

HIPOACUSIAS.

DEFINICIÓN:

Hay que dejar claro, que el término "sordera" debe reservarse a los casos en que las lesiones son graves o totales. Que se pueden clasificar atendiendo a diferentes criterios, como: el grado de pérdida auditiva por el momento que ha surgido, según el tipo de enseñanza o tipo de educación, etc. Nosotros nos vamos a centrar en hipoacusias.

CLASIFICACIÓN:

- Según el **grado de pérdida auditiva** y siguiendo las normas de A.N.S.I (1969):

- 1.- **Normoaudición:** El umbral de audición no sobrepasa los 20 dB H.L., en la gama de frecuencias conversacionales.
- 2.- **Hipoacusia leve:** Umbrales auditivos situados entre los 20 y 40 dB H.L., en el que no tienen alteraciones significativas en la adquisición y desarrollo del lenguaje.
- 3.- **Hipoacusia media:** Pérdida auditiva entre 40 y 70 dB H.L., en el que no percibe la palabra hablada, salvo la que está emitida a una fuente de intensidad, lo que implica dificultades para la comprensión y el desarrollo del lenguaje.
- 4.- **Hipoacusia severa:** Pérdida auditiva entre 70 y 90 dB H.L., No oye la voz, excepto cuando se eleva mucho. Se utiliza la lectura labial y es imprescindible el empleo de audífonos y apoyo logopédico para alcanzar el desarrollo del lenguaje.
- 5.- **Hipoacusia profunda:** Pérdida auditiva que supera los 90 dB H.L., en la que afecta las funciones de alerta y orientación, estructuración, temporo-espacial y desarrollo intelectual y social.

- Según la **localización de la pérdida**, es decir topográficamente:

- 1.- **Conductivas:** Alteración en la transmisión del sonido a través del oído externo y medio.
- 2.- **Neurosensoriales:** Se produce una lesión en el oído interno (huesecillos, coclea, otitis) o vía nerviosa auditiva.
- 3.- **Mixta:** Obedecen a causas neurosensoriales.

- Según el momento de aparición:

- 1.- **Prelocutivas:** Antes del desarrollo del lenguaje.
- 2.- **Postlocutivas:** Se tiene adquirido el lenguaje.

- Según el tipo de enseñanza o el tipo de **educación**:

- 1.- **Oralistas:** son los que le enseñan a la adquisición de; lenguaje oral y escrito, por vía oral. Pueden ser por medio de sistemas :

Sistema bimodal: Estructura oral, pero utilizando el lenguaje de signos.

Palabra complementada: Lenguaje oral pero que utilizan unos signos al lado de la boca, para facilitar la lectura labial.

Lectura labial.

2.– **No oralistas:** a los que enseñan el lenguaje a través de otros sistemas, como puede ser el lenguaje de signos.

La orientación y el tratamiento varían sensiblemente en un caso a otro.

ETIOLOGÍA DE LAS HIPOACUSIAS INFANTILES MÁS FRECUENTES.

A) hipoacusias prenatales:

1.– **Hereditarias:** Podemos agruparlas en dos tipos, las que se heredan de tipo Dominante y las que se heredan de tipo recesivo.

Las hipoacusias dominantes representan aproximadamente el 10%, Dentro de las formas aisladas se puede presentar una hipoacusia de tipo severo con una displasia del órgano de Corti y del sáculo como lesión de anatomopatológica o una hipoacusia con caída en las frecuencias agudas que puede estar presente en el momento del nacimiento o aparecer en otra época de la vida. La intensidad es también muy variable. Dentro de las formas asociadas a otras alteraciones la más frecuente es el síndrome de Waardenburg.

Las hipoacusias hereditarias recesivas son las más frecuentes, representando el 90% de las genéticas. En su etiología nos podemos encontrar con formas aisladas, en la que la hipoacusia es el único síntoma, o formas asociadas a otras alteraciones.

2.– **Hipoacusias hereditarias recesivas aisladas:** Hipoacusia congénita recesiva severa: se caracteriza por la existencia de una atrofia coclear acompañada de una moderada pérdida de neuronas.

Hipoacusia centrada en las frecuencias agudas: es de carácter progresivo. Las lesiones se encuentran en las rampas basales de la cóclea responsable de las frecuencias agudas.

Hipoacusia centrada en las frecuencias medias: la curva audiométrica tiene forma de comba al ser mayor la pérdida para estas frecuencias.

Las formas asociadas más frecuentes son:

– El Síndrome de Usher: existe una asociación de retinitis pigmentaria, hipoacusia, nistagmus, glaucoma, alteraciones vestibulares, deficiencia mental y psicosis. – El Síndrome de Jervell y Lange-Nielsen: se caracteriza por una hipoacusia severa congénita acompañada por alteraciones cardíacas que causan con frecuencia muertes súbitas en la infancia.

– El Síndrome de Pendred: se caracteriza por la asociación de una hipoacusia congénita con la existencia de un bocio en ocasiones no detectable hasta los ocho años.

3– **Hipoacusias prenatales adquiridas:** Las causas más frecuentes de hipoacusias adquiridas en el claustrero materno son la rubéola materna, la administración de fármacos ototóxicos a la madre durante el embarazo y con mucha más frecuencia otras infecciones como la toxoplasmosis o la sífilis.

4- Hipoacusias prenatales que cursan anomalías del oído externo y medio: La etiología es muy variada. En unos casos puede tratarse de alteraciones hereditarias, en otros es debida a infecciones maternas por la administración de sustancias tóxicas, asociadas con factores ambientales o en muchos casos de origen desconocido.

B) Hipoacusias perinatales:

1-Hipoacusias adquiridas por problemas durante el parto: Están Relacionados, como: la prematuridad, gestaciones prolongadas, partos dificultosos, cesáreas, placenta previa, anoxia del recién nacido, o el empleo de sedantes o drogas durante el parto. Se ha encontrado que un 17% de los niños con hipoacusia en edad escolar presentaban bajo peso al nacer lo que relaciona la prematuridad con este problema.

C) Hipoacusias adquiridas postnatales:

1.Hipoacusias profundas postnatales: Las causas más importantes son la Meningitis y los laberintotoxinas.

La exposición a sustancias ototóxicas y principalmente de carácter farmacológico es otra de las causas más importantes de hipoacusias profundas en la infancia.

Otras afecciones viricas como: el sarampión, la paratoditis, la varicela e incluso la gripe pueden dar lugar a hipoacusias moderadas o profundas al alcanzar el oído interno.

2-Hipoacusias de grado medio adquiridas postnatales: Las más frecuentes

Son las derivadas de problemas inflamatorios del oído medio. El proceso más frecuente y que tiene mayor incidencia es la otitis media secretoria. Se caracteriza por la existencia de un aumento de los elementos mucossecretorios del oído medio, lo que da lugar a una producción mayor de moco, lo que será la causa de la hipoacusia.

Se trata de un cuadro plurietiológico en el que el elemento fundamental es una mala función de la trompa de Eustachio ocasionada por distintas causas como: la alergia, fisura del paladar, hipertrofia de adenoides, infecciosos, etc.

La importancia que tiene es que un porcentaje muy elevado de los trastornos menores del lenguaje en el niño tiene como causa la hipoacusia que produce esta afección.

CARACTERISTICAS.

1-Observaremos las características en función de la **PÉRDIDA AUDITIVA: HIPOACUSIAS LEVES:**

Corren el riesgo de pasar desapercibidas.

- En los primeros años entorpecen la percepción de matices sonoros y la comprensión de mensajes orales.
- Tienen dificultad con el medio.
- Interviene en la maduración del sistema nervioso y el cumplimiento de las funciones del oído.
- Puede repercutir en ciertas habilidades verbales.
- No provoca retrasos importantes en el lenguaje, aunque puede que si en ciertas habilidades verbales.

HIPOACUSIA MODERADA:

- También pueden pasar desapercibidas, hay que tener en cuenta que el retraso en su detención perjudicará al aprendizaje.
- Los problemas señalados en la hipoacusias leves, y:
- Dificultades en la atención.
- Retraso en la aparición del lenguaje, con posibles fallos en la pronunciación e inconvenientes para incorporar nuevo vocabulario.
- Puede aparecer la sensación de aislamiento e inseguridad.
- En edades posteriores pueden aparecer dificultades sociales.
- Mejoran la comprensión del lenguaje oral apoyándose en la labiolectura.

HIPOACUSIA SEVERA:

Es importante una estimulación temprana.

- El aprendizaje del lenguaje oral tendrá que realizarlo con ayuda de, especialistas.
- El tono de voz será monótono.
- Presentarán problemas en la pronunciación e importantes dificultades para aprender nuevo vocabulario.
- Cometerán errores en morfosintaxis y les costará entender el uso simulado del lenguaje.

Es conveniente saber las ventajas de la estimulación temprana, ya que una carencia de la misma, hará que el niño no alcance el dominio del lenguaje oral.

SORDERA PROFUNDA PRELOCUTIVA:

- Su desarrollo se ve alterando y perjudicado en casi todas las facetas.
- En este tipo de pérdida el audífono es imprescindible, pero su aportación es discreta, por lo que hay que apoyarse en: estrategias visuales y en sistemas complementarios o alternativos de comunicación (palabra complementada, lengua de signos,...).

2. -En general se ve afectado las **FUNCIONES SENSORIALES Y MOTORAS,**

- Estructuración espaciotemporal: Se encuentran menos expuestos a sensaciones temporales y rítmicas.
- Función de alerta: Para ello es necesario una relación por medio del tacto.
- Localización de los acontecimientos: favoreciendo la desorientación e inseguridad, obligando a una exploración visual más amplia.
- El desarrollo de la rapidez: ya que el tiempo de reacción más rápido es la auditiva.
- Conexión con el entorno: favoreciendo a la aparición de estereotipias Y conductas de ensimismamiento.

ADAPTACIONES CURRICULARES EN LOS ELEMENTOS DE ACCESO

CENTRO

-PERSONALES-

Crear un seminario permanente de formación en el centro para mejorar la comunicación de los alumnos con déficit auditivo, En este seminario se tratarán diferentes pautas para seguir una conversación con los niños con déficit auditivo:

- 1 . Avísele cuando vaya a hablar con él, indíquele el tema de conversación y cada vez que varíe, dígaselo.
- 2. Háblele cerca, de frente, a su altura y con el rostro iluminado.
- 3. No le hable de prisa, pero tampoco demasiado despacio.
- 4. Háblele con voz pero sin gritar.
- 5. No le hable con la boca llena ni ponga nada delante de sus labios.
- 6. Sea expresivo cuando se dirija a él, pero no exagere ni gesticule con exceso.
- 7. No le hable con palabras sueltas. Llame a cada cosa por su nombre y hable con frases completas, claras, gramaticalmente correctas y que sigan un orden lógico.
- 8. Si no entiende una palabra, busque otra que signifique lo mismo. Si se trata de una frase, exprese lo mismo de otra forma.

– Los centros de audición de deficientes auditivos han de contar con un recurso personal básico: el logopeda, el logopeda o especialista en audición y lenguaje debe ser el animador y coordinador de todas las actos relacionados con la integración y educación de los alumnos con deficiencias auditivas en el centro.

– Organización institucional flexible que permite diferentes maneras de atender sus necesidades educativas.

– Personal especializado que colabore con los profesores.

– Profesores formados para elaborar ajustes comunicativos y didácticos que faciliten el progreso del alumno.

–*MATERIALES:*

– Disponer de un espacio adicional a la del aula normal, en el que se van a realizar las actividades de apoyo a los alumnos. Deben disponer todas las aulas del centro de las adecuadas condiciones de iluminación natural e insonorización.

– Instalar sirenas con luces de colores que indiquen el recreo, el cambio de clase, la salida.

– En la biblioteca tendrá que haber libros ilustrados con colorido.

– El centro debe establecer unas normas, comportamientos y valores que favorezcan la integración.

– Debe disponer de espacios adicionales en los que se pueden realizar actividades artísticas y extraescolares para que inhiban sus prejuicios e inseguridades y así de esta forma adquirir mayor vocabulario, fomentar su lenguaje oral y desarrollen más sistema auditivo.

–*ORGANIZATIVAS-*

– El centro deberá organizar las aulas teniendo en cuenta sus posibilidades arquitectónicas y las dificultades de los niños.

– Establecer una adecuada coordinación entre el profesor tutor y el profesor de apoyo teniendo en cuenta el tiempo y los recursos.

– Los alumnos con déficit auditivo se integran individualmente en la escuela infantil, primaria o secundaria que les corresponde por zona.

– El currículo de referencia es el ordinario aunque a menudo hay que hacer adaptaciones individuales.

AULA

–**PERSONALES:**

- El aula ordinaria debe contar con el profesor de apoyo y el profesor ordinario. – Se darán las pautas de conversación que se dan también en los seminarios y se deberán llevar a la práctica. – Hay que verificar la comprensión del alumno continuamente.
- El profesor de apoyo se pondrá de acuerdo con el profesor ordinario para determinar el horario, la evaluación, los objetivos que debe conseguir el niño...

–**MATERIALES:**

Aula ordinaria

- Proyector de transparencias
- Vídeo
- Proyector de diapositivas
- Material básico para la confección de diapositivas: marco y papel vegetal.
- Cámara fotográfica
- Papel de envarar
- Materiales para realizar actividades manipulativas como el barro, pinturas madera...
- Libros de texto y revistas fuera de uso para recortar
- Mapas
- Pósters y carteles de grandes dimensiones de diferentes temáticas

IMPORTANTE:

- Aula bien iluminada y no ruidosa
- Tomar diferentes medidas de insonorización:
 - Colocar corchos en las paredes.
 - Colocar tacos de goma en mesas y sillas...
- El ruido interior a de ser controlado por el profesor, estableciendo las medidas correctas oportunas.

Aula de apoyo

- Recursos técnicos específicos para reducir las barreras comunicativas:
- Equipo de amplificación auditiva " de mesa": Son aparatos de amplificación con posibilidad de seleccionar bandas de frecuencias e intensidades para adecuar la reeducación a los restos auditivos de cada alumno.
- Visualizadores del habla: Partiendo de un ordenador se realizan ejercicios de entrenamiento de estimulación (por ejemplo: la intensidad, el tono, el timbre ...) el niño se comunica con el ordenador a

través de un micrófono

- Magnetófono o cassette convencional. Se conecta también al ordenador el cual podrá ofrecer modelos sonoros al alumno y también registrar sus producciones.
- Materiales didácticos específicos para la estimulación y rehabilitación del lenguaje:
- Material de exploración y evaluación del lenguaje (los fonemas, vocabulario, lectoescritura ...). .
- Elementos técnicos auxiliares: el cronómetro, el metrónomo (para marcar los ritmos y pausas), diapasones (para la estimulación auditiva según los tonos), el espirómetro (para medir y ejercitar la capacidad respiratoria).
- Materiales para el entrenamiento lingüístico: laminas, murales, tarjetas de vocabulario básico...
- Materiales para el entrenamiento auditivo: juguetes, cuentos...
- Instrumentos musicales de percusión.
- Una pequeña biblioteca con bibliografía especializada.

–ORGANIZATIVOS–

- Se organizarán las clases en círculo para que el niño pueda apreciar a todos sus compañeros.
- Se tendrán en cuenta las siguientes estrategias organizativas:
- Hablar lo más cerca posible, colocándose a su misma altura y poniéndose enfrente.
- Para el mayor provecho posible de la lectura labiofacial:

a) Colocar al alumno sordo de espaldas a la luz natural.

b) El profesor no debe tener barba y bigote abundante.

c) Cuando el profesor camine o escriba en la pizarra no debe realizar explicaciones básicas.

d) El profesor debe evitar colocarse lápices, bolígrafos o las manos delante de sus labios o de su cara.

e) Se deben distribuir las sesiones de explicación en toda la clase, porque la lectura labiofacial es una actividad fatigosa y exige mucha concentración y atención.

- Utilizar frases sencillas pero completas.
- No utilizar frases sueltas o de tipo telegrama.
- Situar al alumno sordo junto a un compañero oyente.
- En los debates y asambleas el compañero oyente y el profesor deben estar atentos
- Para guiar al alumno a que siga al niño que está hablando en cada momento.
- Se deben realizar las explicaciones siempre de frente a la clase (utilizando recursos expresivos y gestuales)
- Promover la participación del alumno con deficiencia auditiva. Valorar sus dificultades, esfuerzos y valorarlo siempre.

INDIVIDUAL

En el ámbito individual la principal ayuda técnica para estos alumnos es su prótesis auditiva.

El audífono debe adaptarse desde el momento de la detección de la sordera.

Otra ayuda importante para los alumnos que tengan buenos restos auditivos pueden ser las emisoras de F:M: (equipos electrónicos de sonido que transmiten las palabras del profesor al niño sordo)

ADAPTACIONES CURRICULARES EN LOS ELEMENTOS BÁSICOS:

OBJETIVOS Y CONTENIDOS:

OBJETIVO GENERAL:

"Conocer al ser humano y la salud",

CONTENIDOS.

1. – CONCEPTOS:

- Cambios del cuerpo a lo largo de la edad (peso, talla...
- Identificación, localización y funciones de los órganos de nutrición y reproducción.
- La alimentación y su influencia en la salud.
- Hábitos de alimentación, higiene, vestido, aseo y objetos de uso personal.
- Relación afectiva y sexual.

2. – ACTITUDES:

- Adoptar hábitos de salud y valorarlas prácticas sociales sobre la misma.
- Aceptar el propio cuerpo (estatura, sexo, peso ...).
- Ejecutar las aptitudes domesticas, como valor de convivencia.
- Valorar los aspectos socio – culturales de la sexualidad.

3. – PROCEDIMIENTOS:

- Explorar los objetos y situaciones a través de los sentidos.
- Utilizar guías y modelos anatómicas para identificar órganos y aparatos.
- Analizar las prácticas sociales sobre el desarrollo y la salud.

METODOLOGÍA:

Va a ser una metodología principalmente activa, utilizando las siguientes estrategias metodológicas:

Con ello pretendemos asegurar la motivación y el aprendizaje de todos los alumnos con déficit auditivo.

ESTRATEGIAS METODOLÓGICAS

DIRIGIDAS A ALUMNOS CON

DEFICIT AUDITIVO.

- Completa tus explicaciones:

- Escribe en la pizarra las palabras fundamentales.
- Realiza carteles a modo de resumen.
- Etc.
- Utiliza recursos y materiales preferentemente

visuales, como:

- Fotografías.
 - Imágenes.
 - Pósters.
- Diapositivas.
- Vídeo.
- Transparencias.
 - Prima los aprendizajes surgidos a partir del contacto

con la realidad:

- Observaciones.
 - Experiencias.
 - Salidas.
 - Visitas.
 - Realiza agrupamientos flexibles según el tipo de actividades y niveles de los alumnos, proporcionando la diversificación y el trabajo cooperativo.
 - Distribuye flexiblemente el mobiliario según la actividad a realizar:
- Mesas separadas (para las actividades individuales).
- Mesas agrupadas (para las actividades en equipo).
- Mesas colocadas en forma de U (para los debates y asambleas).

EVALUACIÓN:

La evaluación del alumno con déficit auditivo será continua, persiguiendo los mismos criterios generales que para el resto de los alumnos teniendo en cuenta las diferentes estrategias metodológicas dirigidas a los alumnos con deficiencias auditivas que hemos visto en el apartado de la metodología. *Instrumentos de evaluación:*

- Diferentes medios de observar el comportamiento del alumno:
- Diarios del profesor tutor, del profesor de apoyo y del logopeda.
- Filmaciones.
- Cuestionarios.
- Dibujos.
- Dramatizaciones.
- Juegos.
- Observación directa acerca de cómo procesa el niño con déficit auditivo la información.

- Informaciones de la familia.
- Cuaderno del alumno.

ACTIVIDADES DE ENSEÑANZA – APRENDIZAJE:

Nosotros nos hemos centrado en realizar una sesión sobre la alimentación. Esta sesión se llevará a cabo en el aula ordinaria.

SESIÓN.

1. – Antes de la presentación del tema se realizarán fichas con el vocabulario básico **que aparecerá en la unidad**. Este vocabulario es reforzado previamente con el alumno con déficit auditivo de forma individual en el aula de apoyo o en el mismo aula ordinaria según las situaciones.
2. – Se realizará una conversación o debate con todos los alumnos que se apoyará con diferentes imágenes. Hay que hacer hincapié, en los alumnos oyentes, en la importancia que tienen las estrategias comunicativas que se están utilizando para sus compañeros con déficit auditivo.
3. – Se iniciará el tema, para ello la profesora hará uso de todo tipo de recursos expresivos y corporales. Cada situación relevante del tema se reforzará mediante una imagen.

Actividades de la sesión:

- Se les presentarán tres fichas secuencias en el tiempo y los niños las deberán ordenar.
- Se les darán unas tiras de cartulina en la que estarán descritos los procesos secuenciales
- que los niños deberán colocar debajo de la imagen correcta.
- La profesora colocará un mural que estará dividido en:
 - HIDRÁTOS DE CARBONO.
 - LÍPIDOS.
 - Proteínas.
 - VITAMINAS.
- Seguidamente se presentará uno por uno cada alimento que los niños deberán clasificar en la categoría de las anteriormente dichas que le corresponda.

Ejemplo:

- El pescado en Proteínas.
- La zanahoria en Vitaminas.
- El pan en Hidratos de Carbono.

CLASIFICACIÓN.

GRADO DE PÉRDIDA AUDITIVA-

NORMOAUDICIÓN: – 20 dB H.L.

HIPOACUSIA LEVE: 20 – 40 dB H.L.

HIPOACUSIA MEDIA: 40 – 70 dB H.L.

HIPOACUSIA SEVERA: 70 – 90 dB H.L.

HIPOACUSIA PROFUNDA: + 90 dB H.L.

LOCALIZACIÓN DE LA PÉRDIDA:

CONDUCTIVAS: Alteración en el oído externo y medio,

NEUROSENSORIALES: Lesión en el oído interno y vía nerviosa auditiva.

MIXTA.

MOMENTO DE LA APARICIÓN:

PRELOCUTIVAS: Antes de] desarrollo del lenguaje.

POSTLOCUTIVAS: Se tiene adquirido el lenguaje.

SEGÚN EL TIPO DE ENSEÑANZA:

ORALISTAS : Adquisición del lenguaje oral y escrito por vía oral.

NO ORALISTAS: Se enseña el lenguaje a través de otros sistemas.

• ETIOLOGÍA.

HIPOACUSIAS PRENATALES:

HEREDITARIAS: Tipo DOMINANTE 0 RECESIVO.

HITOACUSIAS HEREDITARIAS RECESIVAS AISLADAS.

HIPOACUSIAS PRENATALES ADQUIRIDAS: Causas como rubéola, administración de fármacos ototóxicos, infecciones (toxoplasmosis, sífilis, ...), etc.

HIPOACUSIAS PRENATALES QUE CURSAN ANOMALÍAS DEL OÍDO EXTERNO Y MEDIO: Causa hereditaria, infecciones maternas, etc.

HIPOACUSIAS PERINATALES:

HIPOACUSIAS ADQUIRIDAS POR PROBLEMAS DURANTE EL PARTO: Como prematuridad, gestaciones prolongadas, partos dificultosos, cesáreas, anoxia en el R.N., etc.

HIPOACUSIAS PROFUNDAS POSTNATALES.

HIPOACUSIAS PROFUNDAS POSTNATALES: Causa Meningitis y laberintostoxinas, infecciones víricas (sarampión, paratoditis, varicela e incluso la gripe), etc.

HIPOACUSIAS DE GRADO MEDIO ADQUIRIDAS POSTNATALES: Causa inflamaciones en el oído medio.

CARACTERÍSTICAS.

Según la **PÉRDIDA AUDITIVA:**

LEVES: Corren el riesgo de pasar desapercibidas.

- ENTORPECIMIENTO EN LA PERCEPCIÓN DE MATICES SONOROS Y LA COMPRENSIÓN DE MENSAJES ORALES.
- DIFICULTAD CON EL MEDIO.
- PUEDE REPERCUTIR EN CIERTAS HABILIDADES VERBALES.
- NO PROVOCA RETRASOS IMPORTANTES EN EL LENGUAJE.

MODERADAS: El retraso en su detención perjudicará su aprendizaje.

- LOS MISMOS PROBLEMAS QUE EN LAS LEVES Y:
- DIFICULTAD EN LA ATENCIÓN.
- RETRASO EN LA APARICIÓN DEL LENGUAJE.
- PUEDE APARECER LA SENSACIÓN DE AISLAMIENTO E INSEGURIDAD.
- EN EDADES POSTERIORES PUEDEN APARECER DIFICULTADES SOCIALES.
- HAY QUE APOYARSE EN LA LABIOESCRITURA.

SEVERA: Es importante la estimulación temprana.

- EL APRENDIZAJE DEL LENGUAJE ORAL TENDRÁ QUE REALIZARLO CON AYUDA DE UN ESPECIALISTA.
- TONO DE VOZ MONÓTONO.
- PROBLEMAS EN LA PRONUNCIACIÓN.
- DIFICULTADES PARA APRENDER VOCABULARIO NUEVO.
- COMETERÁ ERRORES EN MORFOSINTAXIS.

PROFUNDA PRELOCUTIVA: Necesita audífono, y apoyarse en estrategias visuales y sistemas complementarios de comunicación.

- SU DESARROLLO SE VE ALTERADO EN TODAS LAS FACETAS.

EN GENERAL SE VE AFECTADOS:

LAS FUNCIONES SENSORIALES Y MOTORAS:

ESTRUCTURACIÓN ESPACIO TEMPORAL.

FUNCIÓN DE ALERTA.

CONEXIÓN CON EL ENTORNO.

LOCALIZACIÓN DE LOS ACONTECIMIENTOS.

DESARROLLO DE LA RAPIDEZ.

OTRAS COMO: NO PODER SEGUIR UNA CONVERSACIÓN CON PERSONAS MAL SITUADAS CON RESPECTO AL CANTO VISUAL.

DESARROLLO COGNITIVO Y SOCIAL.

ACCEDE A JUEGOS SIMBÓLICOS MÁS TARDE.

ENCUENTRA DIFICULTADES EN LA FORMALIZACIÓN DE
PLANTEAMIENTOS HTOTÉTICOS.

LENGUAJE POBRE.,

INTERACCIÓN SOCIAL MENOS PRODUCTIVA.

CÓMO HABLAR AL DEFICIENTE.

AUDITIVO

Pautas a seguir en una conversación:

1. Avísele cuando vaya a hablar con él, indíquele el tema de conversación y cada vez que varíe, dígaselo.
2. Háblele cerca, de frente, a su altura y con el rostro iluminado.
3. No le hable deprisa, pero tampoco demasiado despacio.
4. Háblele con voz pero sin gritar.
5. No le hable con la boca llena ni ponga nada delante de sus labios.
6. Sea expresivo cuando se dirija a él, pero no exagere ni gesticule con exceso.
7. No le hable con palabras sueltas. Llame a cada cosa por su nombre y hable con frases completas, claras, gramaticalmente correctas y que sigan un orden lógico.
8. Si no entiende una palabra, busque otra que signifique lo mismo. Si se trata de una frase, exprese lo mismo de otra forma.

BIBLIOGRAFÍA:

GARRIDO LANDIVAZ, J Y SANTANA HERNANDEZ, R, Adaptaciones curriculares. "Guía para profesores de Primaria y de Educación Especial-, De. CPSL, 1997.

EQUIPO CENIT, Conocimiento del medio Y. De. Anaya Educación, 1994.

FIAPAS (Federación Española de Asociaciones de padres y amigos del Sordo), Revista N' 55, (Pág 15 – 38 – 42), Marzo – Abril 1997.

FIAPAS, Dossier informativo "Detección precoz de la sordera" (Patrocinado por la fundación ONCE). 1997.

FAPAS (Federación Andaluza de Asociaciones de padres y amigos de los Sordos), Campaña Andaluza de detección precoz de la sordera. 1996.

ACAPPS (Asociación Catalana para la promoción de las personas Sordas), COMUNICAR N' 8, (Pág 20 – 21 – 22), Junio 1997.

FERNANDEZ VIADER, M. P, "I Congreso Nacional de la Educación del Sordo", Revista 'Faro del Silencio' N° 14 1, Madrid. CNSE. Julio – Agosto 1994.

VEJE JIMÉNEZ, R; RIVAS PRADO, F; ROSA MORENO, L; BANDERA RIVAS, A. Necesidades Educativas Especiales. De. Aljibe.

18

Corno dato ilustrativo:

20 dB H.L., – HABLAR EN CUCHICHEO

40 dB H. L. – HABLAR SUAVE.

60 dB H.L. – CONVERSACIÓN NORMAL.

80 dB H.L., –TRÁFICO RUIDOSO.

100dB H.L., – PERFORADORA.

140dB H.L., –REACTOR.

DATO ILUSTRATIVO.

20 dB H.L. – HABLAR EN CUCHICHEO.

40 dB H.L. – HABLAR SUAVE.

60 dB H.L. – CONVERSACIÓN NORMAL.

80 dB H.L. –TRÁFICO RUIDOSO.

100 dB H.L. –PERFORADORA.

140 dB H.L. – REACTOR.