

2016

**CARTILLA DE APOYO**  
**UNIDAD 3 AULA VIRTUAL**  
**IMPORTANCIA DE LA**  
**REHABILITACIÓN**  
**AUDITIVA**

Inicialmente es una unidad pensada para padres, con el fin de que conozcan las diferentes terapias que existen para la rehabilitación auditiva y así mismo, aclarar el rol de los padres en la terapia y en el hogar.

INGRID ROCÍO SAMPER R.

ESCUELA COLOMBIANA DE REHABILITACIÓN

## Tabla de Contenido

1. Introducción primera parte.....	2.
2. Primera parte: ¿Qué es la fonoaudiología?.....	3.
3. Introducción segunda parte.....	4.
4. Segunda parte: ¿Qué es la rehabilitación auditiva?.....	5.
5. Introducción tercera parte.....	6.
6. Metodologías y estrategias para la estimulación auditiva.....	7.
7. Introducción cuarta parte.....	24.
8. El rol de los padres en la terapia y en el hogar.....	25.
9. Referencias.....	29.

## 1. Introducción primera parte

Para una mayor comprensión de las siguientes temáticas es importante aclarar conceptos tales como: comunicación, habla y lenguaje.

*La comunicación según Gajic & Morant (2010), se define como el acto o proceso de transmitir o intercambiar la información. El concepto de información abarca todas las señales que pueden ser transmitidas de un punto a otro. Parece que la información no solo condiciona la comunicación, sino que la precede y sirve de enlace el emisor y el receptor, esta puede realizarse mediante cualquiera de nuestros sentidos y puede ser de manera verbal o no verbal.*

El habla es un acto individual de la voluntad y de la inteligencia, en el cual conviene distinguir:

Primero las combinaciones por las que el sujeto hablante utiliza el código de la lengua con miras a expresar su pensamiento personal y segundo el mecanismo psicofísico que le permite exteriorizar esas combinaciones.

En conclusión el habla es el lenguaje en acción, es la ejecución individual de cada hablante (Saussure, 1945).

Para Puyuelo (1998), el lenguaje es una conducta comunicativa cuya característica es específicamente humana y desempeña importantes funciones a nivel cognitivo, social y comunicativo, permitiendo al hombre hacer explícitas las intenciones, estabilizarlas, convertirlas en regulaciones muy complejas de acción humana y acceder a un plano positivo de autorregulación cognitiva y comportamental, al que no es posible llegar sin el lenguaje. Sin embargo, este medio tan importante de comunicación, no se adquiere de modo espontáneo, sino que se adquiere y evoluciona por medio de la interacción; por lo tanto, se requiere de una condición adecuada rodeada de estímulos lingüísticos que permitan aprender fácilmente a hablar; es por ello, que la familia y la escuela cumplen una función importante en la adquisición del desarrollo del lenguaje en el niño. Si éste se siente emocionalmente seguro y lingüísticamente estimulado, se desarrollará normal y óptimamente, superando las dificultades de las distintas etapas en el tiempo esperado (Arenas, 2012).

## 2. ¿Qué es la Fonoaudiología?

*La Fonoaudiología es una profesión al servicio de los seres humanos que se ocupa del estudio de la comunicación humana y sus desórdenes a lo largo del ciclo vital del individuo, grupos y poblaciones. Las áreas de estudio son: audición, lenguaje, habla, voz, función oral faríngea y la interacción comunicativa (Escuela colombiana de Rehabilitación).*



El ejercicio de la profesión en Fonoaudiología, va encaminado a la realización de toda actividad profesional dentro de los siguientes campos generales de trabajo y/o de servicio así:

*Investigación, docencia, administración y dirección de programas académicos, gerencia de servicios fonoaudiológicos en los sectores de salud, educación, trabajo, comunicaciones, bienestar y en ambientes comunitarios;*

*diseño, ejecución y dirección de programas de fonoaudiología en otros escenarios no tradicionales; diseño, ejecución, dirección y control de programas fonoaudiológicos de prevención, promoción, diagnóstico, intervención, rehabilitación, asesoría y consultoría dirigidos a individuos, grupos y poblaciones con y sin desórdenes de comunicación; y diseño, ejecución y dirección de programas de capacitación y educación no formal en el área (ley 376, 1997),(Cuervo, 1998).*

### 3. Introducción segunda parte

Conscientes de la gran importancia del lenguaje oral para el desarrollo del individuo y su desenvolvimiento en la sociedad, optamos por la aplicación de un enfoque audio-oral en la educación del niño sordo, siempre y cuando no haya alguna indicación que lo desaconseje.

Una vez diagnosticada la pérdida auditiva es necesario empezar con la terapia, cuyos procedimientos dependerán primordialmente de la edad de la persona (Gajic & Morant, 2010).

*Es importante que se aproveche el tiempo que transcurre desde el momento del diagnóstico hasta el momento en que el niño /a sea implantado, realizando una estimulación globalizada incluyendo todos los niveles de la educación precoz.* Es imprescindible aprovechar su actual plasticidad neuronal, entendiendo por plasticidad neuronal a la capacidad o adaptación funcional del sistema nervioso central para minimizar los efectos de las alteraciones estructurales o fisiológicas, sin importar la causa originaria, puesto que con el transcurso del tiempo el niño madura y se relentiza el proceso de adquisición del lenguaje oral.

La adquisición del lenguaje se realiza mediante los procesos de aprendizaje con base en la audición comprensiva. Esta habilidad se alcanza escuchando el lenguaje oral durante un tiempo suficiente para el aprendizaje. *La práctica y la literatura han demostrado que la mejor plasticidad neuronal auditiva y mejor capacidad para la adquisición del lenguaje se encuentra hasta los primeros tres años de vida, aunque esta capacidad persiste de manera positiva incluso hasta los 5 -6 años de edad* (Gajic & Morant, 2010).

#### 4. ¿Qué es la Rehabilitación auditiva?

*Es potenciar al máximo las habilidades auditivas de una persona con deficiencia auditiva mediante la óptima amplificación en función del habla, el lenguaje, el aprendizaje y el desarrollo socioemocional.*

A lo largo de la historia han existido diferentes orientaciones en la educación de la persona con deficiencia auditiva. Según Perier, se pueden agrupar en tres grandes grupos.

- **Métodos orales:** método auditivo puro, método audiorales, métodos audiorales con apoyos a la lectura labial, métodos audiorales con representación manual de los fonemas, método audioral con dactilología.
- **Métodos gestuales:** utilización exclusiva de la lengua de signos, Aprendizaje inicial de la lengua de signos y posteriormente del lenguaje oral, aprendizaje inicial de signos seguido del lenguaje escrito y posterior el lenguaje oral.
- **Métodos mixtos:** encontramos dos.
  - **Método bimodal:** en el que se da un uso simultáneo del lenguaje oral y los signos manuales.
  - **Método bilingüe:** en el que el lenguaje oral se utiliza en el ambiente de oyentes

Y la lengua de signos con personas sordas.



## 5. Introducción tercera parte

*Uno de los métodos más desarrollados y aplicados integra o parcialmente en centros e instituciones e incluso a niveles particulares donde se trabaja con niños sordos, es la metodología verbo tonal que insiste en forma más sistémica en la presentación global del lenguaje (Gajic & Morant, 2010).*

A continuación se mencionarán los siguientes métodos: método verbotonal, terapia auditiva-verbal y dando sonido a la vida de Mary Koch.

## 6. Metodologías y estrategias para la estimulación auditiva

### *Primera estrategia o método: Método Verbotonal*



Este método fue creado en 1954 por el doctor Peter Guberina en la antigua Yugoslavia y comenzó a utilizarse en los años 70 en España. Para estudiar las zonas frecuenciales invento los aparatos SUVAG (Sistema universal Verbotonal auditivo Guberina) los cuales transmiten un espectro amplio de frecuencias y ofrecen la posibilidad de trabajar de forma continua y discontinua. Este aparato amplificador de sonidos y de selección de filtros, permite la selección de la octava optimal de cada fonema en el niño.

*La metodología Verbotonal, realiza una amplificación no lineal del habla, filtrando el mensaje para ajustarlo al campo óptimo de audición de cada sujeto o aquellas zonas en las que la audición se encuentra mejor conservada. Para facilitar esta percepción auditiva utiliza el amplificador SUVAG II (intensidad máx. 140 dB), que pueden dejar pasar un espectro frecuencial amplio (0,5 a 20.000 Hz.) y que está compuesto por una serie de filtros (LP, HP, PB) con posibilidades de atenuación hacia las frecuencias altas o bajas, posibilitando la creación de un ilimitado número de campos óptimos de la audición.*

Este método parte de cuatro principios:

- *El campo auditivo óptimo de audición: un sonido puede ser percibido y entendido sin deformaciones a través de una banda de frecuencias estrecha, pero estas bandas han de ser las óptimas para la comprensión del lenguaje.*
- *La transferencia: es posible crear nuevas estructuras para un sonido en otras bandas de frecuencia que otras personas no entendería pero que si lo hacen las personas con deficiencia auditiva.*
- *la implementación de la entonación, pausa, ritmo, intensidad, tensión y tiempo en el proceso de rehabilitación.*
- *El cuerpo como excelente receptor y transmisor del sonido: la audición es polisensoria y por ello en la reeducación se emplearan todos los canales de transmisión del sonido (Amaya, 2009).*



El Método Verbotonal abarca cuatro procedimientos de trabajo que dan base a la tarea rehabilitadora. Estos procedimientos son:

➤ **Diagnóstico Verbotonal**

Bajo el término “diagnóstico en rehabilitación” se entiende el diagnóstico que responde a las necesidades de la rehabilitación, el diagnóstico que facilita la rehabilitación que ayuda a la persona con audición deficiente.

*La deficiencia auditiva no es una enfermedad que se pueda curar, sino la consecuencia de varias causas, que exigen una rehabilitación bien programada.* Este procedimiento dura años y tiene que abarcar varios órganos receptores en la entrada y entre ellos, desarrollar el equilibrio estructural central y capacitar al individuo como una personalidad completa y un ser social.

Hay que tener en cuenta que es imposible dar un diagnóstico completo de la lesión y las capacidades del niño, sin las exploraciones y opinión del rehabilitador. Él es que puede decir si existe una lesión, el rehabilitador conoce perfectamente las capacidades auditivas y lingüísticas del niño (Gajic; Ramos; Pérez; Catala & Mora, 1985).



Existen algunos interrogantes básicos a los cuales el diagnóstico debe responder estos son:

- Causa de la lesión auditiva
- Momento en que apareció
- Lugar donde se sitúa la lesión
- Grado de la lesión

El lugar y el grado de la lesión se conocen mediante las audiometrías cuantitativas. Sin embargo, el problema esencial es la capacidad de entender el habla y la audición como tal.

Completando el diagnóstico clásico, el sistema Verbotonal, incluye los métodos cualitativos de la exploración auditiva y uno de ellos, es la audiometría verbotonal la cual nos descubre las zonas frecuenciales y las intensidades donde se obtiene la mejor comprensión o inteligibilidad. Los siguientes interrogantes a que responderá el diagnóstico verbotonal son:

- *El estado funcional de la audición.*
- *La meta o el objetivo de la rehabilitación.*
- *El procedimiento rehabilitador.*

El problema central del diagnóstico verbotonál es descubrir y conocer el campo óptimo de audición del paciente en toda su complejidad. Más que la pérdida auditiva nos interesa las zonas mejor conservadas, es decir, los restos funcionales de la audición. Con base a estos datos se determinan los procedimientos siguientes de a rehabilitación. Los pasos para el diagnóstico verbotonál son:

- Búsqueda de la distancia óptima: Máxima para cada oído por separado, en la cual el paciente entiende un habla de intensidad normal. Después, en el audiograma tonal calculamos el valor promedio de a pérdida, según la fórmula  $(500 + 1000 + 2000 / 3)$  y posteriormente con la ayuda de la tabla de Pansini averiguamos si el paciente oye en correlación con los valores previstos esta tabla o en una mayor o menor distancia.
- Examen de inteligibilidad de las palabras: En la distancia óptima hacemos el examen pronunciando las palabras listas con una intensidad de voz normal y se calcula el porcentaje de inteligibilidad. Simultáneamente observamos los fallos de la pronunciación que comete el paciente en sus respuestas,



porque dependiendo del campo óptimo de audición el paciente oirá mejor o peor las palabras bajas, medias o altas. También dependiendo de cómo oye determinados sonidos concretos del habla podemos llegar a conocer el tipo de Transfer (transmisión del todo el mensaje hablado a través de una zona frecuencial limitada, que es la característica y l posibilidad de una persona con deficiencia auditiva grave. Este campo se encuentra

generalmente fuera de la zona conversacional.

- Comparación de los audiogramas: Al comparar el audiograma tonal con el verbotonál llegamos a saber en qué zonas la estructuración fonética está mejor conservada la diferencia indicativa entre el umbral de la audición en ambos audiogramas es de 10 o más dB. En las zonas donde el audiograma verbotonál es mejor que el audiograma tonal, la estructuración fonética es mejor que la normal, y en las zonas donde el audiograma verbotonál es peor que el audiograma tonal, la estructuración es peor.

En el caso de que el audiograma tonal y verbotonál coincidan, la estructuración fonética estará conservada normalmente.

En la comparación entre el audiograma tonal y vocal, primero calculamos el promedio de la pérdida en decibelios en el audiograma tonal y posteriormente en la abscisa del audiograma vocal buscamos e valor aproximado – intensidad aproximada a aquel promedio y en este punto trazaremos una vertical. Observamos dónde cruza la curva del audiograma vocal a esta vertical y en la ordenada del audiograma vocal leemos el porcentaje de la inteligibilidad.



- *El examen con los aparatos Verbotonales (SUVAG): se continúa el examen con los aparatos SUVAG, buscando el campo óptimo de la audición, incluso, si es necesario, para cada oído por separado. Utilizamos los cascos o el vibrador o la combinación entre ellos. Se buscan distintos umbrales: Umbral de detección, nivel de confortabilidad (MCL), Umbral de molestia (TD).*

La relación entre los umbrales nos da a conocer la dinámica de la audición que nos ayudara en el diagnóstico sobre todo con niños pequeños en los que puede ser el único indicador para diferenciar una lesión conductiva de una perceptiva.

- **Búsqueda de la vía óptima de la estimulación acústica.** Aplicando el vibrador en varias partes del cuerpo examinamos cual es mejor entre las tres vías: vía aérea, vía ósea, vía somatosensorial (conducción corporal). Si el paciente escucha mejor con el vibrador en los oídos, trago, o con el pabellón doblado, se trata de una lesión perceptiva; pero si el paciente oye mejor en el mastoide o en cualquier otra parte de la cabeza, se trata de una lesión conductiva.

*El diagnóstico en la rehabilitación es el punto de partida, busca el primer campo óptimo del paciente, determina el procedimiento rehabilitador e impone el objetivo y la meta de la rehabilitación (Gajic; Ramos; Pérez; Catala & Mora, 1985).*

➤ **Clase verbotonal (Método Audiovisual Estructuroglobal y dramatizaciones):**

Consta de tres actividades específicas: la situación, la dramatización y el método estructuroglobal audiovisual.



El lenguaje en el niño aparece y se desarrolla ante situaciones de imitación de la vida real, por tanto es necesario crear en el aula, situaciones que favorezcan el lenguaje espontáneo. En la “situación”, es necesario planificarla en función del grado de madurez de los niños y de sus intereses, creando contextos que provoquen el deseo de participación comunicativa. El principal objetivo, es provocar en el niño reacciones

espontáneas, ante situaciones concretas o imaginarias, favoreciendo de manera natural la utilización del lenguaje aprendido y que sea capaz de trasladarlo a situaciones semejantes (Amaya, 2009) (Gajic & Morant, 2010).

*El juego dramático les ayuda a expresar sus deseos, experiencias, sentimientos y crea en ellos las bases psicológicas y vivenciales que le facilitarán la expresión lingüística. También le permite descubrir situaciones*

*nuevas, identificarse con personas o animales asumiendo su papel, enriquecer sus experiencias y potenciar su comunicación verbal* (Amaya, 2009), (Gajic & Morant, 2010).

El Método Estructuroglobal, presenta a los alumnos unidades completas de diálogo, que pueden darse en la vida cotidiana, y su presentación se realiza con diapositivas o mediante series de dibujos sencillos, fundamentándose en los siguientes principios básicos: el aprendizaje de la lengua se realiza a través del habla al igual que sucede en la vida cotidiana, cada dibujo o diapositiva va acompañado de una unidad rítmica hablada, percibiendo la secuencia mediante la audición y la visión, la pronunciación se aprende de manera prioritaria a través del ritmo y la entonación, la gramática se aprende como parte de la situación y aparece dentro del diálogo, el método está diseñado para el trabajo en grupo y el éxito del trabajo, dependerá de la capacidad dinamizadora del profesor que debe en todo momento interpretar el texto ajustándose de la forma más exacta posible al ritmo, la entonación y la pronunciación.

El procedimiento consta de las siguientes etapas: Exploración de la diapositiva, repetición, comprensión y utilización (Amaya, 2009) (Gajic & Morant, 2010).

#### ➤ **Tratamiento individual**

El tratamiento individual se realiza con los aparatos SUVAG II y es necesario cuanto antes realizar una valoración audiofonolingüística del niño/a, para determinar mediante la audiometría verbotal y otras técnicas, el “Campo Optimo de Audición”. El tratamiento individual requiere de varias fases en las sesiones diarias. Tratamiento a través del campo óptimo (con aparato SUVAG II), tratamiento a través de los audífonos del niño y tratamiento a través del oído desnudo (sin aparatos). La programación del trabajo abarca tres objetivos esenciales:

- *Progresión auditiva: El área auditiva analiza la capacidad auditiva del sujeto bajo tres condiciones diferentes. En primer lugar se explora el comportamiento auditivo a través del campo óptimo creado con el aparato SUVAG, lo que supone la mejor condición para la percepción auditiva. a continuación se estudian sus respuestas con uno o dos audífonos y finalmente se explora su comportamiento sin ninguna amplificación.*



*En los dos últimos dos casos la distancia física entre el niño y el fonoaudiólogo es determinante y es necesario apuntar ese valor. Ampliando funcionalmente el resto auditivo se ampliara progresivamente la distancia a la que la persona podrá escuchar.*

- *Progresión lingüística: Examina la situación actual de las capacidades comprensivas y expresivas del niño.* Se observa la manera de su comunicación y el nivel de su actividad lingüística, teniendo en cuenta el grado de la capacidad de lectura labiofacial.
- *Progresión fonética: Explora la voz, los elementos prosódicos y la articulación de los sonidos concretos del habla, en suma todo lo que concierne a la calidad de la pronunciación es dominio de la fonética* (Gajic & Morant, 2010).

### Objetivos del tratamiento individual



Busca alcanzar de forma progresiva los siguientes objetivos:

- Descubrir al niño la relación entre el movimiento y el sonido. (Presencia y ausencia del sonido), diferentes cualidades del sonido (duración, intensidad, altura).
- Crear el deseo de escuchar los sonidos

producidos por su propio cuerpo y los de su entorno.

- Estimulación general- tarima vibratoria niños entre (3 y 4 años).
- Desarrollar la orientación espacial basándose en el control auditivo y sin apoyo visual.
- Ampliar funcionalmente la percepción somatosensorial con el vibrador.
- Discriminar (palabras, oraciones, vocales).
- Ampliar funcionalmente el resto auditivo utilizado (cascos, aparatos correctivos por ejemplo audífonos, oídos sin aparatos).

El objetivo de estas actividades es mejorar y lograr la discriminación e identificación de:

- Las diferentes cualidades del sonido.
- Las Palabras.
- Las oraciones.

El enfoque rehabilitador globalizado incluye simultáneamente las tres progresiones (Gajic & Morant, 2010).

#### ➤ **Ritmos fonéticos los cuales se dividen en ritmo corporal y estimulaciones musicales.**

Son un medio de desarrollo del habla y de la audición a través del movimiento.

Por consiguiente, la psicomotricidad es la base de estos ritmos, principalmente para la percepción y conciencia de nuestro propio cuerpo y su movimiento, lo que corresponde a los sentidos propioceptivos y kinestésico. Para este trabajo se tiene en cuenta los siguientes puntos:



- Desarrollo de las habilidades psicomotrices y así desarrolla la imagen del propio cuerpo.
- Desarrollar las capacidades de percepción y calidad del movimiento (cambio de tensión, velocidad, fuerza, duración y peso).
- Desarrollar las relaciones afectivas entre el niño y su ambiente y establecer de esta manera, las primeras etapas de la comunicación no verbal.
- Desarrollar el interés del niño para escuchar los sonidos del medio ambiente; desarrollar su capacidad de concentración auditiva y así establecer la relación entre movimientos y sonidos.

Esto se hace en forma de juego. El sonido siempre está presente, comenzando con juguetes sonoros u objetos del medio ambiente, así el niño se da cuenta de la presencia o ausencia del sonido, y luego con sus movimientos se desplaza según los sonidos que escucha. (Sonidos del propio cuerpo, de instrumentos musicales, sonidos ambientales y voz).

La afectividad está siempre presente, sobre todo en niños pequeños, primero en la relación corporal-afectiva y posteriormente en los juegos psicomotrices y de pensamiento (Gajic & Morant, 2010).

Las estimulaciones para el movimiento, junto con el ritmo corporal y la estimulación musical, se conocen con el nombre de RITMOS FONÉTICOS.



- *Ritmo corporal*: la finalidad es vivenciar las características estructurales del habla (tensión, tiempo, intensidad,...) mediante movimientos globales del cuerpo, de manera que estos faciliten la producción espontánea y natural de los movimientos fonoarticulatorios (Amaya, 2009).

El medio del Ritmo Corporal es el movimiento dirigido que tiene que seguir las cualidades del habla. El medio básico de la estimulación musical es el ritmo; el movimiento es libre y sigue al ritmo y a la entonación.

Existen varias razones por las que utilizamos Ritmo Corporal en pacientes con deficiencia auditiva:

- El aparato del habla está listo para funcional rítmicamente, o sea que no existe la diferencia ni fisiológica ni psicológica en el plano del habla entre niños oyentes y niños con pérdida auditiva. En estos últimos, se presenta el balbuceo, pero no es tan rico como en el oyente. Con las vocalizaciones y el balbuceo hasta los 6 meses, el bebe da la información de su agrado o desagrado, así las madres son capaces de entender los estados del su hijo. El niño oyente continuo con su balbuceo, puede oír sus vocalizaciones. El niño con pérdida auditiva, se detiene en este momento y queda en el grito fisiológico que es el resultado del agrado o desagrado.

- La articulación no es el resultado de movimientos de los órganos fonoarticuladores, ya que corresponden a un punto fijo de la posición de la lengua en relación con labios, dientes y paladar. La articulación es la estructuración del movimiento y junto con los aspectos Suprasegmentales del habla, son el resultado del movimiento del cuerpo, según los grados de tensión, relajación, fuerza, ritmo, etc. Con el desarrollo gradual de la motricidad, el habla se localiza en la zona de articulación o micromotricidad, la cual depende de la macromotricidad.
- El movimiento y el habla tiene los mismos elementos, que corresponden a los factores físicos básicos de cada movimiento.

Habla: ritmo, entonación, tiempo, intensidad, frecuencia, pausa, tensión.



Movimiento: tiempo que incluye el ritmo. La tensión que es el resultado de dos fuerzas agonistas y antagonistas de los músculos. La dinámica que es la fuerza o intensidad que imprimimos al movimiento. El espacio que corresponde a las variaciones de entonación (Gajic & Morant, 2010).

#### **Los objetivos del ritmo corporal.**

La provocación de la vocalización espontánea en los niños pequeños, la producción de los sonidos concretos del habla (fonemas), la corrección de estos sonidos, la producción corregida de palabras, frases y unidades rítmicas del habla.

*musicales.*



- **Estimulaciones**  
Se trabaja mediante canciones, juegos de ritmos e imitación de estructuras musicales teniendo en cuenta la entonación, pausa, ritmo y la intensidad. Cada canción está acompañada de movimientos.

Existen varias razones por las que utilizamos las estimulaciones musicales en pacientes con deficiencia auditiva:

- Si observamos el desarrollo del ser humano, vemos que el canto y el ritmo son las primeras formas de expresión, antes que el habla. En el desarrollo del habla también podemos ver este proceso, que corresponde a los primeros sentimientos acústicos, entonces desde

el nacimiento se siente el ritmo y la entonación diferentemente. Así se van incluyendo en la vida normal (Gajic & Morant, 2010).

- Los valores musicales nos sirven para elaborar las estructuras elementales del habla. Música: ritmo, melodía, dinámica, tiempo. Habla: ritmo, entonación, intensidad, tiempo.
- Las estructuras musicales – cancioncillas son muy cercanas al niño y sirven para la introducción del niño deficiente auditivamente, al juego y a la audición de un modo natural.

El ritmo musical se encuentra íntimamente ligado al ritmo corporal y juntos constituyen los llamados ritmos fonéticos (Amaya, 2009) (Gajic & Morant, 2010).

### ***Segunda estrategia o método: Terapia Auditiva Verbal***

La terapia auditiva Verbal consiste en una evaluación diagnóstica progresiva del desarrollo de la comunicación del niño guiada por el terapeuta en íntima asociación con la familia del mismo. A través de este abordaje el niño aprende a escuchar su voz, las voces de otros, los sonidos ambientales pero sobre todas las cosas aprende a decodificar los sonidos del habla, aprende a procesar el lenguaje hablado, aprovechando los periodos críticos y la plasticidad cerebral. Este tipo de abordaje estimula el desarrollo natural de la comunicación utilizando la audición como canal principal para la adquisición del lenguaje (Estabrooks, 1994).

La terapia está basada en la interacción del niño a través del juego y las actividades cotidianas que los niño/a desarrollan en los ambientes en los que habitualmente se desenvuelven.

Existe una planificación con objetivos generales que es individual para cada niño/a y cada sesión se va organizando tomando información diagnóstica, es decir deduciendo la manera en que el niño está procesando la información acústica en función de la adquisición del lenguaje (Furmanski, 2002).

Los niños con implante coclear en un programa auditivo verbal atraviesan por etapas similares a la de los niños con audición normal, con un desfase entre la edad cronológica y la edad auditiva. El ritmo de crecimiento del lenguaje, en promedio de los niños, parece ser ameno similar al de los niños con audición normal y la posibilidad de que la diferencia entre la edad cronológica y la edad del lenguaje vaya desapareciendo, parece ocurrir más rápidamente cuanto más pequeño es el niño en el momento de la realización del implante coclear (Furmanski, 2002).



Los principios tradicionales de la terapia auditiva verbal establecidos son:

- Detectar la deficiencia auditiva lo más tempranamente posible a través de programas de screening idealmente neonatal, y a lo largo de toda la infancia.
- Ejercer la gestión médica y audiológica de forma enérgica e inmediata, incluyendo la selección, modificación y mantenimiento de los audífonos, implantes cocleares, u otros dispositivos de ayuda auditiva apropiados.
- Guiar, aconsejar y apoyar a los padres y cuidadores como los modelos primarios del lenguaje hablado a



través de audición y ayudarles a comprender el impacto de la hipoacusia y la sordera.

- Ayudar a los niños a integrar la audición en el desarrollo de sus habilidades comunicativas y sociales.
- Apoyar el desarrollo auditivo verbal de los niños a través de la enseñanza individual.
- Ayudar a los niños a monitorear su propia voz y las voces de los demás en función de aumentar la inteligibilidad

o comprensión de su lenguaje hablado.

- Usar patrones de desarrollo de la audición, lenguaje, habla y cognición para estimular la comunicación natural.
- Considerar y evaluar continuamente el desarrollo de los niños en las áreas mencionadas en el punto anterior y, a través de la intervención diagnóstica, modificar el programa cuando sea necesario.



- Proporcionar servicios de apoyo para facilitar la inclusión educativa y social de los niños en clases de educación común (Furmanski, 2002).

*Para que un niño con implante coclear pueda integrarse en un programa de terapia auditiva – verbal es necesario contar con un manejo audiológico óptimo, que incluye el seguimiento necesario de las programaciones del dispositivo, el niño no tiene que tener una patología severa concomitante, que impide o limite las posibilidades*

INGRID ROCIO SAMPER R.  
ESCUELA COLOMBIANA DE REHABILITACIÓN

*de procesamiento de las señas sonoras o de decodificación del lenguaje hablado, debe existir un ambiente favorable para el aprendizaje auditivo que incluya la terapia individual con un profesional especializado y experimentado.*

Es necesario optimizar las condiciones acústicas de recepción del lenguaje, para lo cual además de implante coclear se deben poner en práctica técnicas específicas para mejorar la calidad y cantidad de la información que el niño recibe. Es imprescindible lograr modificaciones para favorecer la interacción para la comunicación del niño con su familia, para esto también hay estrategias especiales que los padres van aprendiendo en la medida que forman parte de las



sesiones de terapia. Los padres que eligen un programa de terapia auditiva – verbal para sus hijos participan activamente y son los principales promotores y modelos para el desarrollo de la comunicación del niño. Cuentan en todo momento con el asesoramiento necesario a cerca de la evolución y pronóstico del niño. El hecho de que la participación de los padres sea tan activa les permite ayudar a sus hijos a comunicarse sin necesidad de crear ambientes artificiales, sino a aprovechando las actividades que comparten en forma cotidiana. La audición se integra como parte de la vida del niño. El niño no recibe sesiones de entrenamiento auditivo, sino que se espera que aprenda a utilizar la audición para la comprensión del lenguaje y para la obtención de nueva información (Furmanski, 2002).

El implante coclear le permite al niño tener acceso a la capacitación de todos los sonidos del habla e intensidad conversacional, por lo tanto este tipo de terapia es perfectamente compatible con la tecnología provista por el implante. Aunque el niño no tenga audición completa ni perfecta con el implante coclear, puede aprender a utilizar la información que el dispositivo le ofrece para la decodificación de los sonidos del habla (Furmanski, 2002).

### **Estrategias para el desarrollo auditivo**

- ***Realce acústico.***

*Se trata de resaltar o introducir alguna modificación en la señal acústica enfatizando algún aspecto suprasegmental o segmental.* Se puede introducir una variación en la velocidad de la emisión, un incremento en la intensidad o bien hablar con voz susurrada, reducir la distancia con relación al niño, reducir el ruido ambiental, poner énfasis en las palabras clave, marcar pautas antes o después de las palabras clave, invertir o modificar el orden de dichas palabras en la frase o bien emplear en su lugar una palabra más audible para el niño sin modificar el significado del mensaje (Furmanski, 2002).

Ejemplo:

Adulto: (con pista visual) “Vas a escuchar: (sin pista visual, dando el modelo en una tarea de discriminación de palabras aisladas) mano malo”.



Adulto: “mano”.

Niño: (el niño señala “malo”).

Adulto: “escucha otra vez... manno” (favoreciendo la audibilidad del murmullo nasal).

Niño: (señalamiento correcto).

- **Limitación del formato.**

Consiste en ofrecer alternativas de respuesta, limitando las opciones a un formato más cerrado cuando el niño presenta dificultad para responder (Furmanski, 2002).

Ejemplo:

Adulto: ¿Qué color de masa quieres?

Niño: (mira expectante).

Adulto: ¿quieres la masa azul o la masa verde?

Niño: “azul”.

- **Elaboración.**

Consiste en una serie de procedimiento que el adulto utiliza para proveer mayor información ya sea ofreciendo datos redundante, relatando eventos, asociando ideas, aportando información adicional, dando definiciones, y/o ubicando al niño en un contexto determinado (Furmanski, 2002).

Ejemplo.

Adulto: “Ayer los chicos jugaron al futbol”.

Niño: “¿Qué?”

Adulto: “Ayer los chicos jugaron al futbol con la pelota” (información redundante).

Niño: “¡ah!, sí en la tarde fue el partido”.

Adulto: “Las salchichas están en el refrigerador”.

Niño: “¿Dónde?”

Adulto: “¿Te acuerdas cuando volvimos del supermercado que guardamos el helado en la parte de arriba en la nevera?”. (Descripción de eventos).

- **Palabra clave.**

Consiste en la repetición de una palabra clave en la frase para favorecer la comprensión del mensaje o para establecer el tópico de conversación (Furmanski, 2002).

Niño: (Guardando las fichas del dominó en una caja)

Adulto: “La pelota Pablo, trae la pelota que vamos a jugar”.

Niño: “¿A buscar la pelota?”.

- **Refuerzo.**

Cuando el niño muestra que ha comprendido parte de la frase o pide la confirmación del mensaje completo porque no se siente totalmente seguro, el adulto alienta esta actitud aunque el niño no haya comprendido correctamente o no haya accedido a la totalidad



de la información, valorando el hecho de que no demande la repetición del estímulo o mensaje (Furmanski, 2002).



Ejemplo:

Adulto: “Dame la carpeta nueva”.

Niño: “¿Carpeta? (sin intención de responder a la petición)”.

Adulto: “Claro, la carpeta te pedí, dame la carpeta nueva”

- **Sándwich auditivo.**

Si se evalúa que el niño necesita del canal visual para complementar lo que percibe auditivamente se le puede ofrecer la información suplementaria a través de la lectura labial. Es importante que una vez que el niño percibe el estímulo completo o comprende la totalidad del mensaje, lo reciba nuevamente a través del canal auditivo. Para llegar a utilizar el complemento del canal visual es necesario haber empleado otras estrategias previamente sin resultado y es más probable que se requiera de su empleo ante la presencia que no forma parte del vocabulario comprensivo del niño o de su uso cotidiano. Siempre después de ofrecerle la información visual, se debe volver a dar la entrada a la información auditiva para que el niño pueda conformar un engrama acústico sobre el estímulo en cuestión (audición-visión-audición) (Furmanski, 2002).

Ejemplo:

Adulto: “Tengo una carta”

Niño: “¿Una carpa para ir de vacaciones?”

Adulto: “No, una carta para leer” (elaboración)

Niño: “La carpa no es para leer”

Adulto: “Es una carta que me mando una amiga” (elaboración).



Niño: “¿Una carpa?”

Adulto: “(Asegurando el contacto visual) Una carta”

Niño: “¡Ah! Yo tengo en mi casa afuera una cajita para poner eso”

Adulto: “claro, un buzón para las cartas”

Niño: “si, cartas, ayer mi mamá sacó una”

Adulto: “Escúchalo otra vez, una carta” (eliminando la pista visual).

Niño: “Claro, una carta”

- **Repetición.**

La repetición puede ser total o parcial. En algunas oportunidades, la repetición es de ayuda porque a los niños les resulta difícil escuchar la primera vez si no están atendiendo directamente al interlocutor o no se dan cuenta de que alguien se está dirigiendo hacia ellos hasta que el mensaje está casi terminado. En estos casos, llamar su atención y luego repetir el mensaje completo o la porción del mensaje que el niño no ha comprendido es apropiado (Furmanski, 2002).

Ejemplo:

Adulto: “¿Te gusta la torta de chocolate?”.

Niño: “En el kiosko se compra”.

Adulto: “El chocolate se compra en el kiosko”. (Refuerzo), ¿Y la torta de chocolate? (elaboración).

Niño: “En el kiosko, no hay”



Adulto: “¿A ti te gusta?” (Repetición parcial)

Niño: “Si, me gusta”



- **¿Qué escuchaste?**

Consiste en preguntarle al niño que escucho cuando demanda la repetición del estímulo para poder imaginar cual fue la dificultad, deducir como está procesando la información auditiva y elegir la estrategia más adecuada según cada caso (Furmanski, 2002).

Ejemplo.

Adulto: “¿Fuiste al cumpleaños de Francisco?”

Niño: ¿Qué?”

Adulto: ¿Qué escuchaste?”

Niño: “Francisco”

Adulto: “Claro, te pregunte por Francisco” (Refuerzo), “¿Fuiste a su cumpleaños? (Repetición parcial)”

Niño: “Si, yo fui”

- **Silencio.**

El silencio le permite al niño procesar la información recibida, aunque con cierta demora, sin necesidad que el adulto rápidamente controle la situación y le da la posibilidad de responder aunque sea de forma inadecuada pero manteniendo su turno y lugar de interlocutor activo. También le permite encontrar por sí solo una estrategia que le permita solicitar información para completar el mensaje percibido o entendido parcialmente (Furmanski, 2002).



Ejemplo:

Adulto: “¿Qué comiste ayer en la noche?”

Niño: .....

Adulto: ..... (Silencio) (Con mirada expectante).

Niño: “No sé”

Adulto: “¿No te acuerdas....?” (Silencio)

Niño: “¡Ah!, Empanadas me parece”

- **Cierre auditivo**

Se emplea para que el niño aprenda a llenar las partes faltantes con el objetivo de percibir una emisión completa con significado. La capacidad del niño para utilizar el contexto tiene un papel muy importante (Bellis, 1996), (Furmanski, 2002).Ejemplo:

Adulto: “La jirafa tiene el cuello largo, el conejo tiene la cola.....”

Niño: ..... “Corta”

- **Modelado y expansión.**

*Se debe proveer nueva información en todos los aspectos del lenguaje, fomentando la comprensión y expresión de estructuras lingüísticas cada vez más complejas.* Los adultos toman las producciones de los niños y las convierten en emisiones mejoradas en cuanto a la longitud media de frase o superiores desde el punto de vista semántico, o bien ofrecen otras alternativas o nueva información para enriquecer el lenguaje del niño (Furmanski, 2002).

Ejemplo:

Niño: “Hay una banana para comer el mono”

Adulto: “Claro, hay una banana para que coma el mono”

- **Simplificación**

Desde el aspecto gramatical consiste en el empleo de estructuras lingüísticas más simples y/o más cortas, estas resultan más fáciles para decodificar que las oraciones complejas y de mayor extensión. En cuanto al aspecto semántico se refiere a la utilización de vocabularios o contenidos más familiares para el niño, sinónimos o estructuras equivalentes (Furmanski, 2002).



Ejemplos:

(Empleo de estructura más simple).

Adulto: “Vamos a guardar los juguetes”

Niño: (mira interrogando)

Adulto: “¡a guardar!”

(Empleo de una frase larga en dos frases cortas)

Adulto: “Busca la nena que tiene un vestido largo y píntale el pelo de color azul”

Niño: “¿Qué dijiste?”

Adulto: “Busca la nena que tiene un vestido largo”



Niño: (Señala en la lámina)

Adulto: “Ahora píntale el pelo de color azul”.

***Tercera estrategia o método: Bringing Sound to life! ¡Dando sonido a la vida! Principios y prácticas de la rehabilitación en implante coclear. Mary E. Koch.***

Aspectos fundamentales de la terapia.

Una sesión efectiva de terapia deberá basarse sólidamente en el reconocimiento y comprensión del lenguaje. Dentro de este concepto se deben incluir las siguientes áreas de destrezas (Koch, 1999).

➤ Atención auditiva

Con el fin de evaluar rigurosamente la agudeza auditiva en un niño con y sin amplificación, se debe establecer una respuesta condicionada confiable. Esto es esencial para el monitoreo de un audífono, FM y el funcionamiento de un implante coclear así como cualquier fluctuación en la audición.

Estrategia objetivo: Respuesta condicionada.

➤ Imitación: integración de la percepción y la producción

Es un método eficiente de monitoreo y desarrollo de destrezas en la percepción auditiva. Es incluir de manera sistemática tareas de imitación en las sesiones de terapia. Debe incluirse varias tareas de aproximación silábicas para asegurarse de que el niño está mejorando su audición básica.

Estrategia objetivo: A través de palabras clasificadas según (silabas directas, indirectas y sinfonas, con l y r), asociación de palabras para la percepción de sílabas.

➤ Asociación de sonido- objeto

Con el fin de desarrollar las diferentes habilidades auditivas necesarias para llevar a cabo una conversación, deben ser definidos y desarrollados los elementos acústicos del lenguaje oral. Controlando cuidadosamente los factores del set de contenido y presentación construirán sistemáticamente las habilidades auditivas del niño y lo prepararan para los retos de una conversación en set abierto.

Estrategia objetivo: factores de contenido y presentación.

➤ Integración del lenguaje y la audición

Las actividades de estimulación del lenguaje informal, ya sea en casa, en una sesión de terapia o en una tienda, brinda la mayor fuente de experiencia auditiva significativa para un niño con déficit auditivo. Una vez se ha



establecido firmemente las estrategias de comunicación, no hay límite para las muchas fuentes de estimulación del lenguaje. Alistase para ir a la cama, ir al zoológico, leerle una historia, todos están llenos con el lenguaje que es el fundamento de la comunicación significativa.

Estrategia objetivo: Hábitos de comunicación esencial (Koch, 1999).

## 7. Introducción cuarta parte

El rol de los padres no consiste solamente en asegurar la supervivencia de sus hijos, sino también son responsables de su integración sociocultural a los escenarios en los cuales el niño se desenvolverá. En efecto, además de los cuidados físicos (alimentación, aseo personal, vestido, etc.), los padres y/o cuidadores del niño, ponen en marcha una serie de acciones que le permiten al bebe, el acceso al diálogo, los símbolos y el lenguaje, lo que le permite a su vez, acceder y participar de los diferentes entornos en los cuales se encontrará inmerso. Es decir que, estas relaciones de interacción que se generan en los primeros años de vida entre el infante y sus padres, están dirigidas a favorecer y mantener una estrecha comunicación entre los mismos, la cual es inicialmente no verbal, pasando después a ser oral y en la cual, características como la sintonización, el ritmo y la reciprocidad, están especialmente dirigidas a apoyar los procesos de simbolización y lenguaje que le permitirán al niño realizar construcciones socioculturales (Rodrigo & Palacios, 1998).

## 8. El rol de los padres en la terapia y en el hogar

El desarrollo y los aprendizajes realizados por el niño que presenta una deficiencia auditiva que afecta la comunicación, no solo dependerán de las deficiencias que se presenten en el niño, sino también de la influencia que ejerza el contexto familiar, que en ocasiones pueden ser inadecuado agudizando la situación del usuario. En este sentido, algunos estudios señalan que el poder benéfico que sobre el lenguaje tiene un entorno familiar en el que este se usa de manera constante, diversa y rica, en diferentes contextos de interacción y sobre todo, con sensibilidad a los intereses y capacidades del niño, le permiten adquirir y potenciar dichas habilidades que son indispensables para poderse comunicar con otros. Además, la calidad de las interacciones padres-hijo producirá efectos importantes en el desarrollo de las áreas cognitivas, socioemocionales y no solo lingüísticas (Rodrigo & Palacios, 1998).

La influencia de la estimulación verbal sobre el desarrollo lingüístico de los niños se ha puesto de manifiesto en varias investigaciones, haciéndose evidente que los niños aprenden las palabras y el uso de las mismas en función del lenguaje al que son expuestos, lo que en los primeros años se atribuye al lenguaje hablado con la familia, y más específicamente, al lenguaje que es dirigido a los niños más pequeños (Rodrigo & Palacios, 1998). La frecuencia con que el lenguaje es utilizado, su lugar en el contexto de las interacciones (nombrando los objetos, las actividades, las acciones, etc.) y el nivel de complejidad, son algunos de los componentes críticos e indispensables para el desarrollo de habilidades comunicativas.

Para el niño que presenta una deficiencia auditiva que afecta la comunicación esto resulta igual, es decir, él también aprende el lenguaje al cual es expuesto por su familia en los primeros años de vida, por lo que los padres y demás personas que se encuentran con él, deben usar estrategias que faciliten al niño la comprensión de lo que se está hablando o sucediendo, lo que en muchas ocasiones no ocurre, pues los padres y/o cuidadores no conocen ese tipo



de estrategias específicas que es importante utilizar para favorecer el desarrollo lingüístico del niño, por ejemplo estrategias como el modelado, extensiones, expansiones, etc. Cuando como consecuencia de una deficiencia auditiva la conducta comunicativa del niño produce resultados inesperados, ambiguos o incontrolables, el niño se hace más difícil de predecir y de “leer” para los padres, por lo que las decisiones por parte de los cuidadores requieren un tiempo mayor, son difíciles de tomar y tienen menos probabilidades de ser apropiadas (Dunst, 1990, citado por Gómez, 2010). Por esto, es importante que los padres reciban información que les permita responder a esas demandas del niño y así se puedan dar interacciones y aprendizajes efectivos, pues las actividades de la vida



cotidiana en el seno familiar dotan al niño de oportunidades para aprender y desarrollarse a través del modelado, la participación conjunta, la realización asistida de tareas y otras formas de mediar el aprendizaje social.

Cuando se presentan restricciones en las interacciones comunicativas entre padres e hijos, las relaciones de crianza de los padres, tíos, abuelos y demás miembros de la familia, se ve afectadas en la medida que exigen a estas personas, ajustes en las formas de comunicación empleadas para la orientación del desarrollo del infante y para la transmisión de valores, normas y todo tipo de conocimiento (Knutson, 2004, citado por Gómez, 2010). Estas problemáticas hacen evidente que las familias con un niño con deficiencia auditiva necesiten un apoyo, tanto de las redes formales como informales, a lo largo de toda la vida, es decir que los esfuerzos de la intervención no se debe centrar solo en el niño sino también en la familia. Lo anterior, porque la reacción y adaptación de las familias ante el estrés de no saber cómo responder, cómo actuar y demás miedos, está relacionada con los sistemas de apoyo y recursos externos, reconociendo que, en cualquier caso, a pesar del estrés, las familias pueden responder al cuidado de sus niños con deficiencia auditiva con entereza y con un buen funcionamiento adaptativo si cuentan con buenos sistemas de apoyo. La acomodación de la familia al desarrollo del niño con deficiencia auditiva no es tan diferente a



la del resto de las familias, si se considera que todos los padres tratan de construir actividades que modifiquen el desarrollo de sus hijos. El valor que se agrega a los padres con niños que presentan una deficiencia auditiva que afecta la comunicación es que tienen que ser más selectivos a la hora de plantear las actividades para el cuidado de su hijos, las rutinas son un poco más complejas porque tienen que diversificarse más al incluir, muchas veces, nuevos elementos para poder adaptarse a las necesidades del niño, entre otras (Rodrigo & Palacios, 1998).

Por último, es importante resaltar que, aunque las familias puedan verse constreñidas, agobiadas, con miedos y otras dificultades por factores como la deficiencia auditiva de un hijo (Rodrigo & Palacios, 1998), también es cierto que pueden modificar las situaciones para lograr y sostener una rutina diaria significativa y coherente con las necesidades del niño, lo cual puede alcanzarse más rápido, cuando el contexto

familiar tiene un apoyo como lo es el del fonoaudiólogo como profesional que acompaña el proceso de rehabilitación del sujeto con deficiencia comunicativa.

El trabajo con los padres ha cobrado un mayor protagonismo en los programas de intervención, especialmente, en el trabajo del fonoaudiólogo, ya que se ha iniciado una transición de una intervención centrada en el sujeto a una intervención en la cual se incluye a la familia, demostrando avances significativos e importantes en el desarrollo



óptimo del lenguaje y la comunicación de los niños que presentan una deficiencia audiológica que afecta la comunicación, así como en la construcción del conocimiento del mismo, gracias a la estrecha colaboración entre el fonoaudiólogo y los padres o cuidadores del infante (Lozano, Galián & Cabello, 2009).

Es así como, reconociendo la importancia de tener en cuenta a la familia dentro de los planes de intervención del fonoaudiólogo dirigidos a la población infantil con deficiencia auditiva, varios autores se han encargado de dar a conocer a través de publicaciones, el significado que tiene en el proceso de rehabilitación del niño, la relación colaborativa entre la familia del niño y los profesionales.



- Al orientar a los padres sobre cómo apoyar el desarrollo del lenguaje de sus hijos, se hará bien en darles un abanico de ideas concretas, pero más se hará insistiéndoles en la necesidad de observar al niño, de prestar atención a sus características, a sus preferencias y motivaciones, a sus logros y dificultades. Después de esto, el profesional podrá entregar al padre, pautas de acción concretas y no principios abstractos. Los padres siempre deberán conocer el objetivo y significado de estas, además de tener claro también, que el valor de cada una de las pautas concretas es relativo al valor del conjunto en que estas se integren (Rodrigo & Palacios, 1988).
- Implicar a los padres en la estimulación sensorial, motriz y comunicativa temprana es beneficiosa no sólo para el niño, sino también para los padres, porque es una de las primeras experiencias de interacción que tienen, lo que les puede ayudar a vencer sus miedos e indecisiones. Sin embargo, los profesionales deben ayudar a establecer interacciones positivas en las que disfruten tanto los padres como los niños para evitar que se conviertan en situaciones instruccionales estresantes y poco agradables. Con esto, se estará mejorando la calidad de las interacciones parento-filiales (Rodrigo, 1998).
- Es importante que el profesional que está interviniendo conozca la organización y estructuración de la vida cotidiana familiar. Los padres tienden a organizar la vida diaria en torno a una serie de actividades rutinarias con sentido y significado para ellos. El propósito del profesional no consistirá tanto en modificar radicalmente la rutina diaria, sino en conocer y aprovechar esa información para introducir nuevos elementos o adaptar los ya utilizados para conseguir organizaciones más óptimas.

- Es importante que el profesional le muestre a la familia y la concientice acerca de que pedir ayuda a los diferentes profesionales y hacer uso de todos los recursos asistenciales que les proporcione la comunidad es un hecho natural, no un suceso extraño.
- El entorno familiar no es sólo el ámbito natural que permite el desarrollo de la comunicación o de otras habilidades que los sujetos deben adquirir, sino también uno de los entornos que pueden proporcionar habilidades y competencias significativas para el niño.
- Un modelo de trabajo en el cual se considera a la familia como un ente fundamental en el proceso de adquisición del lenguaje del niño en desarrollo.
- Tener en cuenta el microcontexto del niño en los programas de tratamiento o intervención.
- Los padres deberán asumir varios roles en el proceso terapéutico tales como: informantes, de apoyos externos al fonoaudiólogo o de agentes activos altamente implicados en todas las fases del proceso.

Así, dentro de los objetivos y propósitos de la intervención centrada en la familia, se consideran los siguientes:

- Aumentar la naturalidad de las estrategias utilizadas en la intervención fonoaudiológica y un incremento en la sensibilidad y receptividad del padre ante las señales del niño.
- Mejorar las relaciones afectivas y sociales de los padres con sus hijos como base para el adecuado aprendizaje de nuevas habilidades comunicativas por parte del niño.
- Favorecer la eficacia en el rendimiento lingüístico y pragmático del niño.



*Para concluir es necesario crear un programa de intervención fonoaudiológica en el cual la familia sea el facilitador del proceso de intervención ya que esto aumenta el input lingüístico del niño y así, los vínculos afectivos entre este y sus padres.*

## 9. Referencias

- Amaya, A. (2009). "Conociendo el método verbo tonal" Revisado el 2 de noviembre de 2015. Obtenido de: [http://www.csi-csif.es/andalucia/modules/mod\\_ense/revista/pdf/Numero\\_14/ANAM\\_AMAYA\\_2.pdf](http://www.csi-csif.es/andalucia/modules/mod_ense/revista/pdf/Numero_14/ANAM_AMAYA_2.pdf)
- Arenas, G. (2012). "desarrollo de lenguaje comprensivo en niños de 3, 4 y 5 años de diferente nivel socioeconómico". Pontificia Universidad Católica del Perú escuela de posgrado. Recuperado de : [http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/1648/ARENAS\\_ARANA\\_ERICKA LENGUAJE\\_COMPRENSIVO.PDF?sequence=1](http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/1648/ARENAS_ARANA_ERICKA LENGUAJE_COMPRENSIVO.PDF?sequence=1)
- Congreso de la república de Colombia. (1997). "Ley 376 de 1997 por la cual se reglamenta la profesión de Fonoaudiología y se dictan normas para su ejercicio en Colombia". Recuperado de: [http://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-105005\\_archivo\\_pdf.pdf](http://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-105005_archivo_pdf.pdf)
- Cuervo, C. (1998). "La profesión de fonoaudiología: Colombia en perspectiva internacional". universidad nacional de Colombia, facultad de medicina departamento de comunicación humana. Recuperado de: <http://www.bdigital.unal.edu.co/2344/2/clemenciacuervoecheverri.1998.pdf>
- Gajic, k; Morant, A. (2010). "Sordera y Comunicación. Metodología Verbotonál e implante coclear". Ediciones Aljibe. Málaga.
- Furmanski, H. (2002). "Implantes Cocleares en niños. Rehabilitación auditiva y terapia auditiva verbal". Nexus Ediciones. pág. 150-152, 183-198.
- Koch, M. (1999). "Dando Sonido a la Vida. Principios y Prácticas de la Rehabilitación en Implante Coclear".
- Pérez, P; Salmerón, T. (2006). "Desarrollo de la comunicación y del lenguaje: indicadores de preocupación". Maestras de Audición y Lenguaje del Equipo de Atención Temprana, Móstoles, Madrid. Recuperado de : <http://www.pap.es/files/1116-612-pdf/637.pdf>
- Rodrigo, M., Palacios, J. (1998). *Familia y Desarrollo Humano*. Editorial ALIANZA. Recuperado de: <http://bibliotecadigital.univalle.edu.co/bitstream/10893/7838/1/CB-0456424.pdf>
- Saussure, F. (1945). *Curso de lingüística general. Lenguaje, lengua y habla en Saussure: Citas de Saussure (en su Cours de linguistique générale)*. Editorial Losada S.A. Buenos Aires. Recuperado de [http://fba.unlp.edu.ar/lenguajemm/?wpfb\\_dl=59](http://fba.unlp.edu.ar/lenguajemm/?wpfb_dl=59):



INGRID ROCIO SAMPER R.  
ESCUELA COLOMBIANA DE REHABILITACIÓN