

Modificaciones de las estrategias de acceso al lenguaje oral por parte de niños con sordera profunda, desde el uso precoz del implante coclear (*)

Adoración Juárez (**)

La educación y el desarrollo de los niños que presentan una deficiencia auditiva severa o profunda, pre-locutiva, no puede analizarse únicamente desde la perspectiva de sus restos auditivos o de sus habilidades de habla: concurren en estos niños una gran cantidad de factores que nos deben llevar a recelar de posturas unívocas de cara a la metodología a seguir en su enseñanza.

El hecho de no oír o de no oír de la misma manera que el resto de los niños presenta consecuencias significativas en el conjunto de su desarrollo cognitivo, afectivo, social, no sólo lingüístico.

Es cierto que nuestro objetivo como educadores debe intentar acercar lo más posible el desarrollo de estos niños a las pautas evolutivas de los niños normo-oyentes, dentro de una perspectiva de igualdad de oportunidades, pero este objetivo no tiene por qué perseguirse en detrimento del derecho al reconocimiento de sus diferencias.

La introducción del implante coclear está proporcionando nuevas oportunidades a todo un conjunto de niños para los cuales los objeti-

vos de integración y normalización social resultaban muy problemáticos.

Sin embargo, al mismo tiempo, aparece el peligro de olvidar la existencia de la discapacidad auditiva y perder gran parte de los logros adquiridos por las personas con sordera en los últimos años: ciertas reacciones de familias y profesores que hemos observado en los últimos años nos llevan a pensar precisamente que, en algunos casos por lo menos, se están alterando las referencias que deben guiar nuestra labor educativa.

Me gustaría una vez más seguir en este campo la antigua máxima de la equidistancia entre extremos.

EL CAMBIO EN LA PERCEPCIÓN Y LA COMUNICACIÓN

Si recordamos los tres niveles de audición que podemos encontrar en personas con discapacidad auditiva, es decir la audición normal, la audición funcional y la audición residual, podríamos definir las de la siguiente manera:

- **Audición normal:** Permite reconocer e imitar cualquier sonido del habla, independientemente del sentido. Este nivel lo pueden alcanzar las sorderas ligeras y medias del primer grupo,

* Texto de la ponencia para las 2.ª Jornadas sobre Comunicación Aumentativa y Alternativa y XI Seminario sobre Discapacidad y Sistemas de Comunicación del Real Patronato (Valencia, 4-8 de septiembre de 2001).

** Presidenta del Comité Español de Audiofonología (CEAF).

con adaptación protésica correcta y entrenamiento auditivo.

- **Audición funcional:** Permite reconocer palabras y frases conocidas sin ayuda contextual.

Este nivel es posible para las sorderas medias de 2.º grupo y las severas del 1.º grupo con adaptación protésica correcta y entrenamiento auditivo.

Parcialmente posible de alcanzar para las sorderas severas del 2.º grupo y las profundas del 1.º grupo con adaptación protésica correcta o implante coclear (profundas) y entrenamiento auditivo.

- **Audición residual:** Permite obtener una mejor comprensión del lenguaje oral por lectura labial y con apoyo contextual.

Este es el nivel alcanzable posible de las sorderas severas o profundas con adaptación protésica correcta y entrenamiento auditivo.

Por primera vez, con el implante coclear disponemos de un dispositivo que permite dotar a los niños con sordera severa y profunda de una verdadera audición funcional: los resultados que se obtienen en niños implantados precozmente, tanto en registros de situaciones espontáneas como en la aplicación de pruebas de reconocimiento del habla, muestran una realidad indiscutible.

Pero también muestran que no se trata de una audición normal: esto, que se añade al hecho de la presencia de momentos en los que el niño no puede usar el implante, nos debe recordar que siguen siendo niños con discapacidad auditiva, tanto en su propia identidad como en la modificación de ciertos procesos de interacción y de aprendizaje.

Los progresos obtenidos gracias al implante coclear en cuanto a precocidad, velocidad de aprendizaje y naturalidad de adquisición del lenguaje oral son indiscutibles pero no nos deben hacer olvidar que, a pesar de todo, se van a producir desfases significativos, en edades cruciales, incluso en los mejores casos.

Ocurre sin embargo que la población de niños con sordera congénita o de aparición muy precoz es una población de alto riesgo para toda una serie de otras dificultades, sensoriales, motrices y cognitivas: en estos niños la combinación de varias dificultades incrementará aún más la existencia de esas diferencias respecto al patrón normal de desarrollo.

¿A dónde quiero llegar con estas advertencias?

Fundamentalmente a este principio: *la introducción del implante coclear no debería modificar esencialmente las directrices básicas de los programas de estimulación y de educación de los niños con sordera, sobre todo en las primeras etapas.*

En otras palabras: el implante coclear nos va a permitir obtener mejores resultados en un número mucho mayor de niños pero la obtención de dichos resultados sigue derivando de las mismas decisiones y de las mismas medidas de ajuste del entorno que se han aconsejado hasta ahora.

Un buen programa de intervención precoz debe partir de una filosofía fundamentalmente *preventiva*: cuando se inicia con un bebé de unos pocos meses, no sabemos casi nada acerca de aspectos tan determinantes como su capacidad intelectual, su estilo de aprendizaje, su estilo comunicativo, su conducta general y, en particular, su capacidad de atención, el nivel de sus aptitudes lingüísticas innatas, el alcance preciso, actual y futuro, de la audición que el implante coclear le va a devolver, la calidad de la atención que va a recibir por parte de su familia...etc,etc.

¿Vamos a volver al antiguo modelo que proponía la vía más difícil a todos los niños y, luego, rectificaba, tarde y mal, cuando se evidenciaba el fracaso?

Sería no haber aprendido nada de errores pasados y olvidar todo lo que hemos aprendido en los últimos años sobre el desarrollo de la comunicación humana.

Un programa preventivo de intervención debería tener en cuenta desde el principio los principales escollos que pueden presentarse, tanto en el niño como en la familia.

En el niño: El niño recién implantado debe todavía construir en su cerebro patrones de reconocimiento que no serán idénticos a los de los niños normo-oyentes, a una edad que, aunque sea precoz, es todavía muy tardía respecto a los oyentes que ya disponían de estímulos acústicos en su vida intra-uterina.

Esto tiene varias consecuencias:

- a) La necesidad de un programa de estimulación, organizado y suficientemente intensivo que despierte la atención del niño y le ayude a atribuir sentido a estas nuevas sensaciones, entre las cuales debe ocupar un lugar privilegiado la voz y el habla.
- b) Un inevitable desfase cronológico en el alcance de las etapas de desarrollo de la comprensión y de la expresión lingüística:

para evitar que ese desfase tenga consecuencias negativas, a veces irreversibles, sobre el desarrollo cognitivo, afectivo y social, sigue siendo indispensable modificar la comunicación entre ese niño y su familia con **la introducción de sistemas aumentativos y alternativos como el ajuste de la comunicación oral, el uso de signos y/o de la palabra complementada.**

Cada niño es distinto y sus necesidades van a ser muy variables: no somos nosotros los que debemos imponerle un sistema sino él quien debe ayudarnos a construir el modelo que mejor le venga.

Para ello, nosotros, profesionales y familias, debemos disponer de todos los recursos necesarios: de esta forma nos podremos ajustar a cada uno de ellos, en cada momento de su propio desarrollo.

El uso de signos (en nuestro caso fundamentalmente a través de la modalidad de Comunicación Bimodal, salvo casos que aconsejan ir directamente a la Lengua de Signos) permite establecer un nivel de comunicación abstracta y placentera *a la misma edad* en que aparece en los niños oyentes y prepara de forma eficaz los patrones cognitivos e interactivos en los que se asentará a continuación el lenguaje oral.

La lectura labial apoyada con Palabra Complementada añade a la información auditiva proporcionada por el implante lo que le falta para ser discriminativa, favoreciendo así su procesamiento y almacenamiento fonológico en las mejores condiciones posibles y liberando energía cognitiva para la interpretación de situaciones e intenciones.

Esas ayudas son muy buenas para los niños con mejor capacidad que podrán probablemente prescindir rápidamente de ellas en la mayoría de las situaciones; son aún mejores con los niños más lentos o con menor capacidad; son imprescindibles para aquellos que presentan trastornos asociados a su sordera.

En la familia: La sordera es una discapacidad que afecta tanto a las personas del entorno como al propio interesado y las familias de los niños con sordera siempre han necesitado un largo tiempo de adaptación y mucho esfuerzo personal para conseguir disfrutar con naturalidad del placer de la comunicación con sus hijos.

No hay duda de que el implante coclear acerca más la interacción del niño y de su familia al patrón de normalidad, reduciendo así la posibilidad de fracasos y situaciones dramáticas

de ansiedad y aislamiento.

Sin embargo, esto no se va a conseguir en un día: los primeros meses y años, desde el diagnóstico hasta la consecución de los primeros resultados palpables, pasando por la toma de decisión y todas esas etapas tremendamente angustiosas de los inicios, siguen siendo al mismo tiempo duros y decisivos.

Las familias siguen necesitando un programa muy intensivo y personalizado de formación y de información.

En una segunda etapa, cuando ya resulta evidente que el niño oye, entiende, imita, deberemos tener cuidado en mantener la implicación de esos padres, en no bajar la guardia: el niño con implante coclear puede producir la misma ilusión que producen los niños con sordera media o con sordera severa del primer grupo con una buena prótesis auditiva.

Su desarrollo se hace aparentemente de forma rápida y natural, pero a menudo cubre grandes lagunas que se van manifestando poco a poco y afectan gravemente luego a sus aprendizajes lingüísticos complejos y a sus adquisiciones escolares.

Oyen y todos se olvidan de que oyen mal y que, muchas veces, no oyen nada o nada útil.

El peligro de una estimulación insuficiente en cantidad y calidad es, hoy por hoy, un peligro real para los niños con implante coclear y su familia.

BIBLIOGRAFÍA:

- Calvo Prieto, J. C. (1999). *La sordera. un enfoque socio-familiar*. Salamanca: AMARÚ.
- Dumont, A. (1989). *El logopeda y el niño sordo*. Barcelona: MASSON.
- Huarte, A. (1990). *Manual de rehabilitación del implante coclear*. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Navarra.
- Juárez, A. y Monfort, M. (2001). *Guía para padres. Algo que decir*. Madrid: ENTHA ediciones.
- Manrique, M.; Huarte, A.; Molina, M.; Narbona, J. y OOA. (1998). «Importancia del implante coclear temprano en el desarrollo lingüístico». En: Torres, S.; García de Oza (eds.). *Discapacidad y Sistemas de Comunicación. Teoría y Aplicaciones*. Madrid: Real Patronato, 173-185.
- Marchesi, A. (1987). *El desarrollo cognitivo y lingüístico de los niños sordos*. Madrid: ALIANZA.

- Monfort, M.; Rojo, A. y Juárez, A. (1982). *Programa elemental de comunicación Bimodal*. Madrid: CEPE.
- Monfort, M. y Juárez, A. (2001). *Estimulación del lenguaje oral*. Madrid: ENTHA ediciones.
- Santana, R. (1999). *El papel de la Palabra Complementada en el desarrollo y uso de las representaciones fonológicas en el sordo*. Servicio de publicaciones y producción documental. Univ. del LPGC.
- Torres Monreal, S. (1988). *La palabra complementada*. Madrid: CEPE.
- Huarte Irujo, A. «Resultados auditivos con implantes cocleares». *FIAPAS* n.º 75, 2000 (Separata).
- Juárez, A. «El acceso a la comunicación y el lenguaje en el niño deficiente auditivo». *Rev. de Log. Fon. y Aud.* XII, 2, 1992, pp. 68-75.
- Juárez, A. «Estimulación auditiva en niños con deficiencia auditiva». *Rev. de Log. Fon. y Aud.*, XVI, 1, 1996, pp. 7-11.
- Manrique, M.; Huarte, A.; Molina, M.; Cervera, F.J. y OOAA: «Tratamiento de la sordera en el niño menor de dos años». *Anales de Pediatría*. 1997, pp. 95-98.
- Monfort, M. y Juárez, A. «Representación y comunicación en el niño deficiente auditivo». *Rev. de Log. Fon. y Aud.*, I, 2, 1981.
- Sánchez Hípola, M.P. «La atención temprana del niño sordo y su familia». *FIAPAS* n.º 44, 1995, (Separata I-XII).