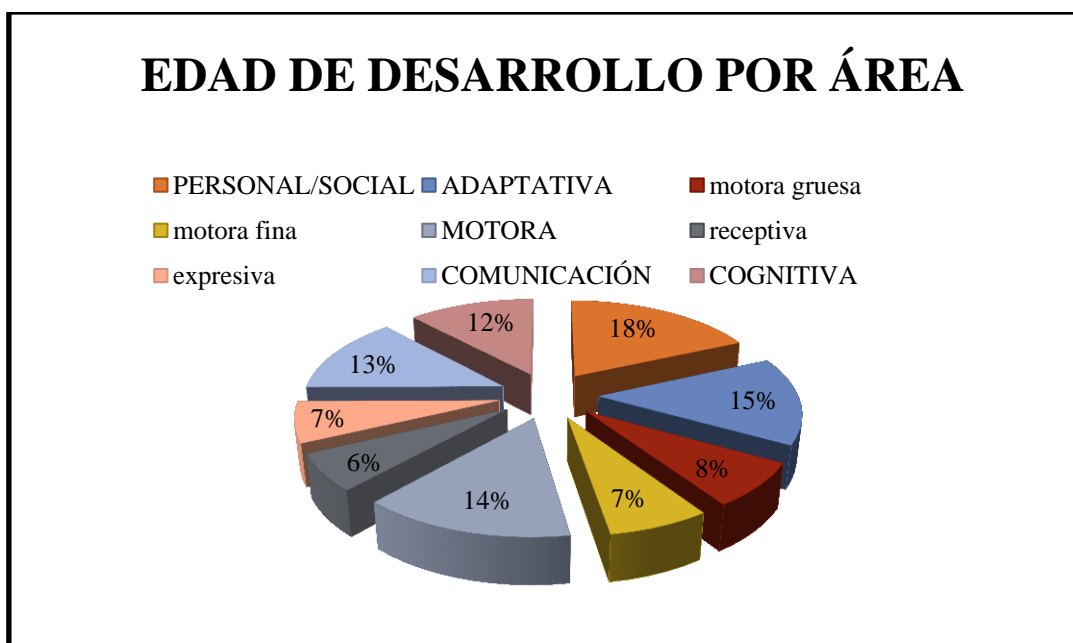


Gráfico N° 2 Nivel de Desarrollo General por Área.

Autor: Lcda. Revelo, M. 2015.

Análisis e interpretación

Frecuencia de distribución del desarrollo general por área de la prueba de Battelle en niños con discapacidad intelectual moderada. Instituto Fiscal de Educación Especial. Quito 2015.

El valor de la media aritmética (promedio) se ubica en 19,4 como se evidencia en el cuadro No. 1, el valor mínimo es de 11 y el máximo 32, el valor de la

desviación estándar indica que cada una de las áreas se alejan entre sí en 7,7 puntos. Los valores más bajos reciben las áreas de comunicación receptiva 6% y expresiva 7%.

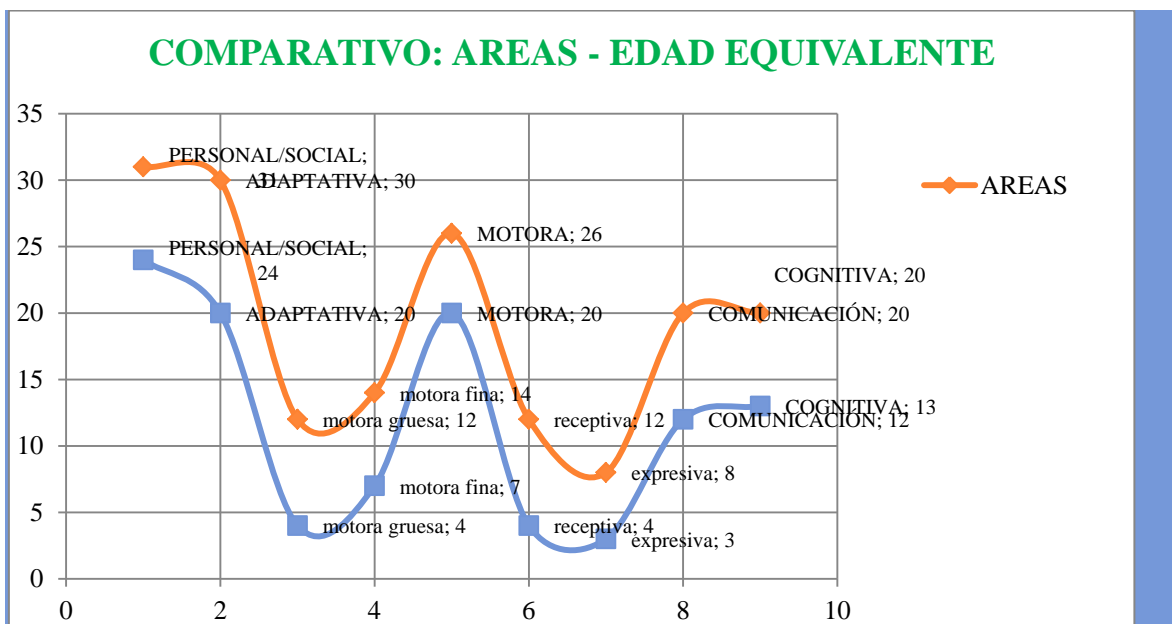


Gráfico N° 3 Equivalencia entre Área y Edad de Desarrollo

Autor: Lcda. Revelo, M. 2015.

Análisis e interpretación

La figura demuestra un ejemplo de la edad de desarrollo en meses en las diferentes áreas de un niño.

La tendencia es descendente ($R^2 = 0,2102$) con significancia de mejor desarrollo de las áreas personal/social y mayor afectación en el área de comunicación.

Tabla N° 9 Escala Auditiva

| Escala auditiva | Escala Auditiva | | | |
|-----------------|-----------------|------|------|------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Población | 3 | 6 | 5 | 15 |
| Porcentaje | 10,3 | 20,7 | 17,2 | 51,7 |

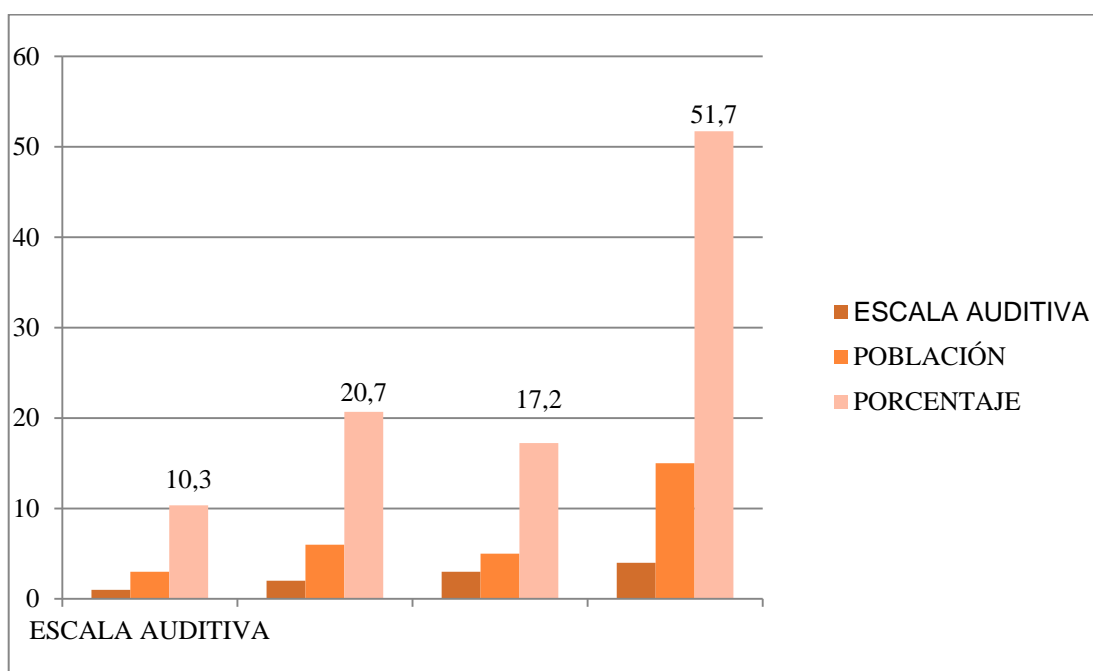


Gráfico N° 4 Escala Auditiva de la Percepción Temprana de la Palabra.

Autor: Lcda. Revelo, M. 2015.

Análisis e interpretación:

El 10.3 % se encuentra ubicada en la categoría auditiva 1 lo que indica que es una mínima población con dificultad en la percepción temprana de la palabra y el 51.7% es la máxima población ubicada en la categoría 4 es decir no presentan dificultad en la percepción auditiva.

Frecuencia de distribución de la escala auditiva de la percepción Temprana de la palabra o prueba (ESP) en niños con discapacidad intelectual moderada. Instituto Fiscal de Educación Especial. Quito 2015.

Tabla N° 10 Equivalencia de la percepción Temprana de la palabra

| MEDIDA TENDENCIA CENTRAL | VALOR |
|-------------------------------|------------|
| Media | 14 |
| Mediana | 20 |
| Moda | #N/A |
| Desviación estándar | 12,1655251 |
| Mínimo | 0 |
| Máximo | 22 |
| Suma | 42 |
| Nivel de confianza (95,0%) | 30,2208396 |

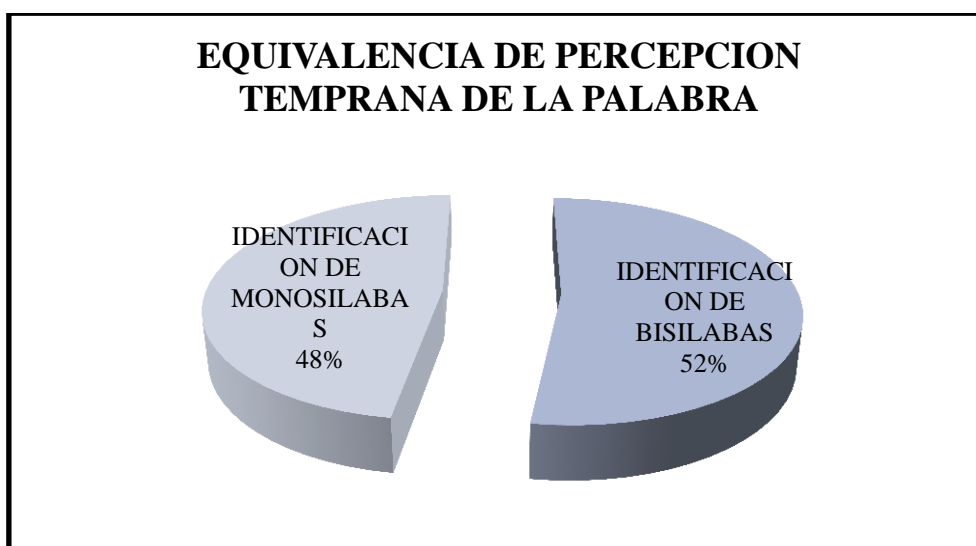


Gráfico N° 5 Equivalencia de la Percepción Temprana de la Palabra

Autor: Revelo, M. 2015.

Análisis e interpretación:

No se evidencia mayor dificultad entre la identificación de monosílabas y bisílabas. Entre los porcentajes del 48% y el 52% existe una mínima diferencia de percepción.

Frecuencia de distribución en la identificación auditiva entre palabras monosílabas y bisílabas en niños con discapacidad intelectual moderada. Instituto Fiscal de

CUADRO COMPARATIVO DE PRUEBAS APLICADAS

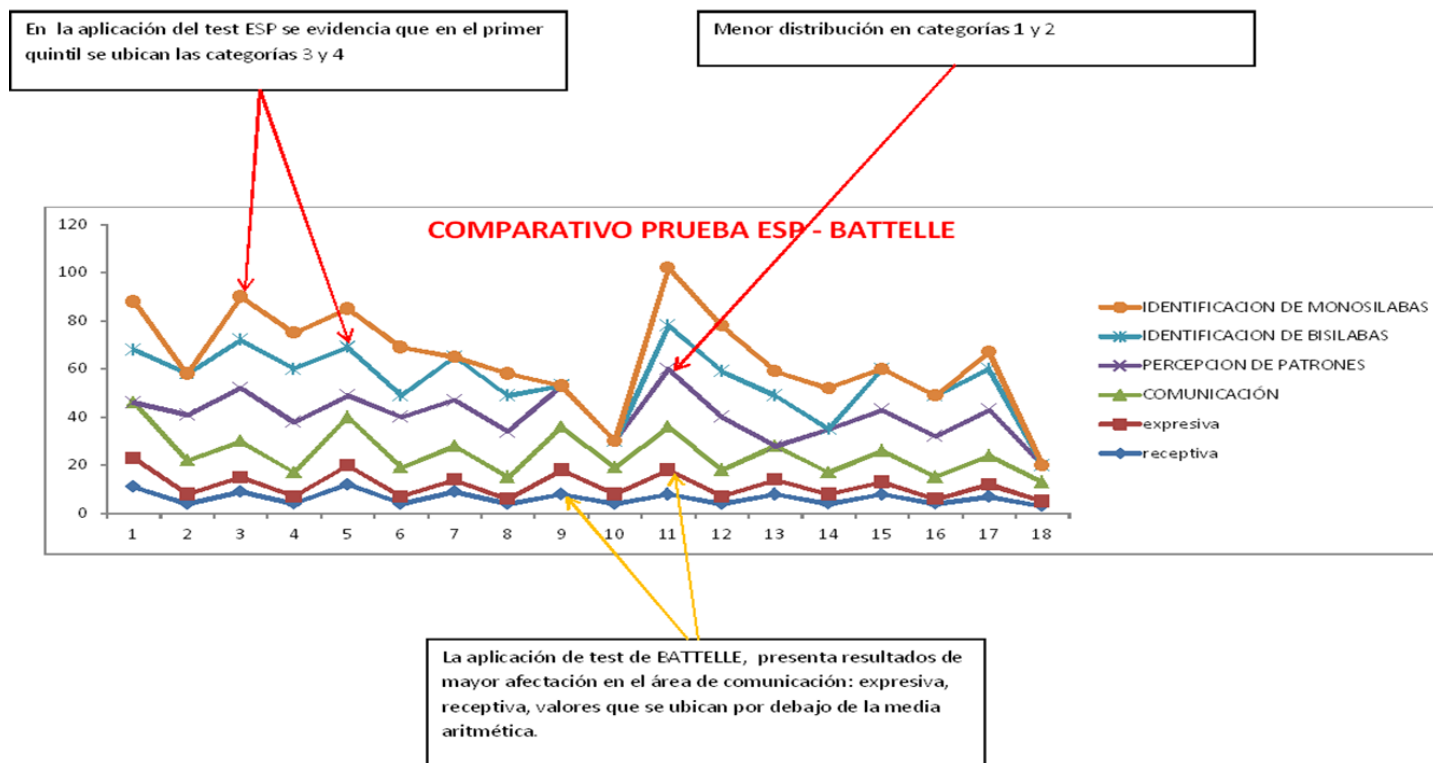


Gráfico N° 6 Cuadro Comparativo de las Pruebas Aplicadas.

El gráfico demuestra una adecuada percepción temprana de la palabra sin embargo un bajo nivel de desarrollo en el área de comunicación de los niños con discapacidad intelectual moderada. Instituto Fiscal de Educación Especial. Quito 2015.

Conclusiones y recomendaciones

CONCLUSIONES:

1.- Las condiciones auditivas normales de los niños con discapacidad intelectual moderada constituyen un potencial para desarrollar el lenguaje tanto comprensivo y expresivo.

2.- El desarrollo de las habilidades auditivas (detección, discriminación, identificación y comprensión) son la clave para mejorar el aspecto lingüístico de los niños.

3.- La aplicación de la técnica auditivo verbal (TAV) influye en el desarrollo de la producción verbal en los niños con discapacidad intelectual.

4.- El empleo de la técnica de la lectura labio- facial ayuda al modelamiento de estructuras oro faciales y en el mecanismo oro-periférico

Es importante indicar que en la aplicación de las técnicas tienen un limitante intelectual.

RECOMENDACIONES:

1.- Realizar valoraciones auditivas en niños que acuden a los centros de educación especializada con el fin de detectar tempranamente dificultades asociadas que perjudiquen el desarrollo integral del niño.

2.- En condiciones anatómicas-fisiológicas auditivas favorables en niños con discapacidad intelectual deben ser consideradas importantes como una estrategia terapéutica para el desarrollo de la expresión y comprensión del lenguaje, mediante la estimulación sistemática y progresiva de las habilidades auditivas.

3.- Los profesionales del área de terapia del lenguaje deberán realizar una revisión de la programación y planificación terapéutica, a fin de incluir otro tipo de técnicas que complementen y ayuden al desarrollo de la expresión y comprensión del lenguaje.

4.- De acuerdo a los resultados obtenidos, hacer un estudio comparativo del desarrollo personal social y de adaptación de los niños con discapacidad intelectual en ámbitos escolares diferentes.

PROPUESTA

Guía de Estimulación del lenguaje para Padres, Profesores y Terapeutas.

Mediante el Desarrollo de las Habilidades Auditivas

Esta guía hace una breve descripción de las habilidades auditivas y sus beneficios en la aplicación para el desarrollo de la expresión y comprensión del lenguaje en los niños con discapacidad intelectual.

INTRODUCCIÓN

El lenguaje es lo que caracteriza al ser humano, a través de él expresamos nuestro pensamientos, sentimientos, emociones, sentimientos y comportamientos que permite la aceptación o rechazo en una sociedad

IMPORTANCIA

La función primaria del lenguaje es la comunicación. Permite un desarrollo personal y social necesario en la formación integral del individuo.

OBJETIVO

Proporcionar información sobre actividades de estimulación del lenguaje a través del desarrollo de las habilidades auditiva.

ANTECEDENTES

Los niños con discapacidad intelectual manifiestan un escaso desarrollo del lenguaje a pesar de tener conservada su percepción auditiva. La técnica auditiva verbal, como su nombre lo indica ayuda a estimular las habilidades auditivas (detección, discriminación, identificación y comprensión) lo que permite un mejor o mayor desarrollo de su comprensión y expresión lingüística.

El contenido de esta guía son ejercicios básicos que se los aplicar en casa o en la escuela.

HABILIDAD AUDITIVA.

Detección:

El objetivo del ejercicio terapéutico es detectar sonidos que se producen en el ambiente como: sonidos del teléfono, reloj, campana, sonidos de la lluvia, el viento, el correr del agua, el motor de un auto, etc. y sonidos del lenguaje como el llanto, la risa, el rito, el canto, los aplausos, la conversación etc.

ACTIVIDADES:

1.- Condicionamiento Auditivo

Material:

Recipiente de material sonoro (vidrio o lata), fichas, la voz, sonidos del ambiente.

Procedimiento:

- a) Modelar con el padre de familia la actividad a realizarse.
- b) Producir el sonido detrás del niño.
- c) Pedir al niño que coloque la ficha en el recipiente cuando escuche el sonido.

2.- Detección de la Fuente Sonora

Material:

Un juguete musical, la voz, sonidos del ambiente.

Procedimiento:

- a) Modelar con el padre de familia la actividad a realizarse.
- b) Producir el sonido de tras del niño.
- c) Pedir al niño que busque de donde viene el sonido.

3.- Presencia y Ausencia del Sonido

Material:

Un juguete musical, la voz, instrumentos musicales, música.

Procedimiento:

- a) Modelar con el padre de familia la actividad a realizarse.
- b) Producir el sonido de tras del niño.
- c) Pedir al niño que se exprese corporalmente (bailar, caminar, pintar, aplaudir, etc), en tanto que se produce el sonido y detenerse cuando no haya sonido.

HABILIDAD AUDITIVA.

Discriminación:

La discriminación auditiva se la desarrolla con ejercicios auditivos entre dos sonidos de amplia diferencia, utilizando las características del sonido en cuanto a su intensidad (sonido fuerte / débil), la frecuencia (grave / agudo), el tiempo (largo/corto) y la discriminación de la voz como de hombre/mujer, etc. hasta llegar a la discriminación entre pequeñas diferencias acústicas.

ACTIVIDADES:

1.- Discriminación de Cualidades Sonoras: Intensidad

Material:

- a) Madera metal papel plástico.
- b) varios objetos que produzcan sonidos fuertes y suaves

Procedimiento:

- a) Explicar al niño la tarea que se va a realizar
- b) Producir el sonido fuerte y el otro débil o suave
- c) Utilizar tarjetas para el apoyo visual y para la señalización.

2.- Discriminación de Cualidades Sonoras: Duración.

Material:

- a) Equipo de música
- b) La voz
- c) Cualquier otro material con el que se pueda producir el sonido continuo.

Procedimiento:

- a) Explicar al niño la tarea que se va a realizar
- b) Trazar una línea larga o corta según la presencia de la música.
- c) Producir voz con una duración larga y una corta.
- d) Indicar si la voz producida fue larga o corta con apoyo de tarjetas.
(-----) (-----)

3.- Discriminación de Calidad Sonora: Frecuencia.

Material:

- a) Instrumentos musicales
- b) La voz

Procedimiento:

- a) Explicar al niño la actividad que se va a realizar
- b) Seleccionar instrumentos que producen sonidos agudos y/ o graves
- c) Señalar el instrumento musical que escuchó.

Todos estos ejercicios se los debe realizar en un inicio con apoyo visual hasta que comprenda lo que se quiere obtener como respuesta y luego se lo realiza sin el apoyo visual.

HABILIDAD AUDITIVA.

Identificación:

Es importante realizar el ejercicio de la identificación auditiva con sonidos familiares o cotidianos de su entorno. Se utiliza varios campos semánticos como sonidos producidos por su propio cuerpo, medios de transporte, sonidos on

matopéyicos de animales, de instrumentos musicales etc.

ACTIVIDADES:

1.- Identificación de Sonidos Producidos por el Propio Cuerpo

Sonidos como el llanto, la risa, los aplausos, la tos, los bostezos, etc.

Material:

- a) Láminas con cada una de estas acciones
- b) uso de la voz o grabación.

Procedimiento:

- a) Colocar un grupo de láminas sobre la mesa.
- b) El terapeuta nombra las láminas.
- c) El niño debe identificar y señalar.

2.- Identificación de Sonidos Producidos por el Medio Ambiente.

Sonidos como de la lluvia, del viento, de una cascada, el sonido de un motor, etc.

Material:

- a) Láminas de los sonidos del ambiente
- b) Grabación de sonidos del ambiente

Procedimiento:

- a) Colocar un grupo de láminas sobre la mesa.
- b) El terapeuta nombra las láminas.
- c) El niño debe identificar y señalar.

3.-Identificación de sonidos producidos por objetos.

Material:

- a) Varios materiales (madera, metal, plástico, loza, vidrio, etc)

Procedimiento:

- a) Seleccionar el material con el que se va a trabajar.
- b) Tapar con una venda los ojos o colocarlo de espaldas.
- c) Producir el sonido uno a uno de los diferentes objetos
- d) El niño debe nombrar el objeto o señalar en caso de dificultad de producción verbal.

HABILIDAD AUDITIVA.

Comprensión:

La estimulación de comprensión auditiva se la desarrolla con ejercicios de memoria, asociación e integración auditiva a través de órdenes verbales de simples a complejas. Se utiliza material concreto y diversidad de material para su mejor comprensión.

RECOMENDACIÓN: 1.- Estimule su atención 2.- Estimule su interés 3.- Estimule su pronunciación 4.- Aliente su esfuerzo.

Actividad:

1.- Memoria auditiva

Materiales:

- a) Lámina con dibujos diferentes.
- b) Dos colores o pinturas diferentes

Procedimiento:

- a) Dibujar en una lámina barcos y carros
- b) Dar la orden verbal: pinta de amarillo los carros y de rojo los barcos

c) Según se ejecuten las órdenes verbales secuenciales se va incrementando las secuencias.

2.- Asociación Auditiva

Material:

a) taza/plato papel/lápiz aguja/hilo media/zapato bebe/biberón perro/hueso etc.

Procedimiento:

a) Explicar al niño la tarea a realizarse

b) Entrega del material a azar

c) Dar la orden verbal: Pinte, coloque, recorte, etc. Los objetos como corresponde.

Para realizar esta tarea se ayuda con un modelo explicativo y luego debe hacerlo sólo.

3.- Integración Auditiva

Material:

a) Lista de palabras incompletas. Ejemplo: chocola.... / zapa..... / pelo....

b) Lista de frases incompletas. Ejemplo: Mi mamá cocina.....(sopa)

Procedimiento:

a) Explicar al niño la tarea a realizarse con un ejemplo.

b) Producir la palabra o la frase incompleta.

c) El niño tiene que identificar en el grupo de tarjetas la palabra (dibujo) o la frase (dibujo) de la palabra que completa.

EVALUACIÓN:**Indicadores Básicos de Evaluación de Audición y Lenguaje**

| EVALUACIÓN FUNCIÓN | INDICADORES | PARAMETROS CUALITATIVOS | | |
|-----------------------|---|-------------------------|----|------|
| | | SI | NO | PROC |
| AUDITIVA | 1.- Reacciona a su nombre | | | |
| | 2.- Busca la fuente sonora | | | |
| | 3.- Discrimina la voz de papá o mamá | | | |
| | 4.- Identifica objetos o láminas cuando se nombra | | | |
| | 5.- Comprende órdenes verbales con apoyo visual o gestual | | | |
| LENGUAJE | 1.- Imita el lenguaje | | | |
| | 2.- Repite sílabas o palabras | | | |
| | 3.- Combina palabras | | | |
| | 4.- Usa lenguaje nominativo | | | |
| | 5.- lenguaje espontáneo o conversacional. | | | |

Autor: Lcda. Revelo M.

Parámetros de calificación:

De 4 a 5 respuestas = Desarrollo normal

De 3 respuestas = Alerta

Menos de 2 respuestas = Consulta especialista

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Clínica de la Audición - Audiovital. (2011). *La Inclusión Educativa: Un Derecho de Niñas y Niños con Discapacidad Auditiva*. Ecuador.
2. Aroca, M. (s.f.). *Método Para Enseñar la Palabra Al Niño Sordo*.
3. Baptista, F. C. (2010). *Metodología de la Investigación (Quinta Edición)*. México: Editorial Mexicana.
4. Bárcena, S. R. (s.f.). *Desafíos de la Diferencia* . Recuperado el 2015, de EscuelasCatólicas:
<http://www2.escuelascatolicas.es/pedagogico/Documents/auditivos%205.pdf>
5. Bauer., J. L. (s.f.). *Enfoque colaborativo para apoyar al alumnado y profesorado de aulas inclusivas*.
6. C.A.L. - José Fco. Cervera y Amparo Ygual. . (Febrero de 2002). *guía para la evaluación de la deglución atípica*. Recuperado el 2015, de http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-logo/guia_para_evaluar_la_deglucion_atipica.pdf
7. Cantwell, c. D. (1979). *The prevalence of psychiatric disorder in children with speech and language disorder: an epidemiological study*. *Jal of the American Academy of Child Psychiatry*.
8. Clínica John Tracy . (2000). *Introducción al Implante Coclear*. Los Ángeles – California.
9. Cobos, P. (2007). *El Desarrollo Psicomotor y sus Alteraciones: Manual Práctico para evaluarlo y Favorecerlo*. Madrid-España: Editorial Pirámide - Grupo Anaya.
10. Crovetto, M. y. (1995). *Audiología Diagnóstica*. España: Editorial Bilbao.
11. Dale, P. S. (1980). *Desarrollo del Lenguaje: Un Enfoque Psicolingüístico* . México: Editorial Trillas.
12. educarchile. (2013). *¿Cuáles son las funciones del lenguaje?* Recuperado el 2015, de <http://www.educarchile.cl/ech/pro/app/detalle?ID=206182>.
13. eHow en Español - Escrito por:Julie Vickers, Traducido Mike Tazenda. (s.f.). *Teoría de Jean Piaget del desarrollo del lenguaje en los niños*.

- Recuperado el 2015, de http://www.ehowenespanol.com/teoria-jean-piaget-del-desarrollo-del-lenguaje-ninos-sobre_171585/
14. Escobar, L. (2003). *Logopedia y Ortopedia Maxilar en la Rehabilitación Oro-facial: Tratamiento Precoz y Preventivo- Terapia Mio-funcional*. Barcelona-España: Editorial Masson.
 15. Espejo, B. (10 de Junio de 2014). *Guioteca*. Recuperado el 2015, de ¿Qué es el coeficiente intelectual y cómo puedes calcular el tuyo?: <http://www.guioteca.com/psicologia-y-tendencias/que-es-el-coeficiente-intelectual-y-como-puedes-calcular-el-tuyo/>
 16. EUTi - Ma Isabel Diges Artesero . (2006). *EUROPEAN FEDERATION OF TINNITUS ASSOCIATIONS*. Recuperado el 2015, de <http://www.eutinnitus.com/nation.php?cid=12>
 17. Flores, P. B. (2001). *El Niño Sordo de Edad Preescolar: Identificación, diagnóstico tratamiento- Guía para padres, médicos y maestros*. México, D. F.: Editorial Trillas.
 18. Franja Morada Fonoaudiología. (s.f.). Recuperado el 2015, de TEORÍAS DEL DESARROLLO DEL LENGUAJE : <http://ardilladigital.com/documentos/educacion%20especial/logopedia/desarrollo%20lenguaje/Teorias%20del%20desarrollo%20del%20lenguaje%20-%20Franja%20Morada%20-%20art.pdf>
 19. Furmanski, H. (2006). *Implantes Cocleares en niños. (Re)Habilitación Auditiva y terapia auditiva verbal*. Barcelona - España.: Ediciones Nexus.
 20. García-Moncó, J. C. (s.f.). *neuroborreliosis de lyme*. Recuperado el 2014, de <http://www.uninet.edu/neurocon/congreso-1/conferencias/infecciosas-1.html>
 21. Gaya, G. (1972). *Estudios del lenguaje infantil*. Barcelona: Samuel S.A.
 22. Hernández R., F. C. (s.f.). *Metodología de la Investigación*. México: Editorial Mc Graw Hill Quinta ed. .
 23. Higle, M. B. (s.f.). *monografias.com*. Recuperado el 2015, de Trastornos afectivos conductuales: <http://www.monografias.com/trabajos88/trastornos-afectivos-conductuales/trastornos-afectivos-conductuales.shtml>
 24. Instituto Nacional de Tecnologías Educativas y de Formación del Profesorado. (2004). *Respuesta educativa para el alumnado con TDAH*.

- Recuperado el 2015, de http://www.ite.educacion.es/formacion/materiales/186/cd/m1/las_funciones_ejecutivas.html
25. J. Tirapu-Ustárrroz, G. P.-S.-B.-V. (2007). *¿Qué es la teoría de la mente?* Recuperado el 2015, de <http://neurologia.com/pdf/web/4408/x080479.pdf>
26. Jean, S. M. (1985 - 2004). *Manual ESP(Prueba de Percepción Temprana del Habla)*. Del Central Institute for the Deaf. Adaptación al español por Fundación Cinda. Centro de Investigación de Deficiencia Auditiva.
27. Jiménez, M. y. (2003). *Deficiencias Auditivas: Evaluación, Intervención y Recursos Psicopedagógicos*. Madrid: Editorial CEPE.
28. Juan Narbona, C. C.-M. (2000). *books.google*. Recuperado el 2015, de <https://books.google.es/books?id=jvFXfLG9FsMC&printsec=frontcover&dq=inauthor:%22Juan+Narbona%22&hl=es&sa=X&ei=v7eFVZreNcuuggTARlDQCg&ved=0CC4Q6AEwAg#v=onepage&q&f=false>
29. Luria, A. R. (1980). *Lenguaje y Comportamiento*. Madrid- España.: Editorial Fundamento 2da edición.
30. M.L.Alessandri. (2011). *Trastornos del Lenguaje. Detección y Tratamiento en el Aula*. Argentina: Ediciones Landeira S.A.
31. Marín, A. M. (Enero de 2009). *Innovación y Experiencias Educativas*. Recuperado el 2015, de Deficiencia Auditiva: Método Verbotal Etapa El., Ep. y ESO.: http://www.csi-csif.es/andalucia/modules/mod_ense/revista/pdf/Numero_14/ANAM_AMAYA_2.pdf
32. Mérida, J. A. (2009). *Implicaciones de la psicología de Lév S. Vygotsky en la concepción de la inteligencia*. Recuperado el 2015, de <http://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CB0QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.revistahistoriapsicologia.es%2Fapp%2Fdownload%2F5838414711%2F5%2BMORA.pdf%3Ft%3D1362394997&ei=AfeFVa-zN4ingwS6mIKYCQ&usg=AFQjCNECaOwD2qb08o>
33. Ministerio de Educación del Ecuador. (2011). *Manual de Sugerencias Pedagógicas*. Editorial Santillana.

34. Ministerio de Educación del Ecuador. (Mayo 2009). *Curso de Inclusión Educativa. Programa de Formación Continua del Magisterio Fiscal* .
35. Ministerio de Educación y Cultura. (1998). *Atención Alumnos y Alumnas con Necesidades Educativas Especiales (módulo 1)*. Quito - Ecuador.
36. Mónica Rosselli, E. M. (2010). *scribd*. Recuperado el 2015, de <http://es.scribd.com/doc/196931964/Neuropsicologia-Del-Desarrollo-Infantil-Rinconmedico-net#scribd>
37. Murillo, C. D. (2003 - 2006). *La colaboración como elemento definitorio de las escuelas inclusivas*. Recuperado el 2015, de <http://www.rinace.net/rlei/numeros/vol6-num2/editorial.pdf>
38. Narbona, J. &. (2001). *El Lenguaje del Niño. Capítulo 1 "Modelos Psicolingüísticos del desarrollo del lenguaje"*. Madrid – España: Editorial Masson.
39. Narbona, J., & Chevrie, C. (1981). Editorial Científico Médica, Barcelona,.
40. Nardo de Souza, M. (2007). *Re/ Habilitación Pediátrica . Accesorios que pueden hacer la Diferencia en el uso de la Amplificación*. Sao Paulo- Brasil: De Pontificia Universitaria Católica de Sao Paulo- Brasil.
41. Narvarte, M. (s.f.). *Prevención de los Trastornos Escolares: Estimulación, Estrategias y Actividades*. Argentina: Landeira Ediciones S.A.
42. ocw.um.es. (s.f.). Recuperado el 2015, de http://ocw.um.es/gat/contenidos/fcabello/tema6/2_concepto_de_retraso_mental.html
43. Peña, J. y. (1984). *Rehabilitación de la Afasia y Trastornos Asociados*. Barcelona – España: Editorial Masson, S.A. .
44. Perello, J. (1984). *Clínica y tratamiento de los trastornos de la voz y de la palabra (foniatría)*. San Diego California,: Edited by Mcneil y col.
45. Perez, F. &. (1986). *Para la Integración del Deficiente. "Orientaciones Psicopedagógicas"*. Madrid – España: Editorial Cepe, Ed 6ta.
46. Philip, S. (1997). *Desarrollo del Lenguaje - Un Enfoque Psicolingüístico*. México: Editorial Trillas.
47. Pineda, D. A. (s.f.). *LA FUNCION EJECUTIVA Y SUS TRASTORNOS*. Recuperado el 2015, de <http://bio.hgy.es/neurocon/congreso-1/conferencias/neuropsicologia-2-4.html>

48. Psicoactiva - Gloria Marsellach. (s.f.). *Crecer - etapas evolutivas en el niño*. Recuperado el 2015, de <http://ws.psicoactiva.com/articulos/articulo.asp>
49. PsicoActiva.com - Marsellach, G. (19 de Diciembre de 2005). *PsicoActiva.com*. Recuperado el 2015, de <http://www.psicoactiva.com/rss/rss2html.asp?actual=20&feed=psicoactiva&find=marsellach>
50. Puyuelo, M. (2003). *Aspectos evolutivos y Patológicos en el Niño y Adulto*. Madrid – España: En Manual de Desarrollo y Alteraciones del Lenguaje 1ra ed. .
51. Quiroz, O. (2007). *Manual de Ortopedia Funcional de los Maxilares y Ortodoncia Interceptiva*. Caracas - Venezuela : Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica.
52. Ramirez, R. (1987). *Conocer al Niño Sordo*. España: Editorial Cepe 2da ed.
53. Rodríguez, E. R. (2014). *síndrome de Down*. Recuperado el 2015, de Fundación Down21: http://www.down21.org/web_n/index.php?option=com_content&view=category&id=1010&Itemid=1
54. SCRIB . (Abril de 2013). *Educación y Multiculturalismo_2013*. Recuperado el 2015, de <http://es.scribd.com/doc/207163133/EducacionyMulticulturalismo-2013#scribd>
55. Smith, C. (07 de Diciembre de 2012). *Pedagogía de lo Humano*. Recuperado el 2015, de bligoo: <http://carlosmith.bligoo.com/el-lenguaje-noam-chomsky-jerome-bruner#.VYcle2elxw0>
56. UNESCO. (s.f.). *Directrices de la UNESCO sobre la educación intercultural*. Recuperado el 2015, de <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001478/147878s.pdf>
57. Verdugo, A. M. (1995). *LA CONCEPCIÓN DE DISCAPACIDAD EN LOS MODELOS SOCIALES*. Recuperado el 2015, de <http://www.um.es/discatif/TEORIA/Verdugo-ModelosSoc.pdf>
58. Vygotsky, L. S. (s.f.). *www.ateneodelainfancia.org.ar*. Recuperado el 2015, de http://www.ateneodelainfancia.org.ar/uploads/Vygotsky_Obras_escogidas_TOMO_2.pdf

59. Wikipedia. (s.f.). *Lev Vygotski*. Recuperado el 2015, de https://es.wikipedia.org/wiki/Lev_Vygotski
60. Yankel, P. (2004). *Audioprótesis. “Enfoque Médico, Fonoaudiológico y Electroacústico”*. Buenos Aires - Argentina: Editorial Ateneo 2da ed. .

ANEXOS

Anexo N° 1 Test de Battelle

BATTELLE

INVENTARIO DE DESARROLLO

PRUEBA DE SCREENING

Hoja de anotación

Nombre _____

Programa/escuela _____

Terapeuta/profesor _____

Examinador _____

| | AÑO | MES | DÍA |
|---------------------|---------------------|-----|-----|
| Fecha de examen | | | |
| Fecha de nacimiento | | | |
| Edad | | | |
| Edad en meses | (12 x años + meses) | | |

| RESUMEN DE PUNTUACIONES | | | | | | |
|-------------------------|--------------------|-------------------------------------|------------------------|----------|-------------|------------------|
| ÁREAS | PUNTUACIÓN DIRECTA | NIVEL DE CRITERIO (-1; -1.5; -2 DT) | PUNTUACIÓN DE CRITERIO | DECISIÓN | | EDAD EQUIVALENTE |
| | | | | Superado | No superado | |
| PERSONAL/SOCIAL | | | | | | |
| ADAPTATIVA | | | | | | |
| Motora gruesa | | | | | | |
| Motora fina | | | | | | |
| MOTORA | | | | | | |
| Receptiva | | | | | | |
| Expresiva | | | | | | |
| COMUNICACIÓN | | | | | | |
| COGNITIVA | | | | | | |
| PUNTUACIÓN TOTAL | | | | | | |
| RECOMENDACIONES: | | | | | | |



Copyright © 1984, 1988 LINC Associates, Inc.

Copyright © 1996 by TEA Ediciones, S.A. - Adaptado con permiso - Edita: TEA Ediciones, S.A.; Fray Bernardino de Sahagún, 24; 28036 MADRID - Prohibida la reproducción total o parcial. Todos los derechos reservados - Este ejemplar está impreso en tintas azul y magenta. Si le presentan otro en tinta negra, es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio, NO LA UTILICE - Printed Spain. Impreso en España por Imp. Casillas; Agustín Calvo, 47; 28043 MADRID - Depósito legal: M - 44.524 - 1996

Anexo N° 2 Test de Battelle. Área personal Social

ÁREA PERSONAL/SOCIAL

UMBRAL = puntuación 2 en dos ítems consecutivos de un nivel de edad.
TECHO = puntuación 0 en dos ítems consecutivos de un nivel de edad.

| EDAD (meses) | Ítem | Conducta | Puntuación | | | Observaciones |
|--------------|-------|--|------------|---|---|---------------|
| 0-5 | TS 1 | Muestra conocimiento de sus manos | 2 | 1 | 0 | |
| | TS 2 | Muestra deseos de ser cogido en brazos por una persona conocida. | 2 | 1 | 0 | |
| 6-11 | TS 3 | Participa en juegos como «cucú» o «el escondite». | 2 | 1 | 0 | |
| | TS 4 | Responde a su nombre. | 2 | 1 | 0 | |
| 12-17 | TS 5 | Inicia contacto social con compañeros. | 2 | 1 | 0 | |
| | TS 6 | Imita a otro niño. | 2 | 1 | 0 | |
| 18-23 | TS 7 | Sigue normas de la vida cotidiana. | 2 | 1 | 0 | |
| | TS 8 | Juega solo junto a otros compañeros. | 2 | 1 | 0 | |
| 24-35 | TS 9 | Conoce su nombre. | 2 | 1 | 0 | |
| | TS 10 | Utiliza un pronombre o su nombre para referirse a sí mismo. | 2 | 1 | 0 | |
| 36-47 | TS 11 | Reconoce las diferencias entre hombre y mujer. | 2 | 1 | 0 | |
| | TS 12 | Responde al contacto social de adultos conocidos. | 2 | 1 | 0 | |
| 48-59 | TS 13 | Describe sus sentimientos. | 2 | 1 | 0 | |
| | TS 14 | Escoge a sus amigos. | 2 | 1 | 0 | |
| 60-71 | TS 15 | Participa en juegos competitivos. | 2 | 1 | 0 | |
| | TS 16 | Distingue las conductas aceptables de las no aceptables. | 2 | 1 | 0 | |
| 72-83 | TS 17 | Actúa como líder en las relaciones con los compañeros. | 2 | 1 | 0 | |
| | TS 18 | Pide ayuda al adulto cuando lo necesita. | 2 | 1 | 0 | |
| 84-95 | TS 19 | Utiliza al adulto para defenderse. | 2 | 1 | 0 | |
| | TS 20 | Reconoce la responsabilidad de sus errores. | 2 | 1 | 0 | |

+ = Puntuación subárea

ÁREA ADAPTATIVA

| EDAD (meses) | Ítem | Conducta | Puntuación | | | Observaciones |
|--------------|-------|---|------------|---|---|---------------|
| 0-5 | TS 21 | Come papilla con cuchara. | 2 | 1 | 0 | |
| | TS 22 | Presta atención a un sonido continuo. | 2 | 1 | 0 | |
| 6-11 | TS 23 | Sostiene su biberón. | 2 | 1 | 0 | |
| | TS 24 | Come trocitos de comida. | 2 | 1 | 0 | |
| 12-17 | TS 25 | Comienza a usar la cuchara o el tenedor para comer. | 2 | 1 | 0 | |
| | TS 26 | Se quita prendas de ropa pequeñas. | 2 | 1 | 0 | |
| 18-23 | TS 27 | Distingue lo comestible de lo no comestible. | 2 | 1 | 0 | |
| | TS 28 | Se quita una prenda de ropa. | 2 | 1 | 0 | |
| 24-35 | TS 29 | Indica la necesidad de ir al lavabo. | 2 | 1 | 0 | |
| | TS 30 | Obtiene el agua del grifo. | 2 | 1 | 0 | |
| 36-47 | TS 31 | Se abrocha uno o dos botones. | 2 | 1 | 0 | |
| | TS 32 | Duerme sin mojar la cama. | 2 | 1 | 0 | |
| 48-59 | TS 33 | Se viste y se desnuda. | 2 | 1 | 0 | |
| | TS 34 | Completa tareas de dos acciones. | 2 | 1 | 0 | |
| 60-71 | TS 35 | Va al colegio solo. | 2 | 1 | 0 | |
| | TS 36 | Contesta preguntas del tipo: «¿Qué harías si...?» | 2 | 1 | 0 | |

Anexo N° 3 Test de Battelle. Área Adaptativa

ÁREA ADAPTATIVA (cont.)

UMBRAL = puntuación 2 en dos ítems consecutivos de un nivel de edad.
TECHO = puntuación 0 en dos ítems consecutivos de un nivel de edad.

| EDAD (meses) | Ítem | Conducta | Puntuación | Observaciones |
|--------------|-------|---------------------------------------|------------|---------------|
| 72-83 | TS 37 | Conoce su dirección. | 2 1 0 | |
| | TS 38 | Utiliza el teléfono. | 2 1 0 | |
| 84-95 | TS 39 | Maneja pequeñas cantidades de dinero. | 2 1 0 | |
| | TS 40 | Realiza tareas domésticas. | 2 1 0 | |

 Puntuación subárea

ÁREA MOTORA

| EDAD (meses) | Ítem | Conducta | Puntuación | Observaciones |
|--------------|-------|--|------------|---------------|
| 0-5 | TS 41 | Se lleva un objeto a la boca. | 2 1 0 | |
| | TS 42 | Toca un objeto. | 2 1 0 | |
| 6-11 | TS 43 | Gatea. | 2 1 0 | |
| | TS 44 | Coge un caramelo con varios dedos en oposición al pulgar (prensión digital-parcial). | 2 1 0 | |
| 12-17 | TS 45 | Sube escaleras con ayuda. | 2 1 0 | |
| | TS 46 | Coge un caramelo con los dedos índice y pulgar (pinza superior). | 2 1 0 | |
| 18-23 | TS 47 | Sube y baja escaleras sin ayuda, colocando ambos pies en cada escalón. | 2 1 0 | |
| | TS 48 | Mete anillas en un soporte. | 2 1 0 | |
| 24-35 | TS 49 | Salta con los pies juntos. | 2 1 0 | |
| | TS 50 | Abre una puerta. | 2 1 0 | |
| 36-47 | TS 51 | Corta con tijeras. | 2 1 0 | |
| | TS 52 | Dobla dos veces un papel. | 2 1 0 | |
| 48-59 | TS 53 | Recorre tres melros saltando sobre un pie. | 2 1 0 | |
| | TS 54 | Copia un triángulo. | 2 1 0 | |
| 60-71 | TS 55 | Se mantiene sobre un solo pie alternativamente, con los ojos cerrados. | 2 1 0 | |
| | TS 56 | Copia los números del 1 al 5. | 2 1 0 | |
| 72-83 | TS 57 | Anda por una línea «punta-tacón». | 2 1 0 | |
| | TS 58 | Copia palabras con letras mayúsculas y minúsculas. | 2 1 0 | |
| 84-95 | TS 59 | Salta a la cuerda. | 2 1 0 | |
| | TS 60 | Copia un triángulo inscrito en otro triángulo. | 2 1 0 | |

 Puntuación motora gruesa + Puntuación motora fina = Puntuación área

Anexo N° 4 Test de Battelle. Área de Comunicación y Cognitiva

ÁREA COMUNICACIÓN

UMBRAL = puntuación 2 en dos ítems consecutivos de un nivel de edad.
TECHO = puntuación 0 en dos ítems consecutivos de un nivel de edad.

| EDAD (meses) | Ítem | Conducta | Puntuación | Observaciones |
|--------------|-------|--|------------|---------------|
| 0-5 | TS 61 | Vuelve la cabeza hacia un sonido. | 2 1 0 | |
| | TS 62 | Emite sonidos para expresar su estado de ánimo. | | 2 1 0 |
| 6-11 | TS 63 | Asocia palabras con acciones u objetos. | 2 1 0 | |
| | TS 64 | Emite sonidos consonante-vocal. | | 2 1 0 |
| 12-23 | TS 65 | Sigue órdenes acompañadas de gestos. | 2 1 0 | |
| | TS 66 | Utiliza diez o más palabras. | | 2 1 0 |
| 24-35 | TS 67 | Comprende los conceptos «dentro, fuera, encima, delante, detrás, hacia». | 2 1 0 | |
| | TS 68 | Utiliza los pronombres «yo», «tú» y «mí». | | 2 1 0 |
| 36-47 | TS 69 | Sigue órdenes verbales que implican dos acciones. | 2 1 0 | |
| | TS 70 | Utiliza el plural terminado en «s». | | 2 1 0 |
| 48-59 | TS 71 | Comprende el plural. | 2 1 0 | |
| | TS 72 | Utiliza frases de 5 ó 6 palabras. | | 2 1 0 |
| 60-71 | TS 73 | Comprende el futuro de los verbos ser y estar. | 2 1 0 | |
| | TS 74 | Utiliza el comparativo. | | 2 1 0 |
| 72-83 | TS 75 | Reconoce palabras que no pertenecen a una categoría. | 2 1 0 | |
| | TS 76 | Habla sobre cosas que pueden suceder. | | 2 1 0 |
| 84-95 | TS 77 | Comprende los conceptos: dulce, duro y brillante. | 2 1 0 | |
| | TS 78 | Define palabras. | | 2 1 0 |



ÁREA COGNITIVA

| EDAD (meses) | Ítem | Conducta | Puntuación | Observaciones |
|--------------|-------|---|------------|---------------|
| 0-5 | TS 79 | Sigue un estímulo visual. | 2 1 0 | |
| | TS 80 | Explora objetos. | 2 1 0 | |
| 6-11 | TS 81 | Levanta una taza para conseguir un juguete. | 2 1 0 | |
| | TS 82 | Busca un objeto desaparecido. | 2 1 0 | |
| 12-23 | TS 83 | Extiende los brazos para obtener un juguete colocado detrás de una barrera. | 2 1 0 | |
| | TS 84 | Se reconoce a sí mismo como causa de acontecimientos. | 2 1 0 | |
| 24-35 | TS 85 | Empareja un círculo, un cuadrado y un triángulo. | 2 1 0 | |
| | TS 86 | Repite secuencias de dos dígitos. | 2 1 0 | |
| 36-47 | TS 87 | Identifica los tamaños grande y pequeño. | 2 1 0 | |
| | TS 88 | Identifica objetos sencillos por el tacto. | 2 1 0 | |
| 48-59 | TS 89 | Responde a preguntas lógicas sencillas. | 2 1 0 | |
| | TS 90 | Completa analogías opuestas. | 2 1 0 | |
| 60-71 | TS 91 | Identifica colores. | 2 1 0 | |
| | TS 92 | Identifica los objetos primero y último de una fila. | 2 1 0 | |
| 72-83 | TS 93 | Recuerda hechos de una historia contada. | 2 1 0 | |
| | TS 94 | Resuelve sumas y restas sencillas (números del 0 al 5). | 2 1 0 | |
| 84-95 | TS 95 | Resuelve problemas sencillos, presentados oralmente, que incluyen la sustracción. | 2 1 0 | |
| | TS 96 | Resuelve multiplicaciones sencillas. | 2 1 0 | |



Anexo N° 5 Test de Percepción Temprana de la Palabra.

CATEGORÍAS 3 Y 4
5-15 años
TEST DE PERCEPCIÓN TEMPRANA DE LA
PALABRA

Desarrollado por J. Moog y A. Geers (Early Speech Perception) y adaptado al español por A. Huarte y colaboradores

Apellidos: Nombre:
Fecha exploración:
Fecha de primera programación:

NOTA: Antes de comenzar la administración de la prueba, se le leen los ítems al paciente.

IDENTIFICACIÓN DE BISÍLABAS**IDENTIFICACIÓN DE MONOSÍLABAS**

| | | | |
|---------|----------|---------|---------|
| 1 leche | 13 globo | 1. sol | 13 tres |
| 2 coche | 14 silla | 2 seis | 14 pie |
| 3 silla | 15 mano | 3. sal | 15 rev |
| 4 vaca | 16 vaca | 4 tres | 16 sal |
| 5 perro | 17 perro | 5 luz | 17 pan |
| 6 mano | 18 coche | 6 tren | 18 flor |
| 7 globo | 19 pato | 7 pan | 19 sol |
| 8 pato | 20 boca | 8 rev | 20 luz |
| 9 cuna | 21 casa | 9 dos | 21 pez |
| 10 ojos | 22 cuna | 10 flor | 22 tren |
| 11 casa | 23 ojos | 11 pez | 23 seis |
| 12 boca | 24 leche | 12 pie | 24 dos |

TOTAL...../24

Puntuación 8-18: categoría 3

Puntuación mayor de 18: pasar lista de monosílabas

TOTAL...../24

Puntuación mayor de 12: corresponde a categoría 4

Anexo N° 6 Ficha Individual Logopédica 1 de 2.

FICHA INDIVIDUAL LOGOPEDICA

NOMBRE: _____
 FECHA DE NACIMIENTO: _____
 EDAD: _____
 DIRECCION: _____
 TELEFONO: _____
 FECHA: _____

Persona o Institución que le refirió a este centro: _____
 Esta persona ha sido referida por problema de: _____

Articulación: _____ Lenguaje: _____ Fonación: _____
 Nombre de la madre: _____ Edad: _____
 Nombre del padre: _____ Edad: _____
 Localización dentro de la familia: _____
 Familiares con problemas del Lenguaje: _____
 Parentesco: _____ Problema: _____

Nombre de la escuela a la que asiste: _____
 Dirección: _____
 Grado: _____ Nombre del maestro _____
 Asistió el niño a escuela especial: _____
 Se lleva bien con los niños en la escuela?: _____

PERIODO PRENATAL

Cuanto tiempo duró el embarazo? _____
 Tomó medicinas? _____
 Tuvo la madre algún accidente o padeció alguna enfermedad como: sarampión, paperas, incompatibilidad de ph, traumas, síndromes psíquicos, etc. _____

PERIODO NATAL

Tipo de parto: Normal _____ Cesárea _____
 Atendido por: _____ Lugar: _____
 Identifique cualquier tipo de complicación: fórceps, otros: _____

 Tuvo el niño problemas de respiración: _____
 Cianosis: _____ Ictericia: _____
 Cómo estuvo la succión? _____

Anexo N° 7 Ficha Logopédica 2 de 2.

PERIODO POSTNATAL

Sedestación: _____

Bipedestación: _____

Locomoción: _____

Control de esfínteres: _____

A qué edad comenzó el niño a balbucear? _____

A qué edad pronunció las primeras palabras? _____

A qué edad decía frases? _____

A qué edad decía oraciones completas cortas? _____

ANTECEDENTES PATOLOGICOS

Indique si el niño/a ha sufrido alguna enfermedad, infección, temperaturas altas u otros

Ha sufrido convulsiones? _____ Describalas: _____

Toma medicación actualmente? _____

Ha sido examinado antes por un neurólogo, psiquiatra, psicólogo, terapeuta del lenguaje? _____

Se ha sometido antes al examen audiométrico, fecha, lugar: _____

Tiene actualmente pérdida auditiva, utiliza audífonos? _____

DATOS SOBRESALIENTES DEL LENGUAJE

Describa si hubo cambios en el lenguaje en los últimos 6 meses _____

Le parece que tiene dificultad en entender cuando se le habla _____

Cómo se comunica el niño en la casa? _____

Qué factores cree usted que hayan causado o contribuido al problema de su hijo? _____

Por favor añada cualquier información que crea importante para ayudar al niño _____
