



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 14 – ENERO DE 2009

“LA SORDERA”

AUTORÍA MARÍA JOSÉ SEVILLA JIMÉNEZ
TEMÁTICA INTEGRACIÓN DE AUMNOS CON DISCAPACIDAD AUDITIVA
ETAPA TODAS LAS ETAPAS

Resumen

En este artículo se da una visión general sobre la sordera, conoceremos las diferentes denominaciones así como las variables que influyen a la hora de elegir un sistema de comunicación eficaz. También se darán a conocer las Necesidades Educativas Especiales que presentan la mayoría de los alumnos con discapacidad auditiva. Por último, se explica la figura del Intérprete de Lengua de Signos.

Palabras clave

Audición, sordo, hipoacúsico, necesidades educativas especiales, intérprete, lengua de signos

1. INTRODUCCIÓN: EL SISTEMA AUDITIVO

El sentido más importante ligado al lenguaje oral es el oído u órgano de la audición.

El oído se divide en:

1. Oído externo
2. Oído medio
3. Oído interno

1. El oído externo está formado por el pabellón auricular y por el conducto auditivo externo que termina en la membrana timpánica. Su función es la captación de las ondas sonoras así como la protección del oído. El cerumen evita la intromisión de cualquier elemento que pueda alterar la función auditiva.
2. El oído medio comienza en la membrana timpánica hasta la ventana oval. Su función principal es transmitir y amplificar las vibraciones timpánicas producidas por las ondas sonoras. El oído medio está constituido por la membrana timpánica, la cadena de huesecillos (martillo, yunque y estribo), la trompa de Eustaquio y la caja timpánica en donde todo ello se aloja. En su pared interna se encuentran las ventanas oval y redonda por donde el sonido pasa al oído interno.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 14 – ENERO DE 2009

La trompa de Eustaquio tiene como función la ventilación y el equilibrio barométrico de la caja timpánica.

3. El oído interno es el sitio donde el estímulo auditivo, amplificado por el oído medio, se transforma en impulso nervioso por medio de la estimulación del nervio auditivo. El oído interno está compuesto por la cóclea o caracol y el vestíbulo; ambas partes se encuentran dentro del laberinto membranoso lleno de endolinfa que, a su vez, se aloja en el laberinto óseo, lleno de perilinfa.

En el laberinto membranoso se diferencian dos partes: el canal coclear o laberinto anterior y los canales semicirculares o posteriores. El canal coclear lo componen, cada uno con una función diferente, la membrana basilar (donde se asienta el órgano de Corti), la membrana de Reissner y la estría vascular que tiene como función la irrigación de la zona. El laberinto posterior está compuesto por el utrículo (donde se asientan los canales semicirculares) y el sáculo.

El laberinto óseo es idéntico al membranoso. El caracol óseo está dividido en tres partes: rampa timpánica, rampa coclear y rampa vestibular.

La audición es la vía habitual para adquirir el lenguaje, uno de los más importantes atributos humanos. El lenguaje es la vía principal por la que los niños aprenden lo que no es inmediatamente evidente, y desempeña un papel central entre el pensamiento y el conocimiento. Como el habla es el medio de comunicación fundamental en todas las familias (excepto aquellas en que los padres son sordos), la sordera constituye una de las patologías que requiere una mayor intervención técnica.

Desde el ámbito de la logopedia, es necesaria la realización de tareas de prevención (instaurando hábitos adecuados), evaluación e intervención.

Un niño que presente sordera tendrá alterada la forma (presentando dislalias audiógenas), tendrá pobreza de vocabulario, dificultades de comprensión verbal y lectora, etc.

Según estudios recientes, de cada 100 niños nacidos, 2 presentan dificultades auditivas y por cada mil, 1 tiene dificultades severas (pérdidas de más de 50 dB).

2. ¿DEFICIENCIA AUDITIVA, SORDERA, SORDOMUDEZ O HIPOACUSIA?

Actualmente se consideran sinónimos. Sin embargo, en el entorno educativo, tradicionalmente se ha considerado más práctico hablar de deficiencia auditiva o sordera como sinónimos, pero reservar el término hipoacúsico a aquellos sujetos cuya audición, aunque deficitaria en distintos grados, es funcional. No obstante, de acuerdo con la nueva normativa, entendemos por deficiente auditivo a aquella persona con cualquier disfunción o alteración cuantitativa en la correcta percepción auditiva (dentro de esta expresión se incluyen por tanto a los hipoacúsicos y a los sordos).

En cuanto al término “sordomudo” es un término obsoleto, además de no ser correcto, debido a que las personas sordas no son mudas, sino que no emiten sonidos en algunos casos, aunque en otros sí que emiten sonidos, hablan, etc.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 14 – ENERO DE 2009

3.VARIABLES QUE INFLUYEN EN EL DESARROLLO DEL NIÑO CON DISCAPACIDAD AUDITIVA

La primera idea que quiero resaltar es la enorme variabilidad que podemos encontrar entre nuestros alumnos sordos. Un análisis de la misma nos permitirá entender mejor el concepto de sordera a la vez que nos dará estrategias para comprender mejor cada caso particular.

- Variables internas del niño sordo
 - Inicio de la sordera

Ésta es una de las variables determinantes. El impacto de la carencia auditiva sobre la adquisición del lenguaje está evidentemente condicionado por la edad en que uno se quedó sordo. no es lo mismo perder la audición antes que después de haber adquirido el lenguaje oral. Atendiendo a este criterio hay clasificaciones que hablan de:

- a) Sordos prelocutivos: la sordera se produce antes de la adquisición del habla.
- b) Sordos postlocutivos: la sordera se produce después de adquirir el habla.

Es difícil establecer un claro límite entre unos y otros. Desde un punto de vista pedagógico y en cuanto al aprendizaje del lenguaje oral, las estrategias ante un sordo prelocutivo y postlocutivo varían en algunos aspectos. En el primer caso, habrá que poner en marcha un programa para la adquisición del lenguaje oral. Ante el sordo postlocutivo, la intervención que llevemos a cabo se basará en proporcionarle estrategias que le permitan conservar y controlar lo adquirido apoyándose en la lectura y poniendo especial atención a las repercusiones socio- afectivas que la sordera suponga para el niño.

- Momento de diagnóstico del déficit auditivo

Esta variable desempeña un papel importante debido a que un diagnóstico precoz es el que permitirá un equipamiento protésico y una intervención educativa temprana que está directamente relacionada con el desarrollo lingüístico y académico del niño.

Cada vez existe una mayor conciencia de la importancia de este tema, especialmente en el caso de los niños de “alto riesgo”. Aún así es todavía relativamente frecuente encontrarnos con niños que no son diagnosticados antes de los dos años, quizá debido a la ausencia de medidas generalizadas para la detección temprana.

Este hecho sugiere una llamada de atención a los maestros, ya que una observación atenta de las reacciones de sus alumnos puede facilitar un mejor conocimiento de éstos, sospechar un déficit auditivo y tomar medidas que corrijan a tiempo el riesgo de los problemas escolares.

- Grado de la sordera

El término “grado de sordera” alude directamente a la cantidad de audición perdida; sin embargo, es fundamental prestar una especial atención a la calidad de la misma.

TIPO	D. A LEVE	D.A. MEDIA	D.A. SEVERA	D.A. PROFUNDA
UMBRAL AUDITIVO	20-40 dB	40-80 dB	70-90 dB	+ 90 dB

o Localización de la lesión

Desde el punto de vista médico, el criterio más frecuentemente utilizado para clasificar las sorderas es el que se centra en la localización de la parte del aparato auditivo en que se encuentra la lesión. La clasificación más habitual diferencia:

- a) Sordera conductiva o de transmisión: las dificultades auditivas se deben a problema de transmisión mecánica del sonido (OE- OM).
- b) Sordera de percepción o neurosensorial: las dificultades se producen por disfunciones que van desde el oído interno (OI) hasta el área auditiva del lóbulo temporal.
- c) Sordera mixta: combina dificultades de transmisión y de percepción.

o Etiología

La causa de la sordera es otra variable a considerar a la hora de intentar una mejor comprensión del caso concreto y nos puede dar una idea sobre las posibilidades del sujeto.

La sordera puede ser hereditaria, causada por una alteración cromosómica que uno de los padres aporta al niño en los cromosomas; la cual al ser recesiva, no suele conllevar problemas asociados. De ahí a que en muchas ocasiones se diga que los niños sordos de familias sordas (sorderas hereditarias) sean más despiertos y maduren más fácilmente en las primeras edades del desarrollo. Este hecho está relacionado con una buena aceptación por parte de la familia, así como por la existencia de un código lingüístico que los niños pueden incorporar y cuyo dominio posibilita un buen desarrollo cognitivo y afectivo.

Pero la sordera también puede darse por causas exógenas como:

- Aplasias: anomalías producidas durante el crecimiento embrionario. Pérdida máxima no supera los 60 dB. (Ausencia o malformación de pabellón auditivo, inexistencia de tímpano).
- Obstrucción del canal auditivo o tubárico: por tapones de cera u obstrucción de la Trompa de Eustaquio (tubárica). Pérdida entre 35- 55 dB máximo.
- Traumatismos: por descompresión brusca, una onda expansiva o un fuerte ruido.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 14 – ENERO DE 2009

- Intoxicación medicamentosa: sordera neurosensorial. La pérdida auditiva varía en función de la dosis y duración del tratamiento.
- Sordera por infecciones generales: también neurosensorial, a causa de rubéola (prenatal), gripe, meningitis... (postnatal).

En estos últimos casos los sujetos pueden acompañar a la sordera de otros problemas asociados: visuales, motores y/o cognitivos.

- o Nivel cognitivo

Desde la Psicología, una de las variables que tradicionalmente se ha considerado muy importante es el nivel intelectual del sujeto. Sin embargo, es una variable tremendamente cuestionada.

Dentro de la población sorda, el cociente intelectual tiene una variabilidad similar a la que se da en la población oyente. En efecto, igual que entre los oyentes, existen sordos con inteligencia alta, normal, baja o límite. Tal vez si aparecen más sordos en la categoría de retraso mental haya que atribuirlo por un lado a que ciertas etiologías, como ya he señalado anteriormente además de sordera comportan afecciones neurológicas y, por otro lado, a que las pruebas utilizadas tradicionalmente para evaluar el cociente intelectual de las personas sordas no son adecuadas.

- **Variables del entorno**

El medio va a ser determinante en el desarrollo del niño sordo, por lo que hay que prestarle especial atención. Además las variables ambientales tienen la característica de estar “bajo control” de las personas que forman parte de ese medio y, por tanto, son modificables a lo largo del tiempo.

- o Ambiente familiar

En la familia encontramos dos factores importantes: la aceptación de la sordera por parte de los padres (90 de cada 100 padres son oyentes) y la capacidad para ajustarse comunicativamente con sus hijos sordos.

Con toda probabilidad, los padres que acepten que su hijo es sordo van a establecer una relación más realista y, por tanto, menos patológica con su hijo.

- o Ambiente escolar

Junto con el ambiente familiar es ésta una variable que tiene mucha incidencia en el desarrollo del niño sordo.

La posibilidad de que el niño sordo reciba una atención educativa desde el momento en que se detecta su sordera es, sin duda, una garantía de un desarrollo más satisfactorio. La escolarización temprana amplía las experiencias del niño, le enfrenta con situaciones y problemas nuevos y facilita la comunicación con niños en sus mismas condiciones, favoreciendo el desarrollo del lenguaje.

Actualmente, se plantea la integración escolar de los alumnos con discapacidad auditiva en centros de integración preferente, en los que se agrupa un cierto número de alumnos sordos tratando de evitar el



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 14 – ENERO DE 2009

aislamiento, tanto del grupo de sordos con la sociedad oyente, como el que se produce en el ámbito individual si se integra a los alumnos separadamente.

En general, desde la escuela se debe prevenir, valorar e intervenir precozmente.

4. ¿NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES?

Desde la actual normativa se especifica que el alumno tiene necesidades educativas especiales si presenta dificultades de aprendizaje mayores que las del resto de los alumnos bien por causas internas, por una respuesta educativa desajustada, de forma que requiere adaptaciones de acceso y/o adaptaciones significativas en la respuesta educativa que requiere el alumno.

Se deduce que un alumno con discapacidad auditiva es un alumno con necesidades educativas especiales. Las más comunes son:

Lenguaje: necesidad de apropiarse tempranamente de un código comunicativo útil y de aprender de forma intencional el código mayoritario.

El lenguaje en el caso del alumno con discapacidad auditiva está alterado:

- RESPIRACIÓN: es irregular, aparentemente atáxica. Debemos observar si existe descoordinación de movimientos entre el tórax y el abdomen.
- VOZ: desarrolla cuatro tipos de voz:
 - o Voz de falsete: demasiado aguda y con excesiva resonancia.
 - o Voz chillona, átona, hueca y con frecuentes notas falsas.
 - o Voz de pecho, grave y ronca.
 - o Voz nasalizada, con excesivo uso de la resonancia nasal.
- ARTICULACIÓN: son muy frecuentes las dislalias audiógenas. Sustituyen un fonema por otro.
- ENTONACIÓN Y RITMO DEL HABLA: se debe evaluar si hay alteraciones rítmicas o de entonación.
- LÉXICO: hay que comprobar si el nivel de vocabulario es adecuado a su edad.
- ESTRUCTURACIÓN SINTÁCTICA: se debe evaluar las estructuras adquiridas y si existen incorrecciones morfológicas.

Esta valoración será realizada por el Equipo de Orientación Educativa (EOE) o por el logopeda, el cual facilitará los datos al EOE.

Es importante averiguar si el niño ha recibido estimulación precoz, adiestramiento auditivo...

Lectura: necesidad de un programa de lectura comprensiva.

Escritura: refuerzo de la escritura.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 14 – ENERO DE 2009

Comportamiento: incorporación de normas sociales y valores; asegurar su identidad, autoestima y autoconcepto positivo; estrategias de aprendizaje autónomo.

Motricidad: refuerzo en lateralidad, coordinación locomotriz, equilibrio y rapidez motórica.

Desarrollo cognitivo: mediante estrategias visuales y otros canales (tacto); necesidad de experiencia directa y de recibir mayor información de lo que sucede.

5. ¿LENGUA DE SIGNOS O LENGUA ORAL?

Dependiendo de las variables anteriormente mencionadas la persona sorda utilizará para comunicarse la lengua oral o la lengua de signos. Lo que es prioritario es que haya comunicación, sea como sea (lengua oral, bimodal, lengua de signos...).

6. ¿CÓMO HABLAR A UNA PERSONA SORDA?

- Llama su atención con un toque en su hombro.
- Si se trata de un niño sitúate a su altura.
- No le hables sin que te esté mirando.
- Procura que tu cara esté bien iluminada para facilitar la lectura labial.
- Háblale de frente, ya que si le hablas de lado puede perder lectura labial.
- Vocaliza bien, pero sin exagerar.
- Habla a una velocidad normal (ni deprisa ni despacio).
- No mastiques chicle, ni fumes.
- No te pongas las manos en la boca mientras hablas.
- Si no te entiende, repite o usa recursos: gestos, escribir en un papel...
- Utiliza un vocabulario sencillo.
- Si hay varias personas en la conversación se deben respetar los turnos.

7. ¿INTÉRPRETE DE LENGUA DE SIGNOS?

Hay muchas personas sordas que utilizan el servicio de intérpretes de lengua de signos. El Intérprete de Lengua de Signos (ILS) podría definirse como aquel profesional competente en la lengua de signos y la lengua oral de un entorno, capaz de interpretar los mensajes emitidos en una de esas lenguas a su equivalente en otra de forma eficaz.

Muchas veces cuando una persona sorda es acompañada por un intérprete caemos en la equivocación de pensar que es familiar de la persona sorda pero no es así, es un profesional que desempeña su trabajo. En el ámbito educativo, cada vez se ve más este profesional, por ejemplo, en los Institutos de Educación Secundaria y en la Universidad. El intérprete no es un profesor, pero desde el momento en que se incorpora al centro forma parte de la comunidad educativa, por tanto tiene derechos y deberes generales al igual que cualquier otro miembro de la comunidad educativa. En los centros de Educación Primaria no existe la figura del intérprete de lengua de signos, pero en un futuro seguro que aparece, de



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 14 – ENERO DE 2009

hecho actualmente, ya se están realizando experiencias de bilingüismo en algunos centros de la Comunidad Autónoma de Andalucía.

La figura del Intérprete de lengua de Signos surge para cubrir las siguientes necesidades:

Eliminar las barreras de comunicación con las que se encuentran tanto las personas sordas como oyentes, que comparten códigos de comunicación diferentes.

Facilitar a las personas sordas el acceso a la información en Lengua de Signos, como lengua propia de su Comunidad.

Favorecer la independencia de la persona sorda, usuaria de la Lengua de Signos, para tomar sus propias decisiones, ayudándola a disponer de la información necesaria para formarse un criterio.

Reconocer el derecho de acceder a la información y a la comunicación, tanto de las personas usuarias de la Lengua de Signos, como de la persona no competente en Lengua de Signos.

Por tanto podemos decir, que la función principal del intérprete de Lengua de Signos es igualar la situación de comunicación entre las personas sordas usuarias de la Lengua de signos y de las personas no competentes en la misma.

8. BIBLIOGRAFÍA

- Alegría, J. y Leybaert, J. (1988): *La adquisición de la lectura en el niño sordo*. En E. Ochaita y otros: *Alumnos con NEE*. Madrid: Popular.
- CNREE (1988): *Las NEE en la Escuela Ordinaria*. Serie formación. Madrid.: MEC/ CNREE.
- Marchesi, A. (1987): *El desarrollo cognitivo y lingüístico de los niños sordos*. Madrid.: Alianza Psicología.
- Pinedo, F.J. (1985): *El sordo y su mundo*. Madrid: CNSE.
- Gallardo, J. y Gallego, J.L. (1993): *Manual de logopedia escolar*. Málaga: Aljibe.
- Peña, J. (2001): *Manual de logopedia escolar*. Barcelona: Masson.
- Lara, P. y De los Santos, E (1999). *Técnicas de interpretación de Lengua de Signos*. Madrid: CNSE

Autoría

- Nombre y Apellidos: MARÍA JOSÉ SEVILLA JIMÉNEZ
- Centro, localidad, provincia: SANLÚCAR DE BARRAMEDA, CÁDIZ
- E-mail: asep82@hotmail.com