

BUREAU
INTERNATIONAL
D'AUDIOPHONOLOGIE

biap

RECOMENDACIONES

Secretariado Internacional

CHU Sart Tilman, ENT dept.
B-4000 Liège - Belgica
Tél : + 32 4 3667270
Fax: + 32 4 3667525
secretariat@biap.org

Secretariado Español

C.E.A.F.
(Comité Español de Audiofonología)
c/ Serrano 144
E-28006 Madrid - España
Tel. 34 91 561 88 06
Fax 34 91 411 76 51
ssantiago@fresno.csic.es

<http://www.biap.org>

BUREAU INTERNATIONAL D'AUDIOPHONOLOGIE

El Bureau Internacional d'Audiophonologie (**BIAP**) está constituido por delegados de sociedades, comités nacionales o regionales de Audiofonología, delegados de asociaciones profesionales internacionales relacionadas con las disciplinas mencionadas en la definición de la Audiofonología, y por miembros asociados. Reúne a expertos internacionales, agrupados en comisiones técnicas, para discutir, elaborar y redactar recomendaciones, que son ampliamente difundidas por el secretariado del BIAP. Los delegados, miembros asociados y expertos internacionales trabajan en común sobre un tema determinado, agrupados en comisiones técnicas especializadas, cuyos trabajos constituyen las actividades principales del BIAP, y cuyo funcionamiento se describe en el Reglamento de Régimen Interior nº 6.

Un aspecto importante del BIAP es la competencia profesional de sus expertos, así como la representatividad de los miembros delegados de las Sociedades, Comités y Asociaciones.

Durante el fin de semana de 1º de mayo, se celebra una CONVENCIÓN anual, donde los miembros del BIAP:

- * ponen a punto las estrategias de acción y los textos de las recomendaciones;
- * intercambian puntos de vista profesionales.

La Convención permite asimismo la reunión interdisciplinar que favorece los intercambios entre:

- * Las profesiones medicas (ORL, Foniatras, Neuropsiquiatras) etc...
- * Las profesiones paramédicas (Ortofonistas, Logopedas, Audioprotesistas, Psicólogos etc.)
- * Las pedagógicas (Profesores de sordos, Educadores especializados)
- * Las de disciplinas fundamentales (Lingüistas, Fonéticos, Físicos) Como resultados de estas reuniones se producen las mencionadas RECOMENDACIONES, que, largamente estudiadas y puestas a punto por expertos, al haber obtenido un amplio apoyo entre el conjunto de los miembros del BIAP, constituyen documentos de gran valor en los cuales podrán basarse los interesados para hacer adoptar, en sus países respectivos, leyes, decretos o reglamentos.

COMISIONES TÉCNICAS DEL BIAP

- | | |
|-----------|--|
| CT 01/04. | Documentación-Fichero-Terminología. |
| CT 02. | Clasificación de las deficiencias auditivas. |
| CT 03/05. | Formación-Legislación-Deontología. |
| CT 06. | Audífonos. |
| CT 07. | Implantes Cocleares |
| CT 08. | Promoción. |

CT 09/10.	Ruido.
CT 12.	Detección precoz de la deficiencia auditiva.
CT 14.	Estructuras en audiofonología.
CT 15.	Integración.
CT 17.	Comunicación.
CT 18.	Relaciones Internacionales.
CT 19.	Informática en audiofonología.
CT 20.	Lenguaje.
CT 21.	Niños pluridiscapacitados con deficiencias auditivas.
CT 22.	Prevención de la sordera.
CT 23.	Investigación en audiofonología.
CT 24.	Detección precoz de los trastornos del lenguaje en el niño.
CT 25.	Orientación familiar.
CT 26.	Formación e inserción profesional de jóvenes deficientes auditivos.
CT 27.	Voz.
CT 28	Educación Auditiva
CT 29	Acúfenos

COMITÉ ESPAÑOL DE AUDIOFONOLOGÍA

El COMITÉ ESPAÑOL DE AUDIOFONOLOGIA (CEAF) fue creado en 1975 como asociación sin fines lucrativos. Agrupa en la actualidad los miembros de las siguientes sociedades:

- Sociedad Española de Acústica (SEA).
- Asociación Nacional de Audioprotesistas (ANA).
- Federación Española de Asociaciones de Profesores Especializados en Perturbaciones de Audición y Lenguaje (FEPAL).
- Sociedad Española de Otorrinolaringología (SORL).
- Asociación Española de Farmacéuticos especialistas en Optica Oftálmica, Optometría y Audiología Protésica (FOA).
- Sociedad Medica Española de Foniatría.(SOMEF)
- Asociación Española de Logopedia, Foniatría y Audiología (AELFA).

El CEAF ostenta la representación del BIAP en España. Organiza regularmente Congresos, Reuniones y Jornadas sobre temas relacionados con la Audiofonología. Difunde las Recomendaciones del BIAP.

Información: **Secretaría del COMITÉ ESPAÑOL DE AUDIOFONOLOGÍA**
c/ Serrano 144, MADRID 28006. Tel. 34 91 561 88 06. Fax. 34 91 411 76 51.

RECOMENDACIONES DEL BIAP.

Estas recomendaciones han sido traducidas del original francés, de la forma más literal posible debido a su carácter muy técnico.

Rec 00/2.

Definición de la Audiofonología.

Rec. 02/1.

Clasificación de las deficiencias auditivas.

Rec.06/2.

Equipamiento técnico necesario para la practica de la corrección auditiva protésica.

Rec.06/3.

Moldes adaptadores de los audífonos.

Rec.06/4.

Dispositivos de ayuda a la comunicación para personas con deficiencia auditiva.

Rec.06/5.

Acompañamiento y seguimiento de los hipoacúsicos usuarios de audífono.

Rec.06/6.

Accesibilidad de las personas con deficiencia auditiva a establecimientos públicos, a instalaciones publicas y a transportes públicos.

Rec.06/7.

El procedimiento de adaptación protésica de las personas con deficiencia auditiva.

Rec.07/1

La information sobre el implante coclear en el niño deficiente auditivo.

Rec.09/10-1.

Examen de la audición de los trabajadores en la industria.

Rec.09/2.

Conservación de la audición.

Rec.09/3.

Medición de los niveles de ruido en los puestos de trabajo.

Rec.09/4.

Inteligibilidad de la palabra en las aulas

Rec. 12/1.

Detección de la sordera en neonatos por el estudio de las reacciones auditivas.(*)

Rec. 12/2.

Control de las reacciones auditivas entre el 9° y el 15° mes de edad.(*)

Rec. 12/3.

Examen de la audición de niños en edad escolar.(*)

Rec. 14/1 bis.

Estructuras audiofonológicas.

Rec. 15/1

Integración o coeducación preescolar y escolar de niños con deficiencia auditiva en aulas normoyentes.

Rec. 15/2.

Contexto legal encaminado a favorecer la integración y la coeducación de deficientes auditivos.

Rec. 15/3.

Evaluación del proceso de integración.

Rec. 17/1.

Estrategias de comunicación para deficientes auditivos.

Rec. 17/2.

Estrategias de comunicación para deficientes auditivos. (2ª parte).

Rec. 19/1.

Informática en Audiofonología.

Rec. 20/1.

Análisis de textos y pruebas de evaluación lingüística para efectuar protocolos de habla y de lenguaje.

Rec. 20/2.

Evaluation del lenguaje.

Rec. 20/3.

Anamnesis del niño antes de un chequeo del lenguaje.

Rec. 21/1.

Deficiencias múltiples y daños en la audición: aspectos preventivos en el niño.

Rec. 21/2.

Potenciación de las deficiencias asociadas.

Rec. 21/3

Sorderas con handicaps asociados

Rec. 22/1.

Prevención de la deficiencia auditiva.

Rec. 23/1.

Investigaciones en audiofonología. 1. Las pruebas de audiología.

Rec. 24/1.

Desarrollo del lenguaje y detección precoz de los trastornos del lenguaje.

Rec. 24/2.

Detección precoz de los trastornos del lenguaje en el niño

Rec. 25/1.

Seguimiento de los padres de niños con una deficiencia auditiva.

() En revisión*

Recomendación biap 00/2

DEFINICION DE LA AUDIOFONOLOGÍA

La audiofonología tiene por objeto el estudio de la audición, de la fonación, de la palabra y del lenguaje del hombre.

Incluye los aspectos: anatómico, fisiológico, psicológico, acústico, fonético, lingüístico y sociológico, de la comunicación.

La toma en consideración de los trastornos de la comunicación, presenta las siguientes vertientes: medica, pedagógica, ortofónica (o logopedica), psicológica y protésica.

Recomendación biap 02/1

CLASIFICACIÓN AUDIOMÉTRICA DE LAS DEFICIENCIAS AUDITIVAS.

Las deficiencias auditivas están en gran medida ligadas a una pérdida de la percepción de los sonidos y del habla en particular que contiene sonidos agudos y sonidos graves cuya potencia acústica es variable: ésta no puede ser reducida a un nivel acústico medio. Después de un examen clínico la medición audiométrica se realiza en condiciones acústicas satisfactorias. Hace aparecer una pérdida en decibelios en relación con el oído normal (dB H.L) en referencia con las normas ISO.

Una pérdida tonal media se calcula a partir de la pérdida en dB en las frecuencias 500 Hz, 1000 Hz, 2000 Hz y 4000 Hz.

Toda frecuencia no percibida es anotada a 120 dB de pérdida. La suma se divide por 4 y se redondea a la unidad superior.

En el caso de sordera asimétrica, el nivel medio de la pérdida en dB se multiplica por 7 para el oído mejor y por 3 para el oído peor. La suma se divide por 10.

I. Audición infranormal.

La pérdida tonal media no sobrepasa 20 dB. Se trata eventualmente de una pérdida tonal ligera sin incidencia social.

II. Deficiencia auditiva ligera.

La pérdida tonal media está comprendida entre 21 dB y 40 dB. El habla con voz normal es percibida, sin embargo se percibe difícilmente con voz baja o lejana . La mayoría de los ruidos familiares son percibidos.

III. Deficiencia auditiva mediana.

Primer grado: La pérdida tonal media está entre 41 y 55 dB.

Segundo grado: La pérdida tonal media está entre 56 y 70 dB.

El habla es percibida si se eleva un poco la voz. El sujeto entiende mejor si mira cuando le hablan. Se perciben aún algunos ruidos familiares.

IV. Deficiencia auditiva severa.

Primer grado: La pérdida tonal media está entre 71 y 80 dB.

Segundo grado: La pérdida tonal media está entre 81 y 90 dB.

El habla es percibida con voz fuerte cerca del oído. Los ruidos fuertes son percibidos .

V. Deficiencia auditiva profunda.

Primer grado: La pérdida tonal media está entre 91 y 100 dB.

Segundo grado: La pérdida tonal media está entre 101 y 110 dB.

Tercer grado: La pérdida tonal media está entre 111 y 119 dB. Ninguna percepción de la palabra . Solo los ruidos muy potentes son percibidos.

VI. Deficiencia auditiva total - cofosis

La pérdida tonal media es de 120 dB.

No se percibe nada

Lisboa 1997

Recomendación biap 06/2

EQUIPAMIENTO TÉCNICO NECESARIO PARA LA PRÁCTICA DE LA CORRECCIÓN AUDITIVA PROTÉSICA

La recomendación 06/2 define con sus características mínimas, el equipamiento necesario para el especialista de la corrección auditiva protésica para practicar de forma apropiada la adaptación protésica de los deficientes auditivos y en particular, para ejecutar con resultados reproducibles, las pruebas de evaluación de la corrección auditiva protésica propuestas por la recomendación 06/1.

Enumera y describe el equipamiento necesario para:

- ?? La elección de los amplificadores y los transductores que componen el conjunto del aparato o el sistema de corrección auditiva.
- ?? La adaptación de éste.
- ?? La entrega de la prótesis auditiva.
- ?? El control de su eficacia inmediata y permanente.
- ?? La práctica de la educación protésica del deficiente auditivo adaptado.

Describe también los locales destinados a la instalación y utilización de estos equipos, sus características acústicas que deberán tener en cuenta también las normas y reglamentaciones nacionales existentes.

Las características de los locales, de los equipos y de los materiales especificados a continuación, deben ajustarse a las prescripciones de la reglamentación de seguridad, higiene y de medicina del trabajo de los países respectivos en la medida que las exigencias acústicas mínimas propuestas por esta recomendación se respeten.

Constatando que, en los diferentes países, las disposiciones legales y reglamentarias que comporten estipulaciones en detrimento con relación a las propuestas por la presente recomendación, el BIAP desea que, en un plazo razonable, puedan adaptarse a la recomendación 06/2.

Perpignan (F) 1986.05.03

Recomendación biap 06/3

MOLDES ADAPTADORES DE LOS AUDÍFONOS

1. DEFINICIÓN

1.1. Está establecido que por “moldes adaptadores de los audífonos”, se conoce a los elementos que establecen el enlace del audífono con el oído externo.

Los moldes adaptadores tienen por objeto:

1.1.1. Fijar el audífono al oído externo.

1.1.2. Asegurar la transmisión de señales acústicas amplificadas evitando las reacciones entre el auricular y el micrófono del audífono (efecto Larsen).

1.1.3. En caso de necesidad, tener canales de ventilación de forma y dimensiones apropiadas para:

- a) actuar sobre la curva de respuesta del audífono
- b) equilibrar las presiones a uno y otro lado del tímpano
- c) asegurar la ventilación del conducto auditivo externo.

1.2. Comportan habitualmente

1.2.1. para los retroauriculares:

- un codo
- un tubo de enlace acústico
- un molde auricular

1.2.2 para las gafas auditivas:

- un tubo de enlace acústico
- un molde auricular

1.2.3. para los intra-auriculares:

- la carcasa

1.2.4. para los aparatos de bolsillo:

- un molde auricular
- eventualmente un tubo de enlace acústico

NB. Para los audífonos de conducción ósea, la transmisión de señales acústicas del vibrador a la apófisis mastoidea puede mejorarse con la interposición de una plaqueta de apoyo moldeada, adaptada a la morfología del sujeto.

Recomendación biap 06/4

DISPOSITIVOS DE AYUDA A LA COMUNICACIÓN PARA EL USO DE PERSONAS CON DEFICIENCIA AUDITIVA

INTRODUCCION

La recomendación 06/4 tiene por objeto el agrupamiento de realizaciones técnicas actualmente disponibles, con vistas a facilitar la comunicación de las personas con deficiencia auditiva y que estos productos pueden ser utilizados para paliar sus dificultades de comunicación.

Los dispositivos de ayuda a la comunicación pueden agruparse en tres categorías:

- Audífonos
- Dispositivos utilizados en combinación con los audífonos
- Dispositivos autónomos

Los audífonos son dispositivos activos¹ que se diferencian de los sistemas o dispositivos amplificadores usuales del comercio por los principios de aplicación y elección.

Los sistemas amplificadores usuales en que la curva de respuesta y la dinámica se adaptan a una audición normal o anormal, no pueden de ninguna manera sustituir a un aparato específico de corrección de la audición.

Las características de los audífonos deben en efecto, poder adaptarse a las características individuales, anatómicas, fisiológicas, psicoacústicas y patológicas del oído y de la audición residual de la persona afectada de deficiencia auditiva, cosa que evidentemente no permiten los sistemas amplificadores usuales del comercio.

Además, el delicado procedimiento de la adaptación² requiere especialistas con una competencia técnica específica asociada a la indispensable experiencia de comunicación con personas afectadas con deficiencia auditiva. Los especialistas que responden a esta exigencia son los audioprotesistas.

Los dispositivos combinables con los aparatos de corrección auditiva permiten la utilización de estos aparatos en determinadas situaciones o en entornos particulares (escuela, universidad, teatro, cine, salas de conferencia, escucha de la TV o del teléfono, etc.) a fin de mejorar la relación señal/ruido.

Los dispositivos autónomos de ayuda a la comunicación se emplean cuando el grado de pérdida auditiva no necesita (ciertas deficiencias ligeras) o no permite (cofósis) la utilización de un audífono o cuando la situación del momento no lo justifica (durante el sueño, p.e)

¹ Dispositivo activo: Dispositivo dependiente para su funcionamiento de una fuente de energía eléctrica o de cualquier otra energía que no sea la generada por el cuerpo humano o la gravedad (definición extraída de la Directiva europea nº 90/385/CEE, J.O.C.E. 20/07/90)

² Recomendación BIAP 06/1

Recomendación biap 06/5

ACOMPANAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE LOS HIPOACÚSICOS USUARIOS DE AUDÍFONOS

El establecimiento, el mantenimiento o la restauración de la comunicación acústica de las personas afectadas de deficiencia auditiva, exigen una adecuación rigurosa del audífono a su capacidad residual de percepción y tolerancia.

La preocupación de una rehabilitación tan completa como sea posible, implica que la corrección protésica no puede reducirse a los simples actos técnicos de la selección del audífono y su adaptación. Una asistencia diligente y un acompañamiento atento de la persona usuaria de audífonos, son factores importantes para obtener el éxito. El seguimiento, complemento indispensable del acto de la adaptación propiamente dicho, debe tener en cuenta las modificaciones eventuales de la función auditiva del paciente, la adecuación progresiva a su prótesis, cambios de su entorno acústico o socioprofesional susceptibles de necesitar un complemento de adaptación, de una posible deriva de las características del audífono, etc.

Estos aspectos específicos de la corrección de la sordera comportan, no solamente una relación privilegiada entre el paciente y su audioprotesista, sino, además, un verdadero compromiso moral de éste con su paciente.

Los múltiples problemas suscitados por la rehabilitación protésica de las personas afectadas de deficiencia auditiva requieren necesariamente una colaboración interdisciplinar con otras instancias competentes. Es indispensable una buena cooperación con el ORL y también con los médicos de cabecera. Además, en el caso en que la colaboración con los logopedas y/o maestros especializados sea necesaria, el audioprotesista velará por la buena coordinación de sus intervenciones. Apelará igualmente, en caso de necesidad, a los organismos, asociaciones o grupos especializados en la ayuda a la readaptación y reinserción social de los deficientes auditivos.

Aix les Bains (F) 1993.05.01

Recomendación biap 06/6**ACCESIBILIDAD DE LOS ESTABLECIMIENTOS QUE RECIBEN PÚBLICO , DE LOS ESTABLECIMIENTOS ABIERTOS AL PÚBLICO , ASÍ COMO DEL TRANSPORTE PÚBLICO , PARA LAS PERSONAS CON DEFICIENCIA AUDITIVA.**

Las personas con deficiencia auditiva se ven frecuentemente penalizadas cuando deben ir a estos establecimientos o cuando utilizan el transporte público.

Por un lado, estos lugares carecen en su mayoría del equipamiento y medios capaces de facilitar la comunicación de las personas con deficiencia auditiva y, por otro, el personal raramente está informado de la forma en que debe actuar con ellas.

La presente recomendación tiene como objetivo invitar a los poderes públicos , las colectividades y las empresas privadas a que estudien y pongan en marcha el equipamiento y las adaptaciones así como los medios que vuelvan los lugares abiertos al público y a los transportes públicos plenamente accesibles a las personas con deficiencia auditiva.

El BIAP recoge en anexo , entre los sistemas y procedimientos descritos por la recomendación 06/4 " Dispositivos de ayuda a la comunicación al uso de las personas con deficiencia auditiva " , aquellos que son más aptos para facilitar la comunicación de las personas con deficiencia auditiva.

Recomienda , de todos modos , que el personal relacionado con el público en los lugares u transportes públicos , reciba información suficientemente precisa sobre como deben comportarse ante las personas con deficiencia auditiva. En caso de necesidad , estas deberían poder contar con una persona instruida en los modos de comunicación propios de los sordos.

Lisboa 1997

Recomendación biap 06/7**EL PROCEDIMIENTO DE ADAPTACIÓN PROTÉSICA DE LAS PERSONAS CON DEFICIENCIA AUDITIVA**

La adaptación protésica no consiste en una simple adecuación de las características del aparato de corrección auditiva a los resultados de la prueba audiométrica tonal, sino que implica tener en cuenta la personalidad y las capacidades personales del paciente. Debemos considerar en efecto, no solo la pérdida auditiva sino también las diversas alteraciones de la percepción relacionadas con la deficiencia auditiva .

La adaptación protésica requiere un procedimiento riguroso, en el cual los diversos componentes deben ser tomados en consideración, y únicamente la realización de investigaciones específicas permitirá evaluar y comparar la eficacia protésica de distintos tipos de adaptaciones.

El audioprotesista, por su formación, posee las cualidades necesarias para la realización de ésta tarea, al igual que para la aplicación de un protocolo riguroso que permita la evaluación continua de los resultados.

Para los niños , la adaptación requiere , además de lo s protocolos mencionados anteriormente, la participación de un equipo multidisciplinar especializado tal y como se define en la Recomendación biap 14/1 <<Estructuras en Audiofonología>>, en el marco de una armonización del proceso de adaptación.

Se recomienda que el informe de las adaptaciones protésicas sea comunicado a los diversos responsables del seguimiento de la persona con deficiencia auditiva .

(*) Esta recomendación es el resultado de una reflexión pluridisciplinar llevada a cabo en el seno del Bureau Internacional de Audiofonología.

Lisboa 1997.

Recomendación biap 07/1

LA INFORMACIÓN SOBRE EL IMPLANTE COCLEAR EN EL NIÑO DEFICIENTE AUDITIVO

La CT 07 recomienda el tratamiento por parte de los profesionales que forman parte de un equipo pluridisciplinar audiológico (véase CT 14) del niño muy joven deficiente auditivo severo o profundo, si es posible, antes de la edad de un año.

Por lo tanto recomienda:

Un diagnóstico preciso de la deficiencia auditiva y de los eventuales trastornos asociados con los exámenes complementarios necesarios.

Un acompañamiento de los padres u orientación familiar.

Un desarrollo óptimo de o de los modos de comunicación elegidos de acuerdo con la elección de los padres.

Una adaptación protésica precoz.

Una evaluación en el tiempo de la evolución del niño ante cualquier decisión de implante.

1/ INFORMACIÓN A LAS FAMILIAS

Dos partes:

~~para~~ para los niños que presentan una deficiencia auditiva congénita o prelingual

~~para~~ para los niños que presentan una deficiencia auditiva post-lingual: sordera adquirida o evolutiva.

1-1 *Para los niños que presentan una deficiencia auditiva congénita o prelingual*

1-1-1 Información en período de diagnóstico

Se puede dar una información clara sobre el implante coclear desde este período, en el marco de una información general. Esta información no deberá conllevar una menor inversión en el tratamiento y en concreto en la prótesis auditiva.

Por lo tanto, hay que insistir en los siguientes puntos:

- La colocación de un implante coclear no es una intervención “milagrosa”. No es una reparación del oído que restablezca la audición normal.

- Tiene indicaciones precisas y limitaciones. Solo puede ser planteada tras un período suficientemente largo de observación para apreciar el beneficio obtenido por las prótesis auditivas y la evolución del niño.

Durante este período, es indispensable, con la participación de los padres:

- seguir la adaptación protésica insistiendo en la paciencia necesaria para apreciar su resultado.

- practicar una educación auditivo-perceptiva adaptada y continua.

- desarrollar la comunicación del niño y crear condiciones de acceso a un idioma.

Este tratamiento representa, de todas formas, los prerequisites necesarios para una candidatura al implante coclear.

Durante este período, se deberá ayudar a las familias a reflexionar

- sobre la deficiencia auditiva y sus repercusiones.
- en la elección del modo de comunicación.
- en las implicaciones psicológicas, lingüísticas y pedagógicas de esta elección.

1-1-2 La información por el equipo audiofonológico en el transcurso del tratamiento

1-1-2-1 La información colectiva

Esta información puede adquirir varias formas e inscribirse en el conjunto de informaciones transmitidas a las familias: entrevistas, coloquios, reuniones de padres, encuentros con personas sordas.

Esta información deberá ser ampliamente pluridisciplinar.

El uso de documentos o de videos es posible, siempre y cuando se respete una visión objetiva de los resultados potenciales.

Esta información debe ser ante todo coherente y debe mantener una distancia y una crítica eventual con respecto a la información transmitida por los medios de comunicación.

Finalmente, en el marco de una información general sobre el implante coclear, la comisión solicita que sea tratado el problema de handicap asociado a la deficiencia auditiva. La presencia de handicap asociado no constituye una contraindicación al implante coclear. Sin embargo, en la decisión se deberán tener en cuenta las potencialidades del niño, la existencia de una estrategia de comunicación y de motivación de la familia. Entonces, la indicación dependerá sobre todo del beneficio que pueda aportar el implante en el contexto de esta patología asociada.

1-1-2-2 La información personalizada (cuando se plantea la posibilidad de un implante coclear)

Esta posibilidad de implante puede plantearse tanto por el equipo audiofonológico que sigue al niño, como por la familia que se cuestiona esta eventualidad. Es necesario que los diferentes miembros del equipo se hayan puesto de acuerdo antes de aceptar este proyecto.

El papel del médico (ORL, foniatra o audiofonólogo) es importante en esta información, pero debe realizarse en estrecha colaboración con los profesionales implicados (véase Recomendación CT 25 Anexo: papel del médico en la orientación familiar).

La información deberá ser amplia, reiterativa y personalizada:

- La información sobre el implante en sí
 - su principio, sus aportaciones, sus limitaciones y los diferentes tipos de implante
 - ¿qué puede aportar al niño con respecto a su situación actual?

- La información sobre el período pre-implante.

Los padres deberán estar informados:

- de la necesidad de exámenes complementarios
- de la posibilidad de contraindicaciones en la intervención
- de la importancia de la decisión de los padres. Esta requiere un compromiso:
 - para un desarrollo del lenguaje oral
 - para una asiduidad al programa de rehabilitación post-implante.

Hay que dejar a los padres tiempo para replantearse sus dudas y permitirles conocer a:

- personas sordas
- familias de niños deficientes auditivos con o sin implante
- miembros de asociaciones de padres de niños deficientes auditivos portadores o no de un implante coclear.

La familia puede pasar, en efecto, por un período difícil antes de la decisión. La necesidad de una elección y la fuerte responsabilidad que representa, pueden requerir una ayuda psicológica que deberá adaptarse a esta situación en concreto (véase Recomendación CT 25: Orientación familiar).

1-1-3 La familia se dirige o se ha dirigido al equipo responsable del implante

Este equipo debe ponerse en contacto con aquel que garantice el tratamiento. Debe solicitar el informe multidisciplinar del niño y estudiarlo.

El interrogatorio y los primeros exámenes tendrán por objeto estudiar si el implante es factible o si pueden presentarse contraindicaciones eventuales.

1-1-3-1 Período de observación con vistas al implante

Salvo en este caso concreto, la decisión de implante se tomará solo después de un período mínimo de observación de 6 meses. Este plazo es necesario en el niño muy joven para poder apreciar su evolución, habiéndose asegurado previamente de la calidad del tratamiento y de la adaptación protésica durante este período. La percepción auditiva con prótesis deberá estar controlada y este examen deberá repetirse en caso necesario. Finalmente, este plazo permitirá también a las familias el madurar sus decisiones.

1-1-3-2 El estudio de factibilidad

Requiere la participación de todos los miembros del equipo pluridisciplinar responsable del implante. Deberá existir un consenso sobre la indicación del implante entre el equipo de implante y el equipo que se encargará del niño.

El estudio de factibilidad requiere:

- un examen O.R.L.
- un examen audiométrico completo
- una evaluación del lenguaje
- una evaluación protésica
- una evaluación psicológica
- una investigación etiológica
- la búsqueda de trastornos asociados.

Exámenes complementarios:

- exámenes electro-fisiológicos
- exámenes radiológicos (scanner, IRM), etc....

1-1-3-3 El equipo responsable del implante deberá informar a la familia

Deberá mantener una relación continua con el equipo que garantice el compromiso para evaluar la progresión del niño.

Deberá dar todas las informaciones necesarias

- acerca de lo que se puede conseguir con un implante y sobre las posibilidades de uso de los restos auditivos actuales

- acerca de la intervención quirúrgica y la colocación del implante

- acerca del seguimiento post-implante, sus modalidades, su duración y su coste

- acerca de las posibilidades

de progresos técnicos futuros

de fallos técnicos

pudiendo los unos o los otros justificar la sustitución de todo o parte de la adaptación con o sin intervención quirúrgica.

Organizará encuentros de niños portadores de un implante y de sus familias

La comisión subraya que la decisión definitiva corresponde siempre a la familia

1-2 Para los niños que presenten una deficiencia auditiva post-lingual

Puede tratarse de deficiencias auditivas adquiridas o evolutivas.

Las recomendaciones referentes a la información serán las mismas que para los niños que presentan una sordera congénita o prelingual.

Sin embargo, la comisión recalca los siguientes hechos:

- El diagnóstico y la evaluación de la ganancia protésica serán más fáciles.

- La posibilidad de un implante coclear puede plantearse con mayor precocidad, en concreto en las sorderas post-meningíticas.

- La reeducación post-implante puede ser menos larga, pero depende de la antigüedad de la sordera.

- La conservación y el estímulo de la comunicación oral son necesarios, eventualmente con otras formas de comunicación adaptadas a las necesidades específicas del niño.

- Deberá existir un consenso sobre la indicación del implante entre el equipo de implante y el equipo que se encargará del niño.

2) INFORMACIÓN PARA EL NIÑO QUE DEBE LLEVAR UN IMPLANTE COCLEAR

La comisión insiste en la necesidad de proporcionar asimismo el máximo de información al niño. Esta información será adaptada en función del nivel de comprensión y de expresión lingüística del niño, para permitirle participar lo más posible en el proceso de decisión del implante.

Utilizará todos los medios adaptados a la transmisión de un mensaje al niño deficiente auditivo en función de su edad. Por ejemplo, se le puede presentar el material externo del implante; asimismo puede conocer a niños portadores de un implante, etc...

Esta información deberá llevarse a cabo inmediatamente antes de la intervención, en el período postoperatorio y más adelante, en el momento de los ajustes.

Nivelles (B) mayo 1999

Recomendación biap 09/10-1

EXAMEN DE LA AUDICIÓN DE LOS TRABAJADORES DE LA INDUSTRIA

Esta recomendación da directivas para la protección del oído de los obreros que trabajan en ambiente ruidoso. El ruido es peligroso en situaciones de un L_{eq} de 90 dB (A), 8 horas al día, sin embargo, en ciertos casos, se pueden producir lesiones auditivas a niveles de ruido de 85 dB (A).

Esta recomendación no presenta ninguna proposición concerniente a las medidas del ruido. De acuerdo con los conocimientos científicos actuales, los efectos del ruido sobre el oído interno dependen de la presión acústica que se indica en L_{eq} en dB (A) y que se puede medir de forma precisa. El ruido puede ser origen de repercusiones directas o indirectas sobre la capacidad auditiva y otras funciones fisiológicas, pero solo la pérdida auditiva puede determinarse con una cierta precisión.

- ?? Todos los trabajadores deben ser sometidos a un examen de la audición en el momento de su contratación para un puesto de trabajo expuesto al ruido y también al cambiar de puesto independientemente del L_{eq} en el nuevo entorno.
- ?? Cuando un trabajador se coloca por primera vez en un lugar de trabajo ruidoso, es indispensable medir su capacidad auditiva al menos dos veces por año en los dos primeros años, lo que será considerado un “periodo de aprendizaje”.
- ?? Después del “periodo de aprendizaje”, se deberá efectuar un examen de la audición al menos cada tres años independientemente de otras leyes y reglamentos en vigor en los diferentes países.
- ?? Los trabajadores que han cumplido su periodo entero de aprendizaje y que son transferidos a otra industria, serán examinados según los datos descritos en el apartado anterior.
- ?? Los exámenes audiométricos de despistaje se pueden efectuar sin periodo previo de descanso acústico. Sin embargo, si los resultados son patológicos, solo se tomará una decisión concerniente a las medidas preventivas con los exámenes efectuados después de 14 horas de reposo acústico como mínimo.
- ?? A un trabajador que se le coloque por primera vez en lugar de trabajo ruidoso e independientemente del L_{eq} presente, se le someterá a un examen audiométrico tonal por vía aérea en las frecuencias, 250, 500, 1000, 1500, 2000, 3000, 4000, 6000 y 8000 Hz y en vía ósea: 250, 500, 1000, 1500, 2000, 3000 y 4000 Hz.
- ?? El control de la función auditiva deberá hacerse en una cabina insonorizada, sin auriculares de protección acústica. Solamente podrán hacerse fuera de una cabina insonorizada las pruebas audiométricas de despistaje, con la condición de que se utilicen los auriculares de protección acústica y que el L_{eq} ambiente no sobrepase los 50 dB (A). Ver norma ISO 389 y recomendación CEI 303 y 318.

?? Se instaurarán medidas de prevención según las prescripciones nacionales sobre la base de los resultados audiométricos y de las condiciones físicas del lugar de trabajo. Estas medidas pueden ser controles regulares de la función auditiva y a intervalos más cortos que los mencionados en los apartados anteriores, la indicación para llevar un aparato protector del oído y el preaviso de un cambio de lugar de trabajo.

Lagos – Portugal 1983.05.03

Recomendación biap 09/10-2

CONSERVACIÓN DE LA AUDICIÓN EN LUGARES DE TRABAJO

INTRODUCCIÓN

Una recomendación de este tipo debe tener como fin el aprovechamiento global de un grupo multidisciplinar en sus actividades científicas de manera a que el ciclo hombre-entorno pueda ser tan cerrado como sea posible para llegar a la verdadera prevención humana y a la previsión de riesgos en grupos de sujetos que son expuestos a intensidades sonoras patológicas.

Esta debe ser pragmática y accesible, teniendo como fin la protección de los trabajadores frente a los riesgos de la exposición al ruido en el puesto de trabajo; es un complemento de la recomendación BIAP 09/10-1 aprobado en la convención de Lagos (Portugal) y que comprende:

Programa sonométrico

Programa audiométrico

Interpretación de los resultados obtenidos

?? Programa sonométrico

Este programa tiene por objeto la determinación de los niveles acústicos equivalentes en dBA en los puestos de trabajo, de manera a determinar las zonas de riesgo, de probabilidad de riesgo o de ausencia de riesgo.

El nivel acústico continuo equivalente en dBA ($L_{Aeq T}$), o el nivel de exposición al ruido normalizado para una jornada de trabajo de 8 horas ($L_{EX,8h}$), o el nivel de exposición al ruido semanal ($L_{EX,s}$), según la reglamentación de cada país, se determinará para cada puesto de trabajo durante un periodo de tiempo representativo de ciclo de exposición, sea por sonómetros integradores, sea por dosímetros de ruido basados sobre el principio de igualdad de energía.

El micrófono se colocará en la posición aproximada del oído del trabajador (de preferencia en ausencia de éste) expuesto al nivel de ruido más elevado. Si es necesaria la presencia de la persona, el micrófono se colocará a una distancia de la cabeza tal que se minimicen los efectos de difracción y de la distancia sobre el valor medido (0,1 m puede ser una distancia conveniente); si se coloca el micrófono sobre la persona, se tendrán en cuenta las compensaciones adecuadas para poder determinar un campo de presión no perturbado equivalente. (Para más precisiones, referirse a la norma ISO 1999: 1990.- Acústica – Determinación de la exposición al ruido en medio profesional y estimación del daño auditivo inducido por el ruido; y a la Directiva del Consejo del 12 de mayo de 1986 concerniente a la protección de los trabajadores contra los riesgos debidos a la exposición al ruido durante el trabajo, en el Journal officiel des Communautés européennes de 24 de mayo de 1986, nº L 137/28-34).

Si la naturaleza del ruido es impulsional, debe determinarse el nivel de presión acústica de pico, Lpe.

Para la selección de protectores auditivos adecuados, debe hacerse una medida complementaria en dBC para determinar el índice armónico I de ruido.

?? Programa audiométrico

Las medidas audiométricas deben realizarse en un entorno que se corresponda a las exigencias de la Norma ISO 6189. Sería conveniente efectuar un examen otológico (audiometría tonal por vía aérea y otoscopia) previo a la incorporación al puesto de trabajo, acompañado de anamnesis. Se efectuarán exámenes periódicos según la legislación aplicable en cada país, concerniente a los niveles y tiempo previos y actuales de exposición. Los audiómetros se harán según la norma ISO 6189 o Rec. BIAP 09/10-1.

?? Interpretación de los resultados obtenidos

La interpretación individual se hace comparando las pérdidas constatadas con la distribución de pérdidas obtenidas en función de la edad, los antecedentes de exposición y el nivel de exposición del sujeto. Esta distribución puede realizarse a partir del modelo propuesto por la Norma ISO 1999: 1990.

La sensibilidad individual al traumatismo auditivo se define como el porcentaje de la población con las mismas características que presentan pérdidas inferiores a aquellas observadas en el sujeto. El programa de conservación de la audición tiene por objetivo determinar lo antes posible, en el curso de la evolución del sujeto, su sensibilidad, de manera a poder extrapolar su riesgo de traumatismo a la edad de la jubilación.

Lisboa 1997

Recomendación biap 09/10-3

MEDICIÓN DE LOS NIVELES DE RUIDO EN LOS PUESTOS DE TRABAJO

Introducción

El Consejo de las Comunidades Europeas adoptó en 1986 una Directiva (Directive 86/188/CEE) que se refiere a la protección de los trabajadores contra los riesgos derivados de la exposición al ruido durante el trabajo, aplicable en los estados miembros a partir del 1° de Enero de 1990 (en Grecia y Portugal el 1° de Enero de 1991) a través de lo dispuesto en las respectivas normativas nacionales de cada país. Para la aplicación de estas normativas es imprescindible conocer los datos acústicos relativos a los niveles sonoros producidos por las máquinas, que pueden servir para obtener las dosis de ruido que pueden recibir los operadores de las mismas.

Objeto

La presente Recomendación prescribe un método de medida de niveles de presión acústica de emisión de las máquinas y de los equipos en los puestos de trabajo y en otros lugares, siguiendo el procedimiento descrito en las normas ISO 9612, NFS 31-084 y ISO 6081-1986

El puesto de trabajo, ocupado por un operador, puede estar situado en un espacio abierto donde funciona la fuente de ruido, o en una cabina fijada a la fuente, o situada a cierta distancia de la misma.

La presente Recomendación es aplicable a cualquier tipo de máquina, y a los puestos de trabajo y a otras posiciones especificadas en donde hay que medir los niveles de presión acústica de emisión.

Magnitudes a medir

Las magnitudes de base que hay que medir en cada posición especificada durante las fases o ciclos de operación especificados de la máquina en ensayo son las siguientes:

- nivel de presión sonora de emisión temporal medio ponderado A, y
- nivel de presión acústica de pico ponderado C.

NOTA: Si la máquina emite sucesos acústicos aislados, conviene determinar el nivel de presión acústica de emisión de cada suceso elemental, obtenido en la posición especificada, L_p

Informaciones a obtener a partir de las mediciones acústicas

- 1) Niveles de presión sonora de emisión ponderados A, obtenidos en las posiciones especificadas;

2) Niveles de presión acústica de emisión de pico ponderados C, obtenidos en las posiciones especificadas.

Informaciones a consignar en el informe de medida

Solamente se deben consignar en el informe de medidas las informaciones necesarias, recogidas teniendo en cuenta los objetivos de la medida: la *exposición* diaria de un trabajador al *ruido*, y el *valor medio semanal de exposición* de un trabajador al *ruido*, $L_{EP,W}$.

Los valores de los niveles de presión sonora de emisión, L_{PA} , en las posiciones especificadas, deben ser consignados redondeando al 0,5 dB más próximo.

Lisboa 1997

Recomendación biap 09/10-4

INTELIGIBILIDAD DE LA PALABRA EN LAS AULAS

Introducción

Para la realización del proceso de enseñanza en condiciones idóneas, éste deberá tener lugar en aulas con una buena inteligibilidad de la palabra.

Entre otras exigencias, las condiciones acústicas deben ser prioritarias para que el mensaje del profesor llegue de forma clara a cada uno de los alumnos, y a la inversa.

La transmisión del mensaje oral puede estar afectada por dos factores acústicos: el ruido de fondo y las reflexiones sonoras en los paramentos interiores del aula; estos dos factores negativos disminuyen la inteligibilidad de la palabra.

Para obtener un porcentaje de inteligibilidad óptimo en el aula, se debe controlar el nivel de ruido en su interior, y debe existir un tiempo de reverberación adecuado para una buena transmisión de la palabra.

Los niveles de ruido recomendados en el interior de un recinto docente no deberían superar los siguientes valores, en función de la utilización del mismo

<i>Recinto</i>	<i>Niveles sonoros en dBA</i>
Aula	40
Sala de uso general	50
Sala silenciosa, sala de maternal	35

Aislamiento acústico

La obtención de los niveles sonoros indicados más arriba depende del aislamiento acústico de los recintos frente al ambiente exterior, fundamentalmente si están situados en lugares cercanos a autopistas, líneas férreas, aeropuertos o corredores aéreos; es necesario asimismo considerar el aislamiento acústico frente a recintos contiguos u otros espacios que podrían ser fuentes potenciales de ruido, como los pasillos, escaleras, etc.

Los valores recomendados para el aislamiento acústico de las paredes exteriores de los recintos (incluyendo ventanas, puertas y sistemas de ventilación), techos y suelos se presentan en la Tabla I:

<i>Pared, suelo, techo entre</i>	<i>Aislamiento acústico, dBA</i>
Aula / Ambiente exterior muy ruidoso (> 80 dBA)	49
Aula / Ambiente exterior ruidoso	44
Aula / Ambiente exterior no ruidoso (~ 70 dBA)	39
Aula / Ambiente exterior silencioso (~ 65 dBA)	34
Aula / Aula	44
Aula / Pasillo	39
Aula / Escalera	44
Aula / Sala de equipos	56
Aula de descanso / Sala maternal	56

Tiempo de reverberación

El tiempo de reverberación necesario para un aula se obtendrá colocando un tratamiento acústico en su interior a base de materiales acústicos absorbentes y con una forma adecuada del aula.

Un valor del tiempo de reverberación T generalmente aceptado para un aula vacía de dimensiones normales (200 a 1.000 metros cúbicos) es de 0,4 segundos, como valor medio para las bandas de frecuencia de 500 a 1000 Hz; en cualquier caso, el valor adecuado del tiempo de reverberación para obtener una buena inteligibilidad de la palabra es función del volumen del recinto, como se indica en la figura 1, que expresa la relación entre el tiempo de reverberación óptimo y el volumen de la sala.

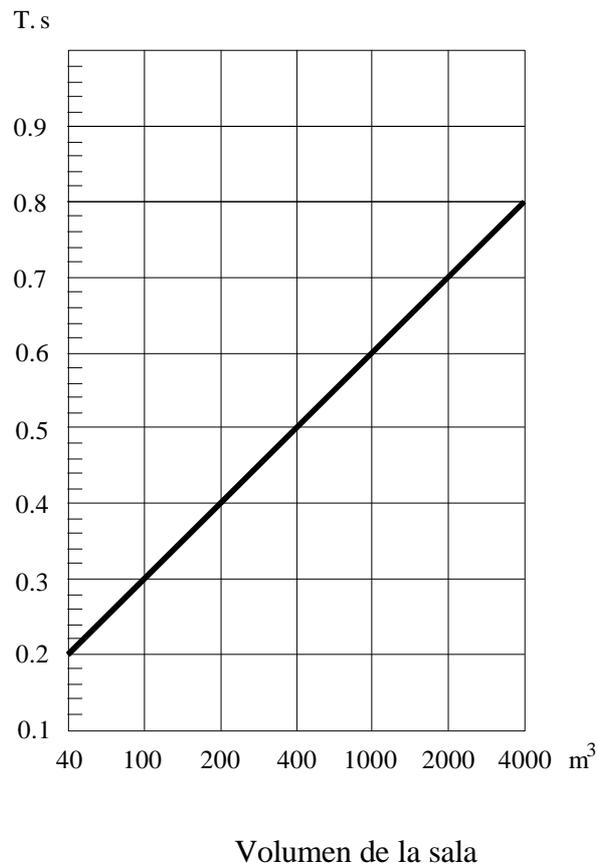


Figura 1 : Tiempo de reverberación óptimo en función del volumen del aula (valor medio para las frecuencias entre 500 y 1000 Hz)

Recomendaciones a los profesores

Los profesores deben hablar con un nivel de emisión suficiente para ser escuchados, y con una buena vocalización.

En algunas ocasiones será necesario utilizar un sistema de amplificación para los locutores (profesores y alumnos) para aumentar la relación señal/ruido del mensaje oral/ruido de fondo, que debería ser no menos de 15 dB.

Es necesario subrayar que unas buenas condiciones acústicas de las salas evitarán a la vez los esfuerzos vocales de los profesores, que a veces deben hacerlos para ser entendidos, y la distracción de los alumnos que no pueden entender el mensaje oral.

Estas recomendaciones deben ser acompañadas por entrevistas con los alumnos para concienciarles del problema del ruido, convencerles de que no produzcan ruido y evitar las molestias para los vecinos.

Recomendaciones generales

Debe tenerse un cuidado especial al seleccionar los muebles y equipos de las aulas para reducir la emisión de ruidos; por ejemplo, las patas de las mesas y sillas deben dotarse de protectores de fieltro, los proyectores de diapositivas y transparencias y los sistemas de aire acondicionado deben ser lo más silenciosos posible, etc.

Referencias

Noise in schools.- World Health Organization. Regional Office for Europe.
August 2000.

Noise and Health.- World Health Organization. Regional Office for Europe.
March 2000.

Community Noise.- B. Berglund and T. Lindvall, editors. Archives of the Center
for Sensory Research, vol 2. Issue I, 1995. Stockholm University and
Karolinska Institute.

Recomendación biap 14/1 bis

ESTRUCTURAS AUDIOFONÓLOGICAS

DEFINICIÓN DE LA AUDIOFONOLOGÍA:

La audiofonología tiene por objeto el estudio de la audición, de la fonación, de la palabra y del lenguaje del hombre.

Incluye los aspectos anatómicos, fisiológicos, psicológicos, acústicos, fonéticos, lingüísticos y sociológicos de la comunicación.

El tratamiento de los trastornos de la comunicación presenta una parte médica, una parte pedagógica, una parte ortofónica (o logopédica), una parte psicológica y una parte protésica.

La audiofonología es una especialidad que reúne varias disciplinas: médica, psicológica, paramédica y pedagógica.

Esta multidisciplinaridad deberá ser coordinada, coherente e interactiva.

I. El equipo audiofonológico está compuesto por:

- médico(s) ORL, foniatra(s), pediatra(s), neurólogo(s)...
- psicólogo(s),
- logopeda(s) (u otrofonistas),
- audiólogista(s), audioprotesista(s),
- pedagogo(s) especializado(s) y de cualquier otra especialidad

con posibilidad de intervención.

La coordinación de este equipo deberá estar asegurada por un Médico especialista competente en Audiofonología. La dirección podrá correr a cargo de un profesional de otra disciplina, siempre y cuando tenga formación en Audiofonología.

II. Una estructura en Audiofonología debe incluir todos los sectores referentes a las disciplinas presentes en la definición de la Audiofonología (véase arriba). Esta estructura puede estar integrada en un centro hospitalario o ser autónoma, pero deberá necesariamente responder a la definición de un equipo de audiofonología.

Esta estructura debe garantizar el diagnóstico, el tratamiento del caso y el seguimiento del paciente.

a. Diagnóstico

La estructura debe disponer de medios técnicos que permitan:

- la evaluación clínica, psicoacústica y fisiológica de la audición de un paciente, sea cual sea su edad (1)
- la evaluación de la voz, de la palabra y del lenguaje del paciente (2),
- la evaluación psicológica, psico-social, pedagógica y psicomotriz del paciente en el momento del diagnóstico.

b. Tratamiento y seguimiento

El equipo de audiofonología deberá poder garantizar la instauración de un programa de rehabilitación lo más rápidamente posible, tras el diagnóstico.

El programa deberá adaptarse a la edad, a la patología y a la realidad del paciente.

En el caso de trastornos de la comunicación, este programa deberá contemplar todas las ayudas técnicas necesarias (prótesis auditivas, incluido el implante coclear y cualquier otro dispositivo específico), y todas las estrategias aumentativas o alternativas de comunicación necesarias a la patología encontrada. (3)

El hacerse cargo de los niños requiere un programa de orientación familiar multidisciplinar y una estrecha colaboración con las estructuras escolares (4)

III. Una estructura en Audiofonología estará permanentemente en relación con los organismos de formación y además participará, si es posible, en los programas de investigación.

Nivelles, mayo de 1.999

(1) véase recomendación BIAP 12/4

(2) véase recomendaciones BIAP 20/1 y 27/1

(3) véase recomendaciones BIAP 06/2, 06/3, 06/4, 06/5, 06/6, 06/7 y 07/3

(4) véase recomendaciones BIAP 15/1 y 25/1

Recomendación biap 15/1

INTEGRACIÓN O COEDUCACIÓN PREESCOLAR Y ESCOLAR DE NIÑOS CON DEFICIENCIA AUDITIVA EN AULAS NORMOYENTES

La integración o co-educación preescolar y escolar es el hecho de permitir a los niños deficientes auditivos, recibir, siempre que estén capacitados para ello, una parte o la totalidad de su educación en clases de oyentes.

Es considerada como un medio para que ciertos niños deficientes auditivos accedan a una mayor inserción social. Lo que no sería posible con la asistencia exclusiva a un centro de educación especial.

Esta definición implica que los niños con deficiencias auditivas integrados o en coeducación estén realmente capacitados para responder a las exigencias de un tipo de educación que no les es especialmente adaptada, siendo aun necesario un apoyo audiofonológico y pedagógico.

Esta integración es completa cuando el niño deficiente auditivo recibe la totalidad de la enseñanza en clases de oyentes.

Esta integración es parcial cuando el niño deficiente auditivo recibe una parte de su educación en un centro especializado o en una clase especializada.

La integración o co-educación preescolar o escolar es un proceso complementario a la educación especial pero no la sustituye.

El B.I.A.P. vió interesante recoger, analizar y concretar los:

PARÁMETROS A CONSIDERAR PARA PLANTEARSE UNA INTEGRACIÓN O COEDUCACIÓN PREESCOLAR O ESCOLAR DE NIÑOS CON DEFICIENCIAS AUDITIVAS EN LA ENSEÑANZA ORDINARIA.

A) Las características audiológicas del niño con y sin ayuda protesica, lo que incluye:

- 1 °) importancia de la pérdida o deficiencia auditiva.
- 2°) el tipo de deficiencia auditiva.
- 3°) la edad en el momento de la pérdida auditiva.
- 4°) el carácter evolutivo o no de la pérdida aditiva.
- 5°) la eficacia de la adaptación protesica.

B) El momento de la intervención de un equipo audiofonológico especializado y el seguimiento que realice con el niño.

C) Del perfil <<medico-pedagógico>> del niño con deficiencia auditiva establecido por el equipo anteriormente citado y que incluye:

- 1º) sus facultades intelectuales y su equilibrio psico-afectivo.
- 2º) la ausencia o presencia de trastornos asociados.
- 3º) su motivación personal a su educación o a su eventual integración.
- 4º) sus aptitudes particulares.
 - en cuanto al lenguaje oral (comprensión y expresión) en sus aspectos articulatorios lexicales y morfosintacticos.
 - en cuanto a la lectura labial con o sin ayuda de complementos manuales.
 - en cuanto a la utilización de sus restos auditivos.
 - en cuanto al lenguaje escrito (comprensión y expresión)
 - en cuanto a cualquier otro medio de expresión y de recepción de un mensaje lingüístico.
- 5º) el nivel de sus adquisiciones pedagógicas.

D) El entorno del niño deficiente auditivo:

1º) Entorno familiar:

- situación afectiva.
- actitud ante la deficiencia.
- nivel de información y motivación hacia la integración.
- participación educativa y disponibilidad de los padres.
- nivel socioeconómico.

2º) Entorno social: (familiares, amigos, vecinos...)

- nivel de información
- actitud hacia la deficiencia.

E) Condiciones de acogida en las actividades escolares y extraescolares para oyentes .

- 1º) una formación pedagógica general buena de los profesores de las clases de integración.
- 2º) una información específica previa seguida de una adhesión de todo el equipo al proyecto de integración propuesta.
- 3º) la presencia de un equipo educativo constituido, para cada niño, por representantes del equipo audiofonológico especializado, por representantes del centro de oyentes y por los padres del niño en cuestión.

Este equipo educativo está dotado de numerosos medios de actuación:

- mantener la colaboración permanente de todos ellos y asegurar sus contactos convocando reuniones, dando consejos, interviniendo cuando sea necesario.

- organizar el apoyo apropiado y asegurar su continuidad.
- proceder periódicamente a la evaluación del grado de eficacia de este proceso de integración puesto en marcha.

Puede, en función de esta evaluación, cambiar el planteamiento de integración, o bien, darle más flexibilidad, modificándolo o incluso poniéndole fin aconsejando otras orientaciones, en cuyo caso se esforzara por mantener un seguimiento afectivo del niño.

Gesves (Bélgica) 1985

Recomendación biap 15/2

CONTEXTO LEGAL ENCAMINADO A FAVORECER LA INTEGRACIÓN Y LA COEDUCACIÓN DE DEFICIENTES AUDITIVOS

El estudio de los parámetros de la recomendación 15/1 trace resaltar la necesidad de textos oficiales (leyes, decretos, circulares ...) indispensables para la puesta en marcha, el seguimiento y el éxito de la integración.

Para realizar la integración es necesario que las disposiciones legales:

- prevean que la integración se pueda realizar de forma completa o parcial.
- den la posibilidad de poder pasar de una modalidad a otra en función de la evolución del niño deficiente auditivo.

Para que la integración se lleve a cabo eficazmente, estas disposiciones deben prever:

- el establecimiento de un apoyo pedagógico especializado respondiendo a las necesidades particulares del alumno.
- el seguimiento por un equipo audiológico especializado.
- la ayuda eventual de un interprete, codificador y/o tomador de apuntes.
- la participación de las familias en el proceso de integración escolar de su hijo.
- la utilización de todas las ayudas técnicas juzgadas necesarias.
- la posibilidad de adaptar el curriculum escolar.

Los textos legales deben fijar las condiciones particulares para la evaluación de las adquisiciones escolares del niño deficiente auditivo previniendo medios adaptados a su handicap:

- para las pruebas escritas:
 - prolongación del tiempo concedido para cada prueba.
 - presentación escrita de los textos y consignas.
 - adaptación de las condiciones materiales.
 - si necesario, presencia de una persona competente.
- para las pruebas orales, entre otras:
 - presentación en las condiciones óptimas (lectura labial, ayudas técnicas ...)
 - si es necesario, presencia de una persona competente
 - realización de las pruebas por escrito.
- para el conjunto de las pruebas:
 - presencia en el jurado o tribunal de un miembro del equipo especializado.

Este proyecto de integración de niño deficiente auditivo en educación para oyentes no puede llevarse positivamente a cabo sin una ayuda administrativa y económica efectiva a los equipos especializados, a los establecimientos que los acogen y a las familias.

Madrid 1995

Recomendación biap 15/3

EVALUACIÓN DEL PROCESO DE INTEGRACIÓN

La complejidad del proceso de integración o coeducación de los niños o adolescentes con deficiencia auditiva en la enseñanza ordinaria hace necesario un seguimiento minucioso de cada niño (o adolescente) con el fin de poder corregir o adaptar las distintas modalidades elegidas al principio e introducir los cambios que se estimen necesarios en función de la evolución del niño (o adolescente), de la naturaleza de los apoyos que necesita y de las reacciones de cada participante en el programa educativo.

Esta evaluación permanente debe mantenerse a lo largo de la escolaridad del niño (o adolescente) y apoyarse en los datos y las observaciones de la familia, los pedagogos y los responsables del colegio que lo acoge así como de los miembros del equipo especializado.

Con vistas a una síntesis colectiva y teniendo como punto de referencia el proyecto individualizado de integración, los distintos responsables de esta integración reunidos en sesión de concertación deberán considerar:

El niño (o adolescente): su adhesión al proyecto, su motivación, su bienestar, su relación con los profesores y otros alumnos, su participación en las actividades pedagógicas, su utilización del lenguaje oral en la comunicación, sus resultados escolares, la adaptación de las modalidades de su integración.

Los padres: su grado de implicación en el proyecto educativo, su análisis de la integración social del niño (o adolescente) en el medio extra-escolar y la incidencia del proceso de integración o coeducación sobre el comportamiento del niño (o adolescente).

El profesor: los aspectos de su relación con el niño (o adolescente) en clase, la calidad de su adaptación pedagógica y de su colaboración con la familia y con el equipo especializado.

Establecimiento de acogida: el grado de implicación de los responsables y de todo el personal en el proyecto de integración, la validez de los medios utilizados para conseguir la integración, la coordinación con las familias y el equipo especializado.

El equipo especializado: la naturaleza y la coherencia de las intervenciones de los diferentes especialistas, la adecuación de esas acciones al objetivo perseguido, la articulación con el trabajo del equipo de profesores, las relaciones con la familia

Un protocolo a partir del cual es posible establecer una evaluación cuantitativa y cualitativa del proceso de integración o coeducación de cada niño o adolescente es propuesto en anexo bajo la forma de un registro de observación

Lisboa 1997

Recomendación biap 17/1

ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN PARA DEFICIENTES AUDITIVOS

Todo niño con una deficiencia auditiva necesita que se desarrolle su comunicación sea cual sea su forma. Esta comunicación es el prerrequisito indispensable para la adquisición de una lengua.

El acceso a una forma oral de comunicación, necesitado por la predominancia de la lengua oral en la vida social del país, sigue siendo el objetivo primordial en la educación de todos los niños con una deficiencia auditiva.

Por consiguiente, desde el diagnóstico, el seguimiento pluridisciplinar del niño y de su familia es fundamental.

Además del asesoramiento psicosocial, la adaptación de una prótesis auditiva y eventualmente vibrotáctil, así como una intervención logopédica apropiada, hacen parte integrante de todo proyecto educativo

Para llegar al objetivo definido anteriormente, disponemos de

- a) la lengua oral con lectura labio facial .
- b) la lengua oral con la adjunción de ayudas visiomotrices a la lectura labio facial (P.C, AKA, etc.)
- c) la lengua oral y simultáneamente signada (francés signado, español signado, etc)
- d) la lengua oral y la lengua de signos.

La CT 17 BIAP recomienda la puesta en funcionamiento de una o varias de estas prácticas dentro de estrategias de comunicación determinadas según las características del niño, su desarrollo y el contexto educativo y social .

Lo importante en cada caso es asegurarse de

- que hay comunicación entre el niño y su entorno .
- que la estrategia adoptada no obstaculiza el acceso a la lengua oral .

Perpignan (Francia) 1985

Recomendación biap 17/02

ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN PARA DEFICIENTES AUDITIVOS (2ª PARTE)

La comisión recuerda que el deber de todo equipo multidisciplinar es el de tener como objetivo prioritario para el niño con deficiencia auditiva , el establecimiento de una comunicación óptima y la adquisición de la (las) lengua (s) hablada (s) de su país.

La comisión ha realizado un inventario actualizado de las estrategias de comunicación. Ha definido sus aportaciones así como sus limitaciones para conseguir los objetivos citados anteriormente.

La comisión recomienda la elección de toda estrategia que permita :

- 1- el establecimiento de los pre-requisitos cognitivos de la "emergencia" del lenguaje.
- 2- un buen desarrollo afectivo.
- 3- un desarrollo lingüístico óptimo , y particularmente la formación de representaciones fonológicas, indispensables para el dominio de la lengua en su forma oral y escrita.

Esta recomendación concierne a los niños y adolescentes, sea cual sea el nivel de pérdida auditiva o la edad. No concierne a los casos de niños con deficiencia auditiva con otros handicaps asociados.

Con el fin de acceder a un nivel de adquisición satisfactorio de la lengua a nivel escrito y oral , todo niño necesita que se elabore , para él , un programa de comunicación coherente.

Este proyecto de comunicación debe tener en consideración los siguientes imperativos :

- 1- La realidad del niño : sus necesidades en ese momento , su desarrollo intelectual , afectivo y social , el grado de pérdida auditiva , su ritmo de evolución.
- 2- La realidad familiar : su adaptación a las necesidades del niño , sus ambiciones para este, su comprensión del proyecto y su adhesión a él.
- 3- Una reflexión del equipo multidisciplinar que se constituye alrededor del proyecto de comunicación y lenguaje propuesto y de la adaptación de este a la realidad del niño y de su familia.
- 4- Una evaluación continua de la adecuación del proyecto de comunicación a la evolución del niño y de su familia. Esa evaluación debe conducir, si es necesario, a una adaptación de la estrategia elegida inicialmente o al cambio de ésta.

Madrid 1995

Recomendación biap 19/1

INFORMÁTICA EN AUDIOFONOLOGÍA

Gracias a su desarrollo actual , la informática pone a disposición de los clínicos en audiolingüística un número creciente de programas informáticos que conciernen a múltiples aspectos de su disciplina :

- ?? en la gestión de informes,
- ?? en la ayuda a la realización y evaluación de pruebas audiolingüísticas
- ?? en la ayuda de la elección de los aparatos y prótesis auditivas,
- ?? en la programación del reglaje de los implantes cocleares y en la gestión de los datos pre y post-implantación ,
- ?? en diversas acciones educativas y pedagógicas

Las aplicaciones de la informática

1- **En la gestión de los informes** . Sean médicos , administrativos o técnicos , están actualmente perfectamente estructurados y controlados.

2- **En la ayuda a la realización y evaluación de las pruebas audiolingüísticas** .

Soluciones técnicas informatizadas son actualmente utilizadas en la mayoría de los aparatos empleados para las pruebas audiolingüísticas .

La difusión y accesibilidad del material acentúa los riesgos metodológicos de interpretación de las pruebas .

La comisión recuerda que :

1) una prueba audiolingüística con o sin la ayuda de un programa informático necesita siempre un material fiable regularmente controlado y un clínico experimentado.

1) toda exploración de este tipo debe confrontarse al cuadro clínico .

- Cf. Anexo a la recomendación -

3- En la ayuda en la elección de ayudas técnicas

La informática en este ámbito se esfuerza por optimizar y controlar la adaptación protésica a partir de datos audiométricos .

Recordamos :

- la existencia de numerosas metodologías actuales
- sus límites al no poder tener en cuenta un cuadro clínico siempre diferente
- pero la necesidad imperante de la herramienta informática, puesto que el número de opciones protésicas aumenta exponencialmente .

- Cf. Anexo a la recomendación -

4- En la programación de los reglajes de los implantes cocleares y en la gestión de los datos pre y post-implantación .

Esta nueva técnica recurre ampliamente a la informática y conlleva los mismos comentarios que los del punto 2.

5- En las acciones educativas y pedagógicas :

Numerosos sistemas que recurren a la informática son utilizados por profesionales de la educación y la pedagogía .

I - Interés

- posibilidad de objetivar ciertos parámetros de la comunicación y de los niveles alcanzados
- motivación del niño

II - Límites

Se trata de una ayuda técnica puntual que se inscribe dentro de un proceso educativo o de reeducación .

- problemas derivados del uso prolongado de la pantalla por el niño (cf. anexo)
- interesa la elección rigurosa del programa , de ahí la necesidad de una ficha descriptiva de cada uno, que facilite la elección del mismo y de todas las características necesarias (cf. anexo a la recomendación).

En conclusión , la comisión subraya que sea cual sea el campo de aplicación , las hipótesis de elaboración de los objetivos de un programa, la competencia de la persona que lo va a utilizar y a interpretar , exponen a desviaciones enmascaradas por la infalibilidad aparente de la informática.

Madrid 01.05.1995

Recomendación biap 20/1

ANÁLISIS DE TEXTOS Y PRUEBAS DE EVALUACIÓN LINGÜÍSTICA PARA EFECTUAR PROTOCOLOS DE HABLA Y DE LENGUAJE

La recomendación 20/1 tiene por objeto el análisis de tests y de pruebas de evaluación lingüística para poder efectuar valoraciones del habla y del lenguaje lo más precisas posible.

Dada la complejidad de la situación psicolingüística y de las variables individuales (del desarrollo, culturales, sociales ...) en la adquisición del lenguaje, las investigaciones deberán permitir examinar la comunicación verbal (oral o escrita):

- en sus aspectos cualitativos: - interacción
 - pragmatismo
- en sus aspectos cuantitativos: - articulación
 - motricidad buco-facial
- la observación de la expresión oral: - factores suprasegmentales
 - VOZ
- los elementos lingüísticos de la expresión y de la comprensión: - fonología
 - morfología
 - semántica
 - lexicología
 - sintaxis
- las condiciones cognitivas de la elaboración del lenguaje: - memoria
 - categorización
 - razonamiento
 - lógica
- el modo gráfico: - lectura
 - escritura

El análisis de los elementos recogidos conduce:

- a la elaboración de hipótesis sobre las dificultades, retrasos y alteraciones de la palabra y/o el lenguaje.
 - a establecer el plan de reeducación o a orientar hacia investigaciones complementarias.
- Esta evaluación es dinámica y debe de ser sometida a reajustes

DEFINICIONES

I. ASPECTOS CUALITATIVOS

1. INTERACCIÓN

- desde el punto de vista funcional

La influencia recíproca de un comportamiento (verbal o no) sobre otro en el terreno de las relaciones interpersonales

desde el punto de vista lingüístico

Modelo interactivo del tratamiento del lenguaje

Desde el principio del tratamiento de una frase todos los niveles de tratamiento (fonológico, léxico, sintáctico, semántica) empiezan a funcionar en paralelo, y estos diversos niveles de tratamiento están en interacción, es decir que cada nivel está afectado por informaciones que proceden no sólo del nivel inmediatamente inferior, sino también de niveles superiores.

2. PRAGMATISMO

Organización y regulación de la utilización del discurso. El aspecto pragmático del lenguaje tiene que ver con las condiciones de su utilización -motivaciones psicológicas de los locutores, reacciones de los interlocutores, tipos socializados del discurso, objeto del discurso ...-

II ASPECTOS CUANTITATIVOS

1 OBSERVACIÓN DE LA EXPRESIÓN ORAL

1-1 Articulación:

Conjunto de actos bucofonatorios de la realización de los [fonemas]

1-2 Motricidad bucofacial:

Actividad motora (intencional o no) de los órganos periféricos de la fonación

1-3 Factores suprasegmentales:

Un rasgo suprasegmental o rasgo prosódico es una característica del habla que afecta a un segmento más largo que el fonema: el acento, la duración, el ritmo.

1-4 Voz: Intensidad, altura, timbre, duración.

2 ELEMENTOS LINGÜÍSTICOS DE LA EXPRESIÓN Y DE LA COMPRENSIÓN

2-1 Fonología:

Ciencia que estudia los sonidos del lenguaje desde el punto de vista de su función en el sistema de comunicación lingüística.

2-2 Morfología:

Descripción de las reglas que rigen la estructura interna de las palabras (reglas de formación y de flexión de las palabras).

2-3 Semántica:

Disciplina que tiene por objeto el estudio de los significados (enunciados - frases - vocablos)

2-5 Lexicología:

Estudio de las palabras.

2-6 Sintaxis:

Descripción de las reglas por las cuales las unidades significativas se combinan en frases.

3 CONDICIONES COGNITIVAS DE LA ELABORACIÓN DEL LENGUAJE

3-1 Memoria:

Capacidad de organizar, de conservar y restituir informaciones

3-2 Categorización:

Capacidad de operativizar clasificaciones a partir de la discriminación de ciertos atributos de los objetos, de los acontecimientos, de los conceptos ... constituyendo clases de identidad o de equivalencia.

3-3 Razonamiento:

Capacidad de reflexión y de juicio sobre la utilización de las reglas del habla y del lenguaje.

3-4 Lógica

Capacidad mental de observar y de experimentar un encadenamiento de ideas coherentes.

4 EL MODO GRÁFICO

4-1 La lectura:

Es un acto de comunicación.

4-2 La escritura:

Es una representación de la lengua hablada por medio de signos gráficos. Es un código de comunicación en un segundo grado en relación a la expresión oral.

Madrid 01.05.1995

Recomendación biap 20/2

EVALUACIÓN DEL LENGUAJE

Introducción

Ante la multitud de tests de evaluación del lenguaje y su creciente especificidad, los ortofonistas logopedas se plantean cuestiones sobre la distorsión entre los métodos de análisis cada vez más específicos y la dificultad de llevar a cabo una síntesis que refleje lo más exactamente posible los trastornos presentados por el niño.

Esta síntesis es indispensable para la orientación del tratamiento.

El BIAP ha redactado una recomendación para

- 1) permitir a los facultativos el orientarse en la elección de un test mediante un mejor conocimiento de su contenido y de sus límites (véase anexo: clasificación).
- 2) definir el contenido de un balance del lenguaje completo.
- 3) establecer una colaboración indispensable multidisciplinar.
- 4) precisar las investigaciones complementarias.
- 5) favorecer una mejor aprehensión del niño en su globalidad.

¿Por qué hacer una evaluación del lenguaje?

Las modalidades y los contenidos de esta evaluación difieren dependiendo de que se trate:

- de un chequeo diagnóstico
- de un chequeo de seguimiento de la reeducación
- de un chequeo de los resultados de la reeducación

En el momento de la práctica de un chequeo de lenguaje, es indispensable un mínimo de investigaciones para determinar los eventuales déficits en base a los trastornos encontrados:

1. visuo-espacial
2. auditivo: discriminación e integración
3. práctica
4. memorial auditivo-verbal
5. memorial visual
6. lógico-matemático

A esto se suman las observaciones propias del logopeda sobre los aspectos intelectuales, de relación y psicomotores.

Los resultados deberán correlacionarse para sacar conclusiones generales y orientar el proyecto terapéutico.

Cuando se realiza un chequeo de lenguaje (inicial o de seguimiento), el logopeda puede iniciar investigaciones complementarias en función de sus observaciones y/o de sus hipótesis

- O.R.L. - Oftalmológicas
- neuro-pediátricas
- psicológicas
- psicomotrices
- estomatológicas
- radiológicas.

Esta gestión global necesita un informe accesible a los demás profesionales y una disponibilidad para los intercambios, una apertura hacia las otras disciplinas y entablar un diálogo con los diferentes especialistas que intervienen, incluidos los pedagogos, para un entendimiento global de las dificultades del niño, con vistas a una mejor eficacia terapéutica.

Nivelles, (B) mayo 1.999

ANEXO A LA RECOMENDACIÓN 20/2

1) Componentes estructurales de lenguaje y aspectos metalingüísticos (RONDAL).

Fonología	Morfo-lexicología	Morfo-sintaxis	Pragmática	Discurso
1. Fonemas	1. Lexemas y organización semántica léxica 2. Morfología inflexional 3. Categorías lexico-gramaticales 4. Estructuras jerárquicas y sémicas 5. Morfología referencial y derivacional	1. Organización semántica estructural 2. Estructuración sintagmática 3. Estructuración frástica 4. Estructuración paragrafíca	1. Tipos ilocutorios de frases 2. Adecuación interpersonal y situacional 3. Deixis 4. Énfasis 5. Elipsis 6. Práctica de la conversación	1. Macroestructuras discursivas 2. Cohesión discursiva
Metafonología	Metalexicología	Metamorfo-sintaxis	Metapragmática	Metadiscurso
-	-	-	-	-

2) Dimensión metalingüística

= “ toma de conciencia de que se puede realizar de tal o cual aspecto de la organización de un idioma”

RONDAL 1997

Se debe hacer una clara distinción entre funcionamiento lingüístico y conocimiento lingüístico.

Capacidad lingüística funcional: producción y recepción - comprensión del lenguaje.

Capacidad metalingüística: conciencia de la organización de tal o cual aspecto del idioma.

Metafonología

Metamorfosintaxis

Capacidad de tomar conciencia de la organización gramatical del lenguaje y de la que subtiende uno u otro idioma

Componente pragmático

Sub-funciones pragmáticas del lenguaje (RONDAL, 1995b).

1. *Práctica de la conversación*:

- toma del turno (incluidos los mecanismos reguladores: contactos oculares con el interlocutor, dirección de la mirada, control de la entonación, control del contenido expuesto):

reciprocidad; mantenimiento del tema de conversación

-producción de temas de conversación adecuados para el interlocutor y en el contexto situacional;

- producción y respuesta adecuada de/a los “ajustes conversacionales” (conversational repairs):

- práctica adecuada de la distancia diádica (en contraposición a la conversación a distancia, por ejemplo, por teléfono), es decir, los usos

proxémicos vigentes en la comunidad cultural;

2. *Comprensión* (reacción adecuada) y *formulación adecuada* (según las reglas del idioma, los dispositivos culturales habituales, por ejemplo las fórmulas de cortesía y las normas jerárquicas en los informes de comunicación entre personas, y las realidades de la situación de comunicación) *de los diversos tipos ilocutorios de frases*; declaraciones, exclamaciones, preguntas, mandatos, propuestas, promesas, amenazas, peticiones diversas (en información, en acción, en confirmación).

3.

“Arraigamiento” correcto del locutor en su enunciación (*sub-función deíctica*) por el

uso referencialmente adecuado

principalmente de los pronombres, adjetivos demostrativos, adverbios de tiempo y de lugar

Recomendación biap 20/3

ANAMNESIS DEL NIÑO ANTES DE UN CHEQUEO DEL LENGUAJE

Preliminares:

- Observación del niño: comportamiento
- Observación de su comunicación no verbal y verbal
- Observación de sus relaciones con sus (o su) padre(s)

Entrevista:

1. Motivo de la consulta
2. Enviado por
3. Estructura de la familia (número de hijos /trabajo /alojamiento / manera de cuidar al hijo - idioma hablado)
4. Antecedentes familiares (padre, madre, hermanos, abuelos)
5. Antecedentes del niño
 - A. Obstetricos y neonatales
 - embarazo
 - nacimiento (fecha, peso, Apgar, reanimación, tratamientos eventuales)
 - evolución en los primeros meses (enfermedades, hospitalización...)
 - B. Médicos (general, ORL, estomatólogos, neurólogos, oftalmólogos - tratamiento en curso...)
 - C. Quirúrgicos (general, ORL, oftalmólogos o estomatólogos...)
6. Desarrollo psicomotor del niño
 - sentado
 - gateo a 4 patas
 - andando
 - aseo diurno y nocturno
 - escaleras - bicicleta...
7. Desarrollo de las funciones oro-faciales
 - alimentación
 - succión/deglución
 - masticación
 - dentición
 - anomalías morfológicas eventuales

8. Comunicación

8.1. Estrategias de comunicación

- 8.1.1. del niño en la familia
- 8.1.2. vivencia del niño
- 8.1.3. vivencia de la familia

8.2. Desarrollo de la palabra y del lenguaje oral

- 8.2.1. Expresión
 - vocalización
 - balbuceo
 - duplicación de la sílaba
 - primeras palabras
 - asociación de palabras
 - frases
- 8.2.2. Comprensión
 - palabras sueltas
 - órdenes simples
 - frases simples
 - frases complejas

9. Historia del trastorno

- circunstancias del descubrimiento
- exámenes complementarios ya realizados (orl, oftalmológico, neurológico, etc...)
- ¿se ha realizado ya un diagnóstico?
- ¿existen trastornos asociados?

10. Comportamiento y vida cotidiana del niño

- autonomía
- juegos
- sueño
- alimentación
- socialización
- escolaridad:
 - * inicio
 - * adaptación
 - * desarrollo (pedagógico y de relación)
 - * actividades preferidas u odiadas del niño
 - * actitud con respecto al trabajo escolar

Recomendación biap 21/1

DEFICIENCIAS MÚLTIPLES Y DAÑOS EN LA AUDICIÓN: ASPECTOS PREVENTIVOS EN EL NIÑO

La misión de la comisión técnica 21-BIAP es estudiar los problemas planteados por el niño que sufre handicaps múltiples con daños de la audición.

Con respecto a lo que podía ser organizado en favor del niño deficiente auditivo sin handicap asociado, existen ciertos aspectos audiofonológicos particulares, en parte ligados a la expresión múltiple del handicap y a los diferentes tipos de handicaps asociados.

- en el ámbito de la prevención de la detección, de la confirmación del diagnóstico
- en el ámbito de la adaptación del control y del seguimiento audioprotésico
- en el ámbito educativo y pedagógico

El frecuente desconocimiento de estos diferentes aspectos a la hora de hacerse cargo de un niño con handicaps múltiples es desgraciadamente fuente de handicaps secundarios que sobrecargan progresivamente las dificultades de ese niño.

La audición, ayudada por las otras aferencias sensoriales, tiene un papel capital en el desarrollo de la comunicación simbólica del niño con handicaps múltiples. Desarrollar las aptitudes de ese niño para comunicar, es tener en cuenta a la vez sus aptitudes sensoriales, motoras y mentales, y explotarlas precozmente en su globalidad y con competencia.

Por todas estas razones, la comisión técnica 21-BIAP ha estimado importante el estudiar en un primer tiempo los aspectos preventivos de los handicaps múltiples con daños de la audición del niño. Los aspectos educativos y pedagógicos más específicos para cada tipo de handicap asociado serán evocados en las recomendaciones ulteriores.

Palma (E) 01 .05. 92

Recomendación biap 21/02

POTENCIACIÓN DE LOS HANDICAPS ASOCIADOS

La primera recomendación 21/01 BIAP ha hecho resurgir la noción , ya propuesta por la O.M.S , de handicaps primarios y handicaps secundarios de importancia variable.

Con el fin de evaluar mejor la potenciación de los handicaps primarios , a veces menores , y de precisar mejor la influencia de ciertos parámetros sobre las posibilidades de integración ulterior , la comisión técnica 21 ha organizado una encuesta sobre alrededor de unos 1500 niños con deficiencia auditiva .

El trabajo de la comisión ha permitido la elaboración de un protocolo de evaluación de la importancia de los handicaps asociados (Cf. anexo 1) . Cada niño puede ser portador de uno o varios handicaps de los grupos A , B , o C .

La noción de sobre-handicap o de handicap secundario es más delicada de cuantificar . Se han retenido tres parámetros de manera arbitraria por ser mejor cuantificables :

- 1) - el intervalo entre el tiempo de diagnóstico y la fecha de la adaptación protésica
- 2) - la edad del niño en la primera adaptación
- 3) - la implicación de los padres en este proceso

De esta encuesta , (Cf. anexo 2) el BIAP debe recomendar, si hiciera falta :

1) - Un despistaje lo más precoz posible de la sordera y de los eventuales handicaps asociados .

Este despistaje debería estar tanto más presente cuando los handicaps asociados sean más importantes o cuando exista un alto riesgo de handicap múltiple (cf. recomendación 21 CT 01, & 3221). Un cierto número de investigaciones complementarias , en el marco de una evaluación etiológica , son deseables y en particular : evaluación oftalmológica con fondo de ojo y estudio de la visión central y periférica , evaluación de la función renal , evaluación de la función tiroidea , evaluación neuropedriático con imagenaría y cariotipo ante cualquier retraso de despertar psicomotriz asociado..

2) - Una confirmación del diagnóstico con técnicas adaptadas a las potencialidades del niño.

3) - Una reevaluación periódica del resto auditivo del niño con el fin de optimizar el reglaje de los aparatos auditivos.

4) - Un seguimiento familiar y un apoyo educativo precoz , implicando, desde el diagnóstico, a los padres en el equipo audiológico. Este equipo se extenderá a otros profesionales según la posible asociación de handicaps .

5) - De manera general , poner todo en marcha para que se puedan desarrollar lo mejor posible las potencialidades restantes y estimular todas las formas posibles de comunicación del niño con su entorno .

La edad del niño en la adaptación protésica constituye un parámetro fácilmente cuantificable.

El BIAP constata , a partir de la encuesta efectuada , ciertas diferencias estadísticamente significativas entre la población de niños con deficiencia auditiva escolarizados en integración y la población de niños con deficiencia auditiva en medios especializados.

Ciertas diferencias se constatan igualmente entre la población de niños con deficiencia auditiva con handicaps asociados y la población de niños con deficiencia auditiva sin handicaps asociados . Claro está, todo esto va en función de la importancia del déficit auditivo .

Estas constataciones se recogen en una tabla (anexo 3) precisando los intervalos de confianza 5% de la media de edad de los niños en la adaptación protésica en función de los distintos parámetros nombrados.

Madrid 01.05.1995

Recomendación biap 21/03

SORDERAS CON HANDICAPS ASOCIADOS

Tal y como se recordó en el prefacio de la primera recomendación 21/01, existen ciertos aspectos audiofonológicos particulares , en relación a lo que se puede poner en marcha con los niños sin handicap asociado , que están en parte relacionados con la expresión múltiple del handicap y con los diferentes tipos de handicaps asociados.

La comisión 21 ha estimado oportuno explicitar estos diversos aspectos a la hora de hacerse cargo de un niño con handicaps múltiples. Ciertas entidades concretas justifican la utilización de estrategias de comunicación y de metodologías más adaptadas y en algunos casos muy específicas.

El BIAP recomienda pues, especialmente en el caso de crear servicios más especializados a la hora de hacerse cargo de deficientes auditivos con handicaps asociados, que se tomen en cuenta estos elementos particulares. Con este fin, propone en anexo documentos de ciertas entidades y retomando los aspectos mas específicos relacionados con el diagnostico, los elementos de la toma de contacto (audioprotésicos, psicológicos, pedagógicos, educativos y paramédicos.... formación profesional., aspectos socio-familiares), al igual que una continuidad educativa en la edad adulta.

El objetivo principal de la educación precoz y de la ayuda familiar en estos casos será el de limitar las consecuencias de los trastornos del desarrollo en todas las dimensiones comunicación y lenguaje, relaciones e interacciones sociales y afectivas, aprendizajes.

En la mayoría de los casos, será necesaria una aproximación neuropsicológica de manera que se especifiquen los mecanismos alterados en el plano cognitivo, afectivo y social, y adaptar la terapéutica y las técnicas educativas y pedagógicas.

Esto muestra claramente la necesidad de una aproximación multidimensional rigurosa a través de la intervención de un equipo realmente multidisciplinar.

Lisboa 1997

ANEXO

- el sordo-ciego
- handicaps motores con alteraciones auditivas
- sordera con trastornos graves de personalidad
- el niño sordo disfasico
- sordera con trastornos somáticos crónicos
- sordera y deficiencias mentales

Recomendación biap 22/1

Prevención DE LA DEFICIENCIA AUDITIVA

En el marco de la estrategia de la O.M.S., <<Salud para todos de aquí al año 2000>> el BIAP propone la recomendación siguiente que concierne la prevención de la deficiencia auditiva .

No se plasman aquí más que las causas de deficiencia auditiva para las cuales disponemos, desde ahora, de medios de prevención eficaces.

A. LAS DEFICIENCIAS AUDITIVAS DEL NIÑO

Las deficiencias auditivas del niño pueden ser de tres tipos: - neurosensorial
- de transmisión
- mixta

1. Las deficiencias auditivas neurosensoriales

- de origen genético.

Una prevención eficaz consiste en disuadir la consanguinidad que, incluso en grado bajo, favorece claramente el riesgo. Este hecho es particularmente aplicable a poblaciones que vivan aisladas.

- Las infecciones (virales, bacterianas, y parasitarias) de la mujer embarazada (causas de embriopatías y de fetopatías) y del niño son prevenidas por las vacunaciones.

- Las intoxicaciones de la mujer embarazada (causas de embriopatías y de fetopatías) y del niño tienen principalmente un origen en los medicamentos y/o en los accidentes. Una lista de agentes tóxicos debe ser mantenida al día y difundida regularmente por la O.M.S. Estos productos tóxicos estarán fuera del alcance de los niños.

- La malnutrición y las avitaminosis de la mujer embarazada y del niño. La educación sanitaria así como las medidas preventivas y curativas deben ser intensificadas.

- Los agentes físicos (rayos X, ultrasonidos,... etc...) serán utilizados con prudencia y emitidos por aparatos controlados regularmente.

- El nacimiento prematuro que favorece las deficiencias auditivas por destreza respiratoria y/o central será objeto de prevención.

- Los traumatismos obstétricos.

- La anoxia neonatal.

- El ictus nuclear.

- Los traumatismos craneales del niño serán objeto de una campaña más intensiva en lo que se refiere a los riesgos del entorno

Los traumatismos sonoros del niño, resultado de exposiciones abusivas, serán evitados.

2 Las deficiencias auditivas de transmisión

Las deficiencias auditivas de transmisión pueden ser:

- Debidas a una malformación congénita de la oreja externa o del oído medio. En el caso en el que la deformación sea bilateral se adaptará lo más rápidamente posible tras el nacimiento una prótesis auditiva por vía ósea. En el caso de una deformación unilateral, se procederá de manera regular a un control de la oreja sana o aparentemente sana; se recurre a una adaptación protesica en caso de desarrollo de una deficiencia auditiva.

- Debidas a traumatismos.

- Debidas frecuentemente a otitis medias crónicas que se suman a un fondo de otitis seromucosa, con sus complicaciones y la repercusión en la integración nerviosa. Tratamiento adecuado.

3 Las deficiencias auditivas mixtas.

Se puede tratar del agravamiento de una deficiencia auditiva de tipo neurosensorial por un componente de transmisión o viceversa.

La prevención comprende las medidas preconizadas para evitar tanto las deficiencias auditivas neurosensoriales como las de transmisión.

B. LAS DEFICIENCIAS AUDITIVAS DEL ADULTO.

Las deficiencias auditivas del adulto pueden también ser de tres tipos: - neurosensorial
- de transmisión
- mixta .

- Las deficiencias auditivas del adulto pueden tener las mismas causas que las del niño.

- Son a menudo la agravación de una deficiencia auditiva desarrollada en la infancia.

- Las sorderas de las personas mayores, sean del origen que sean; serán el objeto de la adaptación precoz de una prótesis auditiva, con el fin de que esas personas mayores no pierdan la costumbre del ruido ambiente.

- Los traumatismos acústicos:

a) profesionales:

La prevención consiste en la lucha contra el ruido <<en la misma fuente>> y en la puesta a la disposición de los trabajadores de medios de protección individuales. La prevención

consiste igualmente en la vigilancia de los trabajadores mediante exámenes en el momento de la contratación y a lo largo del empleo, seguidos de medidas apropiadas.

b) debidos a agresiones del entorno:

La exposición abusiva al ruido será evitada. La utilización de protectores será recomendada, véase impuesta.

- Los traumatismos de presión y otros traumatismos del oído, explosiones, quemaduras, etc....Prevención adecuada.

Los traumatismos craneoauriculares serán objeto de una campana más intensa en lo que se refiere a los riesgos del entorno profesional o no.

- La ostopongiosis stapedia y/o coclear provoca deficiencias auditivas progresivas que deben de ser detectadas y tratadas lo más precozmente posible.

- Sordera central.

La prevención se une a la de enfermedades cardiovasculares.

-Las causas de la sordera central, en particular los tumores, serán detectadas y tratadas lo más precozmente posible.

NB: REQUISITOS PARA LA PREVENCIÓN CORRECTA DE DEFICIENCIAS AUDITIVAS:

Exámenes otorrinolaringológicos sistemáticos con eliminación de los tapones de cerumen.
Exámenes audiometricos regulares; más particularmente en los sujetos de riesgo.

Pertisau (A) 01.05.1989

Recomendación biap 23/1

INVESTIGACIONES EN AUDIOFONOLOGÍA

1. LAS PRUEBAS DE AUDIOLOGÍA

El BIAP a confiado a la comisión técnica 23 el mandato de establecer un inventario de las **investigaciones en audiolología.**

Esta recomendación tiene por objeto el reagrupamiento de las principales pruebas que concurren en la detección y en el diagnóstico de las patologías de la audición del adulto y del niño.

Reúne la lista de las principales pruebas **de acumetría, de audiometría tonal liminar y supraliminar, de audiometría vocal y de audiometría objetiva** incluyendo la puesta en evidencia y el registro de parámetros que son testigos del funcionamiento del sistema auditivo (**impedanciometría, otoemisiones acústicas, potenciales evocados auditivos, y otros**).

Cada prueba es analizada en su principio, su protocolo de aplicación, su coste (habiendo tenido en cuenta la inversión necesaria, el tiempo transcurrido y de la cualificación del personal, su fiabilidad). Finalmente cada una de ellas puede ser recomendada o no por el BIAP.

El inventario del conjunto de estas pruebas, así presentadas está en el anexo adjunto.

El Bureau Internacional de Audiofonología recomienda también que estas pruebas sean realizadas por un personal cuya formación esté oficialmente reconocida

Lisboa 1997.

Recomendación biap 24/1**DESARROLLO DEL LENGUAJE Y DETECCION PRECOZ DE LOS
TRANSTORNOS DEL LENGUAJE**

En el niño de 0 a 3 años, todo déficit auditivo, visual neuromotor, todo problema relacionado puede llevar a una alteración o retraso en el desarrollo del lenguaje.

Una tabla simple, que recoge las etapas esenciales del desarrollo auditivo, visual, neuromotor y del lenguaje del niño de 0 a 3 años, da las referencias indispensables para un diagnóstico e intervención precoz.

El BIAP recomienda la sensibilización de los padres y de las personas relacionadas con la infancia para así poder detectar lo antes posible las alteraciones del desarrollo que podrían conllevar alteraciones del lenguaje.

Una amplia difusión de este documento debería contribuir a ello.

Pertisau (A) 01.05.1989

HACIA EL LENGUAJE

Etapas del desarrollo

El niño **hablará**

- si su entorno **comunica** con él
- si **ve** los gestos
- si **oye** las palabras del que le habla
- si **puede realizar** los movimientos que producen el habla

Dific
motr
nica
retra
del l

Con
niño
evol

Exis
zada
trast
motr
torn
muy

Recomendación BIAP 1991

Adaptada por el C. E. A. F.

Su n

3 MESES

Reacciona a los ruidos, a la voz, a la música: se sobresalta, cesa su actividad...

Dice "jaaa...ee!"



6 MESES

Se da la vuelta hacia un ruido producido fuera del alcance de su vista.

Le gustan los juguetes musicales. Hace ruido con sus labios. Balbucea. Cuando se le habla, contesta con vocalizaciones.



12 MESES

Dice sílabas repetidas y, eventualmente, sus primeras palabras.

Busca el sitio de donde procede un ruido producido fuera del alcance de su vista. Reconoce una melodía. Entiende algunas palabras y órdenes sencillas. Reacciona a su nombre.



Sostiene la cabeza; boca abajo, la levanta.

Reacciona a la luz fuerte: hace muecas, gira la cabeza. Sigue con la mirada un objeto cercano. Abre las manos.

Se agita viendo un objeto que le produce placer: biberón...

Mira sus manos y sus pies. Reconoce un objeto, una persona a cierta distancia y es capaz de seguirlo con la mirada sin biquer. Se mantiene sentado sin apoyo. Es capaz de girar fácilmente de boca abajo a boca arriba. Coge voluntariamente un objeto y lo pasa de una mano a otra.



Coge pequeños objetos entre el pulgar y el índice.

Encuentra un objeto escondido delante de él. Distingue una cara conocida de una extraña. Agarra el objeto que se le enseña y puede soltarlo voluntariamente. Se divierte tirando las cosas.

Se mueve solo, se incorpora con apoyo, anda con ayuda. Hace "cinco lobitos" con las manos. Bebe en taza.



18 MESES

Dice algunas palabras reconocibles.

Reconoce todos los ruidos familiares. Entiende frases cortas (sin gestos).



Puede indicar algunas partes de su cuerpo, si se le pide.

Entiende una palabra o frase con voz cuchicheada, "un pequeño secreto". Empieza a reproducir pequeñas melodías: canciones infantiles...

Entiende una orden compleja como "Dale un pastel a Sofía". Dice frases con dos palabras, como "Papá casa". Al hablar se refiere a sí mismo por su propio nombre.



Se expresa con frases.

Escucha y entiende pequeños cuentos. Participa en las conversaciones familiares y pregunta: ¿Dónde?, ¿Qué?, ¿Quién?. Contesta a preguntas hechas en voz baja, tanto en el oído derecho como en el izquierdo. Canta o recita retahílas. Dice: "yo, mí, mí" en lugar de su propio nombre.



Sopla.

Garabatea. Señala con el dedo lo que desea, aunque el objeto esté lejos de él. Sabe apilar objetos.

Reconoce imágenes. Anda solo. Sube escaleras con ayuda. Utiliza la cuchara. Mastica.



Da patadas a una pelota.

Asocia objetos similares. Reconoce en foto o en imagen a seres familiares y pequeños detalles. Pasa las páginas de un libro. Trepá. Le gusta comer solo.



Sujeta el lápiz entre los dedos e intenta pintar.

Le gusta mirar libros. Puede llevar un vaso lleno. Sube y baja solo las escaleras. Pedalea en un triciclo.



Recomendación biap 24/2

DETECCIÓN PRECOZ DE LOS TRASTORNOS DEL LENGUAJE EN EL NIÑO

INTRODUCCIÓN

El desarrollo del lenguaje implica la evolución armoniosa de la comunicación. Las investigaciones sobre el desarrollo del niño muy pequeño y un mejor conocimiento de los factores de riesgo permiten actualmente, gracias a una refinada **observación**, la detección precoz y la prevención de un retraso en el desarrollo del lenguaje.

El lenguaje incluye una vertiente **recepción-comprensión** y una vertiente **expresión**. El desarrollo de la comprensión precede siempre al de la expresión. Para la comprensión, solo existen **algunas semanas** de variación de un niño al otro, mientras que para la expresión las variaciones inter-individuales pueden alcanzar **varios meses**.

El entorno familiar y educativo del niño, el médico, son los observadores privilegiados del lenguaje y de un déficit eventual en el terreno visual, auditivo, cognoscitivo, de relación. Cuando se sospechan una o varias anomalías, conviene efectuar un examen clínico: chequeo médico, ortofónico, psico-motor y psicológico que permita enfocar el seguimiento terapéutico.

El Bureau Internacional de Audiofonología, consciente de la importancia de este tema, tras varias reuniones pluridisciplinares, propone una gestión clínica.

Serán tratadas sucesivamente: las condiciones de desarrollo del lenguaje, el desplegable “Hacia el lenguaje” realizado y difundido por el **BIAP**, las perturbaciones del desarrollo del lenguaje y sus consecuencias, la prevención y la detección precoz de un trastorno de desarrollo del lenguaje.

I. CONDICIONES DE DESARROLLO DEL LENGUAJE

A) FACTORES RELACIONADOS CON EL NIÑO

Para que el niño desarrolle el lenguaje, debe tener desde su nacimiento estructuras neuromotrices sensoriales y mentales normales y conservarlas a lo largo de su desarrollo.

1. Factores auditivos

Es indispensable una buena audición para una buena recepción del mensaje hablado.

La ausencia de aparición del balbuceo y del lenguaje a una edad determinada deberá sistemáticamente hacer presumir una sordera importante (sordera de percepción de 70 dB o más) e investigarla.

Pero toda patología del oído (otitis sero-mucosa...) que conlleve una pérdida auditiva bilateral duradera de 30 dB o más puede tener repercusiones en la iniciación y el desarrollo de balbuceo y del lenguaje (mala percepción de los fonemas, imprecisiones articulatorias, lentitud de asimilación...).

Estas repercusiones son más importantes desde el momento en que existen factores de riesgo asociados. *Por orden de frecuencia de aparición*, las deficiencias auditivas por patología infecciosa e inflamatoria corriente están en primer lugar, antes que las sorderas de percepción y las sorderas de transmisión ligadas a malformaciones congénitas del oído.

2. Factores morfológicos

Al igual que la integridad morfológica y funcional de la esfera oro-facial es indispensable para un buen desarrollo de la palabra y del lenguaje: una insuficiencia velar con o sin división palatina, un velo corto, una campanilla bífida, una faringe profunda, una hipotonía buco-linguo-facial pueden retrasar y/o perturbar la elaboración de los movimientos de articulación y alterar la calidad de la voz.

3. Factores visuales

Ver bien es fundamental para la organización de la comunicación. Las miradas recíprocas desencadenan y mantienen la comunicación. Las expresiones del rostro y los gestos acompañan naturalmente al lenguaje.

4. Factores neurológicos y cognoscitivos

Una integridad neurológica y las suficientes capacidades intelectuales son indispensables para el desarrollo del lenguaje.

Las habilidades cognoscitivas y las competencias lingüísticas están estrechamente ligadas. Por ejemplo, identificaremos las dificultades prácticas de los niños con insuficiencia motora cerebral, las dificultades de estructuración del lenguaje de los niños encefalopatas, los trastornos cognoscitivos de los niños disfásicos...

B) FACTORES LIGADOS A LA CALIDAD DE LAS INTERACCIONES PADRES-HIJOS:

El niño se comunica antes de saber hablar (mímica, sonrisas, voz, lloros). Esta aptitud es particularmente importante en la medida en que prefigura la función social del lenguaje. Desde las primeras semanas de vida, la madre considera a su bebé como un verdadero interlocutor al que **atribuye intenciones de comunicación**. Los gritos, la vocalización, la mímica y los movimientos no verbales son interpretados por la madre como que tienen sentido. La madre es muy receptiva a todos estos comportamientos y responde de manera verbal y/o mimo-gestual. Esto tiene por efecto reforzar algunas actitudes del bebé, actitudes que, retomadas por la madre, son insertadas en una “conversación” donde el bebé experimenta alternativamente los tiempos de palabra y de escucha.

Desde los primeros meses, el niño multiplica **experiencias perceptivas** a través de lo que ve, de lo que entiende, de lo que toca, de lo que huele y de lo que prueba. Sus padres, al comentar sus experiencias, le ayudan a organizar su entorno, su relación con las personas, los objetos y las acciones. A medida que el niño se vuelve más hábil en el plano motor, van surgiendo los nuevos **comportamientos interactivos y mentales**.

Entre los comportamientos no verbales manifestados por los bebés, la puntería (apuntar con el dedo) aparece a la edad de los 9 meses. Hacia los 12 meses, este comportamiento ha adquirido una función social de comunicación. A esta edad, el niño apunta con el dedo con la intención de atraer la atención de la madre sobre ciertos elementos del entorno. La madre responde nombrando al objeto o el acontecimiento apuntado con el dedo por el bebé (“sí, es el perro, ¿qué hace el perro? Oh, el perro está comiendo, tiene hambre” etc...).

Este procedimiento que permite a la madre y al niño de estar “en la misma onda” es la base de todo diálogo futuro ya que, para que este se desarrolle eficazmente, ambos interlocutores deben atraer su atención en un objeto o un acontecimiento común para poder “hablar” sobre ello juntos, es lo que denominamos **atención conjunta**.

Siguiendo el desarrollo, el niño está en disposición de experimentar comportamientos sociales cada vez más amplios o sofisticados sobre los planos motores, de relación y cognoscitivos.

Los procesos de adaptación de la madre a los comportamientos del bebé, que son totalmente inconscientes, permiten de esta forma, en todas las etapas del desarrollo, un **ajuste progresivo**.

El papel de la madre, en esta fase, es esencial. Es precisamente en su capacidad de dejarse guiar por el bebé donde reside la **comunicación prelingüística**. Esta constituye un marco propicio para el desarrollo del lenguaje ya que es en este contexto privilegiado de *diálogo y de placer compartido* que las primeras vocalizaciones serán interpretadas por la madre y adquirirán sentido.

Las interacciones precoces son un pre-requisito para el desarrollo del lenguaje, pero no son suficientes para guiar al niño hacia la asimilación de un sistema lingüístico. El desarrollo del lenguaje supone la integridad de las capacidades sensoriales y cognoscitivas del lactante. Las primeras palabras aparecen entre los 12 y los 18 meses y hacia los 24 meses, la mayoría de los niños empiezan a combinar dos palabras para formar sus primeras frases.

II. PUNTOS DE DESARROLLO

presentados en el desplegable “Hacia el lenguaje” (véase anexo 1)

Los trabajos de estos últimos decenios han mostrado la importancia de los primeros años de vida para el desarrollo del lenguaje. En esta tabla se recogen las etapas clave de 3 meses a 3 años. Para cada franja de edad, se han seleccionado algunos objetos. Son fáciles de observar y deben ser adquiridos a los 3 años. Indican a cada edad el límite superior de asimilación y por encima de ella, hay que preocuparse.

?? La parte superior del desplegable indica tres niveles a explorar:

- **Recepción/comprensión**
- **Expresión**
- **Diálogo/interacción**

Cualquier defecto de la audición, incluso moderado, repercute en el desarrollo del lenguaje y es por eso que la exploración de las competencias auditivas ha estado asociada a esta primera parte. Por ejemplo a los 6 meses: recepción, el niño se gira hacia el ruido o hacia la voz; expresión, balbucea; interacción, cuando se le habla, responde mediante vocalizaciones.

?? **La parte inferior del desplegable** indica dos niveles a explorar:

- **Visual**

- **Motor**

Algunos defectos en estos campos pueden dificultar el desarrollo del lenguaje. **La vertiente racional**, otro elemento importante, está poco desarrollada ya que puede indistintamente ser causa o consecuencia de un problema de comunicación verbal o no verbal.

III. LAS PERTURBACIONES DEL DESARROLLO DEL LENGUAJE. SUS CONSECUENCIAS.

A) LAS PERTURBACIONES

Los padres y los adultos que rodean a los niños pequeños a menudo notan más las dificultades de expresión que de comprensión del lenguaje: “No habla bien, no articula bien, no se entiende lo que dice...”

Sin embargo, el desarrollo del lenguaje puede verse perturbado en sus aspectos de comprensión y/o de expresión a los niveles fonológicos, morfosintácticos, léxicos y pragmáticos.

1. Comprensión

La capacidad de comprensión del niño es la base del desarrollo del lenguaje y precede a su capacidad de expresión. Cuando el niño pequeño crece, sus posibilidades de comprender siguen precediendo a sus capacidades de expresarse. La observación de la comprensión es por lo tanto primordial.

Es indispensable verificar si se basa en lo verbal o en lo no verbal. Denominamos “no verbal” a los gestos y las mímicas que acompañan a la palabra, así como la situación (o contexto) de comunicación.

Entre 12 y 18 meses, el niño debe poder asimilar los mensajes verbales sin apoyarse exclusivamente en lo no verbal.

El nivel de comprensión puede fácilmente inducir a error o ser ilusorio. El niño parece comprender una consigna simple, pero de hecho comprende solamente la situación y no el mensaje lingüístico. Ej.: “ven, que nos vamos”, de hecho ve a su madre coger su abrigo.

2. Expresión

Las alteraciones transitorias existen de manera normal en el niño a lo largo de su desarrollo del lenguaje (to para gato). Hay que diferenciar los trastornos importantes que deben, ellos, atraer la atención y motivar una exploración.

?? Trastornos importantes de la articulación: no asimilación de ciertos fenómenos, inteligibilidad limitada de la palabra...

?? Trastornos de la palabra: las palabras son deformadas, simplificadas o inacabadas (sustituciones, omisiones, elisiones...)

Estas perturbaciones pueden coexistir con un buen desarrollo del lenguaje.

?? Retraso del lenguaje: Se puede hablar de retraso cuando el niño no está en disposición, a una edad determinada, de comprender y/o de expresarse por medio de palabras y de frases en referencia a la cronología habitualmente descrita.

Puede afectar a la comprensión y/o a la expresión en grados diferentes.
El uso de jergas o de estereotipos deberían orientar hacia una patología específica del lenguaje.

B) CONSECUENCIAS

La magnitud de las consecuencias de un retraso del desarrollo del lenguaje está ligado:

?? a la naturaleza de las dificultades: palabra, lenguaje, comprensión, expresión...

?? al origen de los problemas: auditivo, mental, disfunción cerebral, afectivo...

?? a las peculiaridades de la familia:

La familia puede a veces paliar las dificultades de comprensión y de expresión mediante ciertas conductas (código familiar, mímica, palabras clave, ...). Esto evitará o retrasará trastornos de comportamiento y un aislamiento del niño. Por el contrario, la persistencia de tales medios puede sin embargo reforzar el retraso del lenguaje.

Algunas actitudes inadecuadas frente a las dificultades de expresión del niño pueden fijar una patología (tartamudeo por ejemplo...)

1. Incidencia sobre la comunicación y la relación.

Si el niño no comprende lo que se le dice, no actúa o no responde en función de la petición de su interlocutor y su respuesta no es adecuada.

Los aspectos sintácticos y semánticos del discurso que el adulto le propone, no están integrados. Por consiguiente, el niño tiene dificultad para expresarse y el bucle comunicacional no se realiza.

Los problemas de comunicación repercuten también en la relación: si las iniciativas lingüísticas del niño o de los padres no tienen una respuesta adaptada, pueden aparecer por ambas partes manifestaciones de frustración; en el niño se puede notar una inhibición, una inestabilidad, una hiperactividad, ...

2. Incidencia en el niño

El niño es consciente de sus limitaciones de expresión y de sus errores a través de las correcciones de su entorno; si estas son excesivas, puede aparecer un bloqueo con rechazo y cólera.

La recepción de informaciones parciales va a frenar su desarrollo cognitivo. No puede gozar de los ajustes que permitan el uso de conceptos, el desarrollo de sus competencias cognitivas, la memorización y la evocación.

En el colegio, desde párvulos, la dificultad del lenguaje altera sus intercambios con los otros niños.

Además, sin la ayuda adecuada, estas dificultades corren el riesgo de producir una **repercusión en su lenguaje escrito**.

IV. PREVENCIÓN Y DETECCIÓN PRECOZ DE UN TRASTORNO DEL LENGUAJE

Frente a este riesgo, el médico se enfrenta a diferentes tipos de situación:

EL NIÑO PRESENTA UNA PATOLOGÍA CONOCIDA CONGÉNITA O ADQUIRIDA (embrio-fetopatía, anoxia neo-natal, meningitis, síndrome polimalformativo...)

En este caso, el médico

?? **se asegura** que el primer chequeo ha sido completo: chequeo auditivo, visual y neuro-motor en busca de patologías asociadas (sordera, ambliopía...)

?? **comprueba** que el **seguimiento** y en particular la **orientación familiar** (véase BIAP CT 25) está correctamente enfocada.

EL NIÑO ESTÁ SANO PERO PRESENTA ANTECEDENTES FAMILIARES CON RIESGO PARA EL LENGUAJE: Sordera, retraso del lenguaje, trastornos de la elocución, contexto socio-afectivo desfavorable)

En este caso, el médico

?? **se asegura** que se ha realizado un primer chequeo,

?? **procura** una renovación de los exámenes sensoriales (véase sordera de aparición retrasada)

?? **vigila** el desarrollo del lenguaje hasta la completa asimilación. En caso de trastornos del desarrollo (véanse objetos del desplegable), **solicita un chequeo especializado del lenguaje**, incluso si este no acaba en una reeducación.

APARENTEMENTE, EL NIÑO ESTÁ SANO Y SIN ANTECEDENTES PERSONALES O FAMILIARES CONOCIDOS, PERO EL MÉDICO CONSTATA DESVIACIONES CON RESPECTO A LAS NORMAS DEL DESPLEGABLE.

Entonces, en primer lugar, debe eliminar con **certeza sistemáticamente e independientemente de la edad**, una deficiencia sensorial y en concreto auditiva. En efecto, un diagnóstico de sordera es posible desde el nacimiento. Las demás etiologías no deben plantearse más que después de esta verificación. Un chequeo del desarrollo del lenguaje se incluye sistemáticamente en los chequeos, sea cual sea la edad del niño.

El diagnóstico deberá conducir, sin demora, a un estudio pluridisciplinar padres-niño. De este estudio dependerá la calidad y la precocidad del desarrollo del lenguaje, independientemente de la etiología.

En todos los casos, el médico **centraliza** los resultados y **garantiza** la implantación de un seguimiento adecuado a la etiología y a la importancia del trastorno del lenguaje.

CONCLUSIÓN

Dificultades auditivas, visuales, neuro-motrices, cognoscitivas, relacionales, pueden impedir o retrasar el desarrollo de la palabra y del lenguaje.

Es de vital importancia **escuchar y tener en cuenta las inquietudes de los padres** y cuanto antes, hacer pruebas específicas e indispensables para confirmar o invalidar el diagnóstico.

El niño hablará si su entorno **se comunica** con él, si **ve** los gestos, si **entiende** y **comprende** las palabras de aquél que le habla, si puede **hacer movimientos** que induzcan a la palabra.

Seguido con precocidad, el niño tiene todas las posibilidades de evolucionar favorablemente.

Referencias bibliográficas:

- 1) AIMARD P., ABADIE C: Les interventions précoces dans les troubles du langage de l'enfant. De. MASSON, 1991.
- 2) CAMUS JF.: La psychologie cognitive de l'attention. De. A. COLIN, 1996.
- 3) CHEVRIER-MULLER C., NARBONAS S. Le langage de l'enfant. Aspects normaux et pathologiques. De MASSON, 1996.
- 4) DENIS M.: Image et cognition. PUF 1989.
- 5) FRANÇOIS F., HUDELOT, SABEAU: Conduites linguistiques chez le jeune enfant. PUF 1984.
- 6) HABIB M.: Dyslexie: le cerveau singulier. De. SOLAL, 1997.
- 7) KOLINSKY, MORAI, SEGUI: La reconnaissance des mots dans les différentes modalités sensorielles. PUF 1991.
- 8) LAMBERT J, NESPOULOU J.L.: Perception auditive et compréhension du langage. De. SOLAL, 1997.
- 9) Mc ADAMS St. Et BIGAND E.: Penser les sons. Psychologie cognitive de l'audition. PUF 1994.
- 10) MATTHEY Marinette: Apprentissage d'une langue et interaction verbale. De. Peter Lang, 1996.
- 11) MAZEAU M.: Déficiences visuo-spatiales et dyspraxies de l'enfant. MASSON, 1995.
- 12) MAZEAU M.: Dysphasies, troubles mnésiques, syndrome frontal chez l'enfant. MASSON, 1995.
- 13) MONFORT M., JUAREZ-SÁNCHEZ A.: L'intervention dans les troubles graves de l'acquisition du langage et les dysphasies développementales. L'ORTHO edition 1996.
- 14) RIBIERE-RAVERLAT J.: Développer les capacités d'écoute à l'école. PUF 1997.
- 15) RONDAL J.A. et THIBAUT J.P.: Psychologie de l'enfant et de l'adolescent. LABOR 1996.
- 16) RONDAL J.A.: L'évaluation du langage. MARDAGA 1997.
- 17) RONDAL et SERON: Troubles du langage. MARDAGA 1982.
- 18) SPRENGER-CHAROLLES L. et CASALIS.: Lire lecture et écriture: acquisition et troubles du développement. PUF 1996.
- 19) THOMAS J., WILLEMS G.: Troubles de l'attention, impulsivité et hyperactivité chez l'enfant. MASSON 1997.

- 20) WEITZMAN E.: Apprendre à parler avec plaisir. Programme HANEN, Canada 1992.
- 21) ZEZIGER P.: Écrire. Approches cognitive, neuropsychologique et développementale. PUF.

Anexo 1: Desplegable “Hacia el lenguaje”

Véase el mismo

Recomendación biap 25 - 01

SEGUIMIENTO DE LOS PADRES DE NIÑOS CON UNA DEFICIENCIA AUDITIVA

El asesoramiento familiar es parte integrante de la orientación global del niño y de su familia , desde el momento en que se diagnostica la deficiencia auditiva .Tiene como objetivo el reajuste de las interacciones padres-niño en función de las necesidades específicas de cada familia y debe proponerse sistemáticamente .

La clave del asesoramiento familiar es la implicación de los padres (o de la familia) en cada etapa de la vida del niño hasta la edad adulta.

Asocia la escucha , el habla , la reflexión , el acuerdo que permitirá la adaptación emocional de los padres y los ajustes de su comportamiento .

Debe tener en cuenta :

- la importancia del handicap y de su forma de rehabilitación (handicaps asociados ,...),
- las características originales del niño y de su familia ,
- la existencia de otros agentes sociales en relación con los padres y/o el niño (guardería , escuela , empleados , asociaciones , mundo de los sordos ,...),
- la difusión social de la deficiencia auditiva .

El asesoramiento se lleva a cabo de manera específica por cada miembro del equipo multidisciplinar de audiófonología , dentro de los límites de su propia competencia y su campo profesional (anexo I).

El equipo terapéutico multidisciplinar puede ser centralizado (centro de readaptación funcional , centro medico u hospitalario ,...) o en ejercicio libre (logopeda, médico O.R.L., audioprotésista, ...).

En todos los casos , el asesoramiento familiar debe estar coordinado por uno de los miembros del equipo (logopeda , médico , psicólogo,...) con el fin de asegurar una orientación que responda a las exigencias de :

- claridad,
- coherencia,
- realidad .

Cada profesional debe tener un buen conocimiento de las otras disciplinas , sea cuál sea su formación de base . No puede jamás :

- emitir un juicio de valores,
- llegar a culpabilizar a los padres,
- sustituir a los padres

Para asesorar a las familias , deberá :

- ser sensible a las repercusiones de la sordera en el ámbito familiar,
- tener una formación complementaria en técnicas de asesoramiento.

La recomendación " BIAP 25-01 - Asesoramiento familiar" puede adaptarse a los diferentes países y regiones en función de sus condiciones geográficas y/o administrativas propias .No puede en ningún caso ser modificada en cuanto a su contenido , sus aspectos multidisciplinarios y específicos , especializados y éticos

Lisboa, 1997.