

CRITERIOS PARA DETERMINAR SI UNA PERSONA PRESENTA SORDOCEGUERA*

Quedarán incluidos en el colectivo de personas con sordoceguera, las personas en quienes concurren las dos deficiencias sensoriales (visual y auditiva) que se manifiestan en mayor o menor grado, generando problemas de comunicación únicos y necesidades especiales derivadas de la dificultad para percibir de manera global, conocer y por tanto interesarse y desenvolverse en su entorno.

Para ser considerada una persona con sordoceguera:

1. En cuanto a la deficiencia visual.

Ha de presentar deficiencia visual en grado de severa o ceguera.

2. En cuanto a la deficiencia auditiva.

Esta condición ha de estimarse considerando conjuntamente un criterio cuantitativo y otro cualitativo o funcional. Dicha consideración bilateral es imprescindible y determinante, pues se fundamenta en la propia definición de sordoceguera, establecida de acuerdo a la tendencia y normativa española e internacional al respecto. De esta manera se especifican a continuación ambos aspectos:

2.1 Criterio Cuantitativo.- Padecer una pérdida auditiva binaural superior a 25 dB de media en el oído mejor, constatable mediante informes médicos auditivos, adjuntando Potenciales Evocados Auditivos (P.E.A.) o audiometría.

2.2 Criterio Funcional o Cualitativo.- Funcionalmente cumplir al menos una de las siguientes condiciones:

- a) No responder en absoluto a estímulos sonoros o responder de forma inconsistente (poco fiable).
- b) No responder a la voz o responder de forma inconsistente (poco fiable) e inadecuada.
- c) Tener un lenguaje oral difícil de comprender, ininteligible o carecer en absoluto de lenguaje.
- d) Tener dificultad para comprender mensajes y por tanto comunicarse, aunque el lenguaje oral sea apropiado a su edad, si se modifican respecto a la norma habitual algunas de las siguientes variables: posición respecto al interlocutor, intensidad de la voz, distancia y ruido ambiental.

(*)Unidad Técnica de Sordoceguera de la O.N.C.E.

SIGNOS QUE SE RELACIONAN CON DÉFICIT SENSORIAL

En la siguiente tabla (TABLA I) se pueden observar distintos síndromes malformativos que asocian hipoacusia y alteraciones oftalmológicas.

SINDROME	SORDERA	RETRASO MENTAL	OCULAR	ALTERACIONES
Usher	P	+	RP	
Cockayne	P	+	RP	Enanismo, alteraciones neurológicas
Alström	P	+	RP	Enanismo, obesidad, diabetes
Hallgren	P	+	RP	Ataxia
Laurence-Moon-Biel-Bardet	P	+	RP	
Refsum	P		RP	Polineuritis, ataxia, ictiosis
KID	P		Q	Ictiosis
Von Graefe-Lindenov	P	+	RP CC	Vértigos, enanismo, deformaciones en pies
Amalric-Diallinas	P		DM	
Niemann-Pick	P		RP	
Norrie	P	+ -	Ceguera	
Moebius	T/P	+	VI	
Duane	T		VI	Diplejia facial, malformación del pabellón Aplasia del pabellón

Tabla I

P: Percepción, **T:** Transmisión, **RP:** Retinitis pigmentaria, **Q:** Queratitis, **CC:** Cataratas congénitas, **DM:** Degeneración macular, **VI:** Parálisis del motor ocular externo

Fuente: François M. Classification et traitement des surdités de l'enfant. Encycl Med Chir(Paris, France), Oto-Rhino-Laryngologie, 20190 C20 1991.

Existen ciertas dismorfias craneofaciales de origen genético que se acompañan de una hipoacusia de percepción o de transmisión y en las que no se observan alteraciones a nivel del pabellón auricular (TABLA II).

	SORDERA	TRANSMISIÓN	CARACTERÍSTICAS
Disostosis craneofacial (Enfermedad de Crouzon)	M	aD	Estenosis craneal, bolsa media frontal, hipoplasia del macizo facial, hipertelorismo, exoftalmía
S. Oto-facio-digital de Mohr	T	aD	Hendidura labial, hipoplasia mandibular, hipertelorismo, alteraciones en los dedos
S. Oto-facio-digital de Papillon-Léage-Psaume	T	aD	Hendidura labial, hipoplasia de las alas nasales, asimetría digital
S. oculo-dento-digital de Gorlin	T	aD	Microoftalmía, microsomía, microdantía, anomalías en dedos
S. lacrimo-auriculo-dento-digital	P	aD	Obstrucción de las vías lagrimales, ausencia del pulgar anomalías dentales y renales
S. oculo-palato-digital de Taybi	T	a	Hipertelorismo, bolsa frontal y occipital, hipoplasia mandibular, anomalías en los dedos, enanismo, retraso mental
Hiperostosis cortical generalizada (Enfermedad de van Buchem)	P	ar	Engrosamiento marcado del cráneo y de la mandíbula, y generalizado de los huesos largos a partir de la pubertad
S. de Marshall	P	aD	Hipoplasia facial, nariz corta, cataratas y déficit de glándulas sudoríparas

TABLA II

M: Sordera mixta, T: Sordera de transmisión, P: Sordera de percepción, a: Autosómica, D: Dominante, r: Recesiva

Fuente: François M. Classification et traitement des surdités de l'enfant. Encycl Med Chir(Paris, France), Oto-Rhino-Laryngologie, 20190 C20 1991.

En la siguiente tabla (TABLA III) se pueden observar las principales características de las sorderas de percepción hereditarias no sindrómicas.

CONGÉNITAS	Autosómicas dominantes	Sordera profunda bilateral (Altman 1950) Sordera unilateral severa (Smith, 1939)
	Autosómicas recesivas: 80 a 90 % de las sorderas congénitas aisladas Incidencia: 1/4000	Sordera severa (Fraser, 1964) Sordera moderada (Mengel, 1967)
	Ligadas al sexo	Sordera severa
APARICIÓN TARDÍA O SECUNDARIAS	Autosómicas dominantes Incidencia: 1/40000	Sordera simétrica que se inicia en frecuencias agudas (Stephens, 1949) Sordera bilateral, que se inicia en frecuencias medias (Martenson 1960)
	Autosómicas recesivas	Sordera que se inicia a partir de los 3 años (Konigsmark, 1969). Se acentúa durante la infancia y la adolescencia
	Ligadas al sexo	Sordera que se inicia a partir de los tres años de edad (Mohr, 1960) Sordera moderada que se inici a partir de los 10 años (Livan, 1961)

TABLA III

Fuente: François M. Classification et traitement des surdités de l'enfant. Encycl Med Chir (Paris, France), Oto-Rhino-Laryngologie, 20190 C20 1991.

Un 30% de los pacientes con sordera hereditaria se relacionan con síntomas identificables con un cuadro sindrómico. Un gran número de las pérdidas auditivas son secundarias a alteraciones en el desarrollo embrionario del oído. En la tabla siguiente (TABLA IV) se muestra los síndromes más frecuentes en función del modo de transmisión genética.

DOMINANTE	RECESIVA	LIGADA AL SEXO
Waardenburg 1% Alport 1%	Pendred 10% Hallgren 5% Usher 1% Amalric 1% Jervell et Large-Nielsen 1%	Norrie

TABLA IV

Fuente: François M. Classification et traitement des surdités de l'enfant. Encycl Med Chir(Paris, France), Oto-Rhino-Laryngologie, 20190 C20 1991.

SORDERAS DE TRANSMISIÓN CONGÉNITAS

Son poco frecuentes. La aplasia de pabellón auricular es la causa más frecuente de hipoacusia de transmisión congénita y afecta a 1/30000 recién nacidos. Las malformaciones uni o bilaterales y también las fístulas preauriculares deben hacernos sospechar una hipoacusia y en ocasiones se asocian con determinados síndromes (Ver Tabla V) entre los que podemos resaltar el síndrome de Franceschetti y el síndrome de Goldenhar.

		PABELLÓN AURICULAR	FÍSTULA O APÉNDICES AURICULARES	MALAR	MANDÍBULA	SIGNOS ASOCIADOS
S DE FRANÇOIS	U	A	+		h	
S DE FRANCESCHETTI	B	A/a		h	h	Coloboma
S DE GOLDENHAR	B/U	A/a	+	h	h	Coloboma Retraso mental
S OTO-FACIO-CERVICAL	B	H	+			Hipoplasia de los músculos cervicales
S CERVICO. ACÚSTICO DE WILDERVANCKI	U/B	A				Manifestaciones oculares y viscerales
S KLIPPEL-FEIL	U/B	A				Manifestaciones oculares, viscerales y anomalías de vértebras cervicales,
DISPLASIA BRANQUIO-OTORENAL	B	a	+			Displasia renal

TABLA V

B: Bilateral, U: Unilateral, A: Aplasia mayor, a: Aplasia menor, H: Hipertrofia, h: Hipoplasia.

Fuente: François M. Classification et traitement des surdités de l'enfant. Encycl Med Chir(Paris, France), Oto-Rhino-Laryngologie, 2019 C20 1991.

DESARROLLO VISUAL**1) Fisiológico:**

- **RN al 1 mes:** movimientos irregulares de los ojos independientes de los estímulos luminosos.
- **Primer mes:** reflejo de fijación. Contacto ocular.
- **Segundo mes:** reflejo de seguimiento.
- **Tercer mes:** ojos alineados, reflejo de fijación y seguimiento totalmente desarrollados.
- **Quinto mes:** reflejo de acomodación y convergencia. Se mira las manos.
- **Sexto mes:** reflejo de coordinación ojo/mano.
- **Octavo mes:** desarrollo visión de profundidad.
- **Primer año en adelante:** perfeccionamiento de la visión progresiva hasta los 8 años.
- **8 años:** desarrollo visual definitivo. La visión desarrollada no se perderá.

2) Conductual:**- 0-3 meses:**

Reflejo de ojos de muñeca.

Desaparece el reflejo de ojos de muñeca, cuando se establece la fijación visual.

Fija la mirada en otra persona. Observa el rostro humano que está cerca con intensa preocupación.

Sigue un objeto en una trayectoria de 90°.

Sigue un objeto en una trayectoria de 180°.

Sigue con la vista a una persona que se desplaza.

Fija la mirada alternativamente en dos objetos.

- 3-6 meses:

Se mira las manos en la línea media.

Fija la mirada en objetos pequeños.

Mira el balanceo en vertical y el horizontal de un objeto pequeño.

Mira hacia atrás.

Mira los objetos que sostiene.

Sostiene un objeto mientras mira otro.

Sigue con la vista un objeto pequeño circular.

Observa sus pies al moverlos .

Sigue movimientos rápidos de personas y objetos.

- 6-12 meses:

Es capaz de ver objetos pequeños para cogerlos haciendo la pinza.

Observa cuidadosamente expresiones y trata de imitarlas.

Observa las actividades de los adultos, de los niños, de los animales, con gran interés, a una distancia de 3 metros y durante unos segundos.

Mira una pelota pequeña rodar a una distancia de 3 metros.

-12-24 meses:

Deja caer los juguetes y mira su caída.

Señala con el dedo objetos que le interesan a distancia.

Busca en el lugar correcto los juguetes que ruedan fuera de su vista.

Señala dibujos en un cuento.

-24 meses:

Reconoce finos detalles en sus imágenes favoritas.

Reconoce en fotografías a los adultos que le son familiares.

Referencia:

Zulueta, I y Mollá, M.T "Método de estimulación precoz". 1982. Madrid. Mepsa.

Mary Sheridan M.D. "Escala de desarrollo de la conciencia visual en bebés videntes" Children's developmental progress. Londres, NFER, 1973.

HITOS DEL DESARROLLO DEL LENGUAJE

DESARROLLO PERCEPTIVO DEL NIÑO O LA NIÑA

MESES	AUDICIÓN
1	* Reacciona al sonido. Parpadea o modifica la respiración.
2	* Busca la fuente del sonido.
4	* Vuelve la cabeza hacia la persona que le llama.
6	* Localiza los sonidos emitidos más abajo de su oído.
7	* Localiza los sonidos emitidos más arriba de su oído.
12	* Se vuelve al oír su nombre.

MESES	VOCALIZACIONES
1	* Sonidos guturales.
2	* Vocalizaciones variadas.
3	* Balbuceo prolongado.
4	* Vocaliza cuando se le habla.
6	* Hace gorgoritos.
6-8	* Incorpora el ritmo y los sonidos del lenguaje natural de sus padres. * Reconoce la voz de su madre.
7	* Vocaliza sílabas.

ESCALAS, INVENTARIOS E INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN Y PROGRAMACIÓN EN NIÑOS O NIÑAS CON CEGUERA O DÉFICIT VISUAL DE 0 A 6 AÑOS

Escala para la evaluación del comportamiento neonatal (nbas). T. B. Brazelton y J. K. Nugent.

Escala para la valoración de las capacidades, competencias y comportamiento interactivo del bebé de 0 a 2 meses de edad en bebés nacidos a término, y hasta las 48 semanas para niño o niñas prematuros. Consta de dos tipos de pruebas: conductuales (35 pruebas que valoran la forma de reaccionar del bebé) y respuestas reflejas (16 reflejos y tono muscular). Los ítems se clasifican en distintos grupos: de habituación, social-interactiva, sistema motor, organización del estado, regulación del estado, sistema nervioso autónomo, reflejos y tono muscular. Aporta algunos ítems opcionales para la evaluación de bebés prematuros. El objetivo de la escala es conocer las respuestas conductuales del bebé. K.(1997)"Escala para la evaluación del comportamiento neonatal".Barcelona Ed.Paidós

Guía de aplicación de la Escala Leonhardt para niños ciegos de 0 a 2 años. Colección Guías. Madrid: O.N.C.E. Leonhardt, M., y Forns, M. (2007). O.N.C.E.. Se recoge la escala así como indicaciones para su aplicación.

La escala Leonhardt ofrece pautas evolutivas de los dominios de a) postura-motricidad, b) sentido auditivo, c) interacción-comunicación, d) sentido táctil y motricidad fina, e) desarrollo cognitivo, y f) hábitos.

Dedica una gran extensión al análisis del desarrollo sensorial auditivo y táctil (35% del total de ítems de la escala se dedican a este particular).

La Escala pretende tener un valor diagnóstico, en la medida en que podrá compararse el desarrollo del niño, en cada uno de los ítems, con las pautas evolutivas establecidas. Además de este uso diagnóstico, la escala pretende cumplir con un objetivo curricular preventivo, al proporcionar señales de alerta en la evolución del niño desde etapas muy tempranas.

<http://www.once.es/serviciosSociales/index.cfm?pctl=1>

Escala de desarrollo para niños pequeños con severos déficit visuales. J. Reynell y P. Zinkin (1986). Madrid.MEPSA.

Escala para valorar el desarrollo de niños de 0 a 5 años con discapacidad visual. Evalúa las siguientes áreas: adaptación social, exploración del ambiente, comprensión sensomotriz comprensión verbal, lenguaje expresivo (estructura) y lenguaje expresivo)vocabulario y contenido).

Presenta baremos para niños ciegos, con visión parcial y sin problemas visuales. Basada en las escalas Bayley. Es una de las escalas más utilizadas por los psicólogos especialistas en deficiencias visuales de nuestro país.

Evaluación visual y programación: Manual vap-cap. D. C. Blanksby (1993). Royal Institute for the Blind, Education Center, Victoria (Australia).

Es un procedimiento de evaluación y un programa de trabajo para propiciar el desarrollo visual en niños de 0 a 3 años y medio. En el programa se consideran las siguientes áreas: 1. capacidad visual, 2. percepción de luz y diseño, 3. motilidad ocular, 4. percepción de objetos, 5. atención visual, 6. percepción espacial y coordinación visomotriz, 7. comunicación visual y 8. percepción de representaciones bidimensionales.

Programa para desarrollar la eficiencia en el funcionamiento visual. N. Barraga (1975) Barraga, N. En Textos reunidos de la Dra. N. Barraga(1986). Madrid, O.N.C.E.-CERVO.

Dirigido a edades de desarrollo visual desde 1-3 meses a siete años. La autora opina que el funcionamiento visual puede mejorar por medio de entrenamiento sistemático. El programa se compone de un protocolo de observación de conductas visuales, un procedimiento de valoración diagnóstica con ejercicios representativos de las categorías del desarrollo visual y un procedimiento de instrucción con 150 lecciones referidas a tareas visuales secuenciadas.

<http://www.once.es/serviciosSociales/index.cfm?pctl=1>

En los zapatos de los niños ciegos. Guía de desarrollo de 0 a 3 años. R. Lucerga y E. Gastón (2004).

Guía de desarrollo para niños con discapacidad visual grave de 0 a 3 años. Está dirigida a los padres y los profesionales. Presenta los objetivos básicos del desarrollo evolutivo de los niños con discapacidad visual, organizados por áreas (comunicación, lenguaje y socialización, comprensión sensoriomotora y cognición, manipulación, motricidad gruesa, esquema corporal y organización espacial, hábitos y autonomía) y edades (en tramos de seis meses, desde el nacimiento hasta los tres años). Ofrece orientaciones y sugerencias organizadas y sistematizadas que favorecen su consecución y algunas reflexiones sobre el desarrollo infantil y sus peculiaridades en los niños sin visión. Para más información consultar: Lucerga, R. M., y Gastón, E. (2004). En los zapatos de los niños ciegos. Guía de desarrollo de 0 a 3 años. Colección Guías. Madrid: O.N.C.E..

<http://www.once.es/serviciosSociales/index.cfm?pctl=1>

Guía para la observación cualitativa de la conducta en niños ciegos. Rosa Lucerga (1993).

Guía para la detección de posibles «desviaciones del desarrollo» en edades tempranas, para niños ciegos de 0 a 5 años. Se incluyen los siguientes aspectos: disposición a tocar, relación con las personas, interés por los objetos, autonomía, utilización de los objetos, tono muscular, exploración de los objetos, movimientos de las manos, organización del espacio próximo y ejecución de tareas. Para más información consultar: R. Lucerga, Palmo a palmo. La motricidad fina y la conducta adaptativa a los objetos en los niños ciegos, Madrid, O.N.C.E. (1993).

<http://www.once.es/serviciosSociales/index.cfm?pctl=1>

OREGON PROJECT FOR PRESCHOOL CHILDREN WHO ARE BLIND OR VISUALLY IMPAIRED. Sixth edition. Sharon Anderson, Susan Boigon, Kristine Davis, Cheri deWaard. Medford (Oregon, Estados Unidos): Southern Oregon Education Service District, 2007. (En fase de traducción al castellano).

Es un conjunto de materiales de evaluación y actividades curriculares para uso específico con niños de 0 a 6 años ciegos o con baja visión. Está basado en la Guía Portage. Áreas: Desarrollo cognitivo, desarrollo lingüístico, desarrollo visual, motricidad fina, motricidad gruesa, desarrollo social y autoayuda, y desarrollo comunicativo.

Más información: www.soesd.k12.or.us.

Correo electrónico: or_project@soesd.k12.or.us

INSTRUMENTOS PARA LA VALORACIÓN DE LA SORDOCEGUERA

“Estrategias orientadas al niño para la evaluación de niños que son sordociegos o que tienen plurideficiencias”

El cd-rom de Dr. Jan van Dijk y Ms. Catherine Nelson sobre la valoración de la población infantil con múltiples discapacidades incluye 40 videos en un formato interactivo. Propone preguntas sobre las técnicas específicas de valoración que se pueden observar en las grabaciones. Aporta información sobre las respuestas y se pueden consultar varios artículos de Dr. van Dijk y sus colegas para profundizar en los temas. Se muestran algunas estrategias de intervención también. Sus análisis y aportaciones son muy útiles para abordar la valoración e intervención en el día a día de la población infantil con sordoceguera.

<http://www.aapnootmuis.com/a>.

Escala CALLIER AZUSA

Es una escala de desarrollo diseñada específicamente para ayudar a evaluar a niños con sordoceguera y gravemente discapacitados. Es aplicable en particular a todos los aspectos de los niveles iniciales de desarrollo.

Evalúa las siguientes áreas:

- o Desarrollo motor.
- o Capacidades perceptivas.
- o Habilidades de la vida diaria.
- o Cognición, comunicación y lenguaje.

<http://www.edusalud.galeon.com/productos1924773.html>

<http://sid.usal.es/mostrarficha.asp?ID=667&fichero=5.3.1.1>

INSTRUMENTOS PARA LA VALORACIÓN DEL AMBIENTE

Escala de valoración del ambiente en la infancia temprana. Harms y Clifford (1980). Madrid,1990 Colección Aprendizaje. Visor.

Escala dirigida a niños desde el nacimiento a los seis años. Ofrece una visión general sobre los distintos ambientes que existen en los centros de educación infantil (centros educativos y centros que imparten actividades recreativas y talleres). Consta de una serie de ítems en relación a la utilización del espacio, los materiales y las experiencias que fomentan el desarrollo del niño en los distintos ambientes de dichos centros.

TRATAMIENTOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS OCULARES

- **Cataratas Congénitas** (0,06% prevalencia): Extracción de cristalino por facoemulsificación + capsulotomía posterior + vitrectomía anterior. Posterior prescripción de gafas y/o lentes de contacto. Implantación secundaria de lente intraocular con edad en controversia en la actualidad.
- **Retinopatía de la prematuridad**
 - o 52% niños < 750 grs al nacer.
 - o 32% niños 750-800 grs al nacer.
 - o 15% niños 100-1250 grs al nacer.

Laserfotocoagulación de retina periférica avascular con laser diodo. Posible futuro para casos refractarios con inyecciones intravítreas de antiangiogénicos.
- **Glaucoma congénito** (0,01% prevalencia): Goniotomía y trabeculotomía. Generalmente necesidad de repetidas intervenciones.
- **Retinoblastoma** (0,005 % incidencia en niños < 15 años): Quimiorreducción + laserfotocoagulación + crioterapia + radioterapia externa + braquiterapia, etc.
- **Estrabismo** (4% prevalencia): gafas y/o parches y/o cirugía musculatura extrínseca del ojo.
- **Ambliopía** (2-3 % prevalencia): Oclusión y/o gafas y/o penalización.
- **Errores de refracción:** gafas.

PROTOCOLO UNIDAD DE IMPLANTE COCLEAR*

Protocolo de Implantación Coclear.

Hospital Universitario S.Cecilio de Granada.

Dr. Manuel Sainz Quevedo. Jefe de Servicio de ORL.

Dr. Juan García-Valdecasas Bernal. Facultativo Especialista de Área.

Dña. Alba Saida García Negro. Logopeda.

D. Pablo Rodríguez Espigares. Programador de implantes cocleares.

Los criterios de implantación de dispositivos electrónicos multicanales intracocleares (implantes cocleares), ha sido ampliamente estudiados, evaluados y consensuados en varias ocasiones desde que, en el año 1995, The National Institut of Health los estableciera en función de los beneficios y perspectivas futuras del implante coclear. En España, desde el año 2003, y siguiendo los criterios establecidos en el Pleno del Consejo Interterritorial de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo, la implantación coclear se realiza bajo los siguientes criterios, debiendo cumplir todos y cada uno de ellos:

1. Hipoacusias neurosensoriales bilaterales severas o profundas, entendiendo como tales las que presentan un umbral de audición promedio mayor de 90 dBHL para las frecuencias de 0,5 KHz., 1KHz y 2KHz. En situaciones particulares se plantea la posibilidad de implantación en hipoacusias severas de un oído y profundas en el contrario.
2. Pacientes que no obtengan beneficio con la adaptación de prótesis auditivas. Se considera como no obtención de beneficio el presentar un umbral de audición tonal de 55 dBHL y alcanzar una inteligibilidad máxima de palabras bisílabas del 40%, a una intensidad de 65 dBHL. Estos umbrales auditivos han de explorarse en campo libre, con prótesis auditivas y ajustes en posición de uso con y sin ruido de competencia.
3. Haber adquirido lenguaje verbal o estar aun, por edad, en condiciones de adquirirlo. Son, por lo tanto, buenos candidatos a la implantación coclear aquellos pacientes menores de 5 años con hipoacusia prelocutiva, y por tanto con posibilidad de adquirir lenguaje, y los mayores de esta edad con hipoacusia peri o postlocutiva con una correcta adquisición del lenguaje. Además, los pacientes prelocutivos que han adquirido el lenguaje a través de métodos tradicionales, también son buenos candidatos.
4. Convicción del paciente de que la mejoría auditiva aportada por el implante coclear le reportara beneficios personales y sociales.

(* Este protocolo ha sido adoptado por el servicio de O.R.L. del Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla, con lo que se unifica para toda la Comunidad Autónoma

5. No presentar las siguientes condiciones patológicas:

- Agenesias bilaterales cocleares. Otras malformaciones cocleares, tales como aplasias, hipoplasias y malformaciones de Mondini, han de ser ampliamente estudiadas desde un punto de vista morfológico y funcional, ajustando los beneficios y complicaciones del proceso de implantación coclear.
- Enfermedades que causen hipoacusias de tipo central. Actualmente, las enfermedades que causan disfunción de la vía auditiva deben ser evaluadas individualmente, al mostrarse ciertos tipos de neuropatía auditiva como una entidad muy beneficiada de la implantación coclear.
- Enfermedades psiquiátricas graves.
- Enfermedades que contraindiquen la anestesia general.

Durante la fase de diagnóstico, y con el fin de poder valorar los criterios de inclusión previamente descritos, se realizan las siguientes exploraciones:

- Exploración física otológica.
- Impedanciometría timpanoosicular.
- Otoemisiones acústicas.
- Audiometría infantil.
- Potenciales Evocados Auditivos del Tronco Cerebral y Potenciales de Estado Estable. La electrococleografía debe ser realizada en situaciones especiales.
- Pruebas de imagen: TAC. En caso de malformaciones y osificaciones cocleares se acompaña de la realización de Resonancia Nuclear Magnética.

Además de todas las exploraciones anteriores, el equipo de psicología-logopedia realizará evaluaciones con el objetivo de ajustar individualmente las expectativas del paciente y familiares, valorar el grado de motivación hacia la implantación del paciente y de su entorno familiar así como de informar al paciente y sus familiares del proceso de implantación y seguimientos postimplantación (Guía informativa del proceso de implantación).

Tras el acto quirúrgico, la comprobación radiológica del correcto posicionamiento del dispositivo y de su buen funcionamiento mediante pruebas objetivas (Impedanciometría eléctrica y potenciales de acción compuesto evocados eléctricamente), se procede al alta hospitalaria y control de la herida quirúrgica durante al menos 1 mes, momento en que se inicia la programación del dispositivo y rehabilitación auditiva inmediata del paciente, preferentemente acompañado de un familiar, con los siguientes objetivos:

1. Obtener unos niveles de estimulación eléctrica iniciales adecuados al paciente.
2. Realizar las primeras estimulaciones auditivas, comprobando en todo momento el correcto funcionamiento de la programación del dispositivo realizada.
3. Informar al programador de las respuestas auditivas observadas en el paciente al objeto de poder ir ajustando durante este periodo el dispositivo electrónico.
4. Valorar con test logopédicos de percepción auditiva las habilidades auditivas observadas postimplante, utilizando los mismos protocolos valorativos que en la fase preimplante.
5. Orientar a los pacientes y formar a los padres o familiares cercanos sobre pautas de actuación.
6. Emitir informes valorativos y orientativos para los logopedas de intervención.
7. Detectar posibles problemas o dificultades en el proceso.

La duración de este periodo de adaptación varía entre una y dos semanas dependiendo de la evolución y las características de cada paciente.

Posteriormente se procede a la fase de seguimiento, en la que el equipo de psicología-logopedia realiza los siguientes objetivos:

1. Comprobar la evolución perceptivo-auditiva y lingüística.
2. Obtener datos auditivos y lingüísticos indicadores del progreso.
3. Determinar variables influyentes en la evolución del paciente.
4. Dar información periódica de estos resultados a los logopedas de intervención y al entorno familiar, para orientar posibles actuaciones.
5. Detectar posibles problemas o dificultades en el proceso.

Este período de seguimiento consta de 7 episodios en niños (1, 3, 6, 12, 18, 24 y 36 meses) y de 6 en adultos (1, 3, 6, 12, 24, 36 meses). Todas las revisiones hasta los 12 meses, inclusive, tienen lugar en el Hospital Universitario San Cecilio de Granada, siendo realizadas las revisiones posteriores en los hospitales de todas las provincias de Andalucía, por el mismo equipo multidisciplinario. A partir del tercer año de uso de implante las revisiones serán bajo petición de los pacientes.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

El Plan de Cuidados estandarizado que se desarrolla seguidamente está dirigido a niños y niñas de 0 a 6 años, con Trastorno del Desarrollo con Discapacidad Sensorial.

En general, estos niños y niñas se caracterizan por la disminución gradual de su autonomía y su capacidad funcional, y el consecuente aumento de sus necesidades de cuidados; con importantes repercusiones personales, familiares, sociales y económicas.

Un pilar importante en este Plan, es trabajar conjuntamente con las personas cuidadoras, mediante la identificación precoz de sus necesidades y la prestación de ayuda en el desempeño de su papel. Esto ha llevado a la elaboración de otro Plan de cuidados dirigido también a la persona cuidadora y su familia.

Ante esta situación desde la fragilidad a la dependencia, es importante el abordaje multidisciplinar e integral, así como asegurar la continuidad y coherencia de los cuidados proporcionados en los distintos niveles asistenciales.

Se trata de un Plan de Cuidados estandarizado, por lo que habrá que personalizarlo a cada paciente y a su cuidador o cuidadora para su correcta aplicación.

Es una herramienta que intenta disminuir la variabilidad de las actuaciones de los y las profesionales para lograr un grado de homogeneidad razonable, mejorar la práctica asistencial y su calidad.

Es importante que tengamos en cuenta que el Plan de Cuidados ha de ser aplicado a niños y niñas menores de 5 años, ya de por sí dependientes. Ocurre, además, que el trabajo a desarrollar va a encontrarse con el problema de la falta de colaboración por parte de ellos y ellas, por lo que habrá de ser mucho más constante y continuo; ahora bien, para que esto sea así, no debemos dejar de tener en cuenta la colaboración inexcusable de la familia.

Este Plan incluye:

- Valoración mínima específica según el modelo de necesidades de Virginia Henderson tanto del niño o niña como de la cuidadora (Tablas 1 y 2), orientada a recoger la información más relevante para poder formular unos problemas reales y/o potenciales y garantizar unos cuidados personalizados. Abarca aspectos físicos, psíquicos, sociales, espirituales y del entorno, y se complementa con la inclusión de cuestionarios, test e índices de uso multidisciplinar.

- Exposición de los principales problemas de enfermería que suelen aparecer, recogidos en etiquetas diagnósticas según la taxonomía de la NANDA, selección de los resultados esperados según la taxonomía NOC y de las intervenciones enfermeras necesarias para dar solución a estos problemas utilizando la clasificación NIC (Tablas 3 y 4).
- Desarrollo de los resultados, indicadores, intervenciones y actividades enfermeras para cada uno de los diagnósticos enfermeros seleccionados (Tablas 5 y 6).

Es importante la valoración continua del paciente y de la cuidadora asegurando la continuidad y coherencia de los cuidados proporcionados en los distintos niveles asistenciales y en las distintas áreas del mismo nivel. El registro que toma vital importancia en este aspecto es el Informe de Continuidad de Cuidados, en el que quedarán reflejadas la evolución y evaluación del plan de cuidados. El Plan de Cuidados deberá quedar perfectamente plasmado en los formatos de registros enfermeros que cada institución sanitaria posea. En el caso de los problemas de colaboración, cada institución elaborará los protocolos de actuación necesarios para abordarlos.

Tabla 1: Valoración mínima específica de enfermería estructurada por Necesidades Básicas según Virginia Henderson del niño o la niña con Discapacidad Sensorial

NIVEL ASISTENCIAL	ITEMS	CUESTIONARIOS
Atención Primaria	01 Dificultad para respirar	Valoración de la respiración Diez pasos para una lactancia feliz OMS-UNICEF Test de Haizea –Llevant
Atención Especializada	02 Tos inefectiva/no productiva	
	10 Frecuencia respiratoria	
	11 Frecuencia cardíaca	
	14 Alimentación/ Nutrición	
	15 Necesidad de ayuda para alimentarse	
	145 Peso	
	146 Talla	
	25 Incapacidad de realizar por si mismo las actividades del uso del WC.	
	27 Incontinencia fecal	
	43 Inestabilidad en la marcha	
	46 Cambios en el patrón del sueño	
	49 Estímulos ambientales nocivos	
	50 Requiere ayuda para ponerse / quitarse ropa / calzado	
	150 Higiene general	
	58 Presencia de alergias	
59 Vacunado incorrectamente		
74 Alteraciones sensoperceptivas ..		
75 Dificultad en la comunicación		
77 Su cuidador principal es ...		
78 Su cuidador no proporciona apoyo, consuelo, ayuda y estímulo suficiente y efectivo		
84 Problemas de integración		
108 No conoce los recursos disponibles de la comunidad		
115 Nivel de escolarización		
116 Presenta dificultad para el aprendizaje		

NIVEL	ITEMS	CUESTIONARIOS
<p>Atención Primaria</p> <p>Atención Especializada</p>	<p>03 Fumador</p> <p>04 Desea dejar de fumar.</p> <p>14 Alimentación/ Nutrición</p> <p>16 Problema de dentición</p> <p>18 Sigue algún tipo de dieta</p> <p>145 Peso</p> <p>146 Talla</p> <p>41 Actividad física habitual</p> <p>44 Falta o reducción de energía para tolerar la actividad</p> <p>46 Cambios en el patrón del sueño</p> <p>47 Ayuda para dormir...</p> <p>48 Nivel de energía durante el día</p> <p>49 Estímulos ambientales nocivos</p> <p>51 El vestuario y calzado no son adecuados</p> <p>150 Higiene general</p> <p>58 Presencia de alergias</p> <p>59 Vacunado incorrectamente</p> <p>65 Alcohol</p> <p>66 Tabaco</p> <p>67 Otras sustancias</p> <p>72 El lugar no presenta condiciones de habitabilidad</p> <p>73 El hogar no presenta condiciones de seguridad</p> <p>75 Dificultad en la comunicación</p> <p>76 Comunicarse con los demás</p> <p>79 Tiene alguna persona a su cargo</p> <p>80 Tiene dificultad o incapacidad para realizar tareas del cuidador</p> <p>81 Describa con quien comparte el hogar</p> <p>82 Problemas familiares</p> <p>83 Manifiesta carencia afectiva</p> <p>84 Problemas de integración</p> <p>93 Es religioso</p> <p>94 Incapacidad para realizar las prácticas religiosas habituales</p> <p>96 Su situación actual ha alterado ...</p> <p>97 No se adapta usted a esos cambios</p> <p>106 Problemas emocionales</p> <p>108 No conoce los recursos disponibles de la comunidad</p> <p>110 Situación laboral</p> <p>112 Problemas en el trabajo</p> <p>114 Situación habitual de estrés</p> <p>115 Nivel de escolarización</p> <p>119 Desea más información sobre ...</p>	<p>Cuestionario de Salud General de Golberg.</p> <p>Test de Fagerström.</p> <p>Cuestionario "Conozca su Salud Nutricional".</p> <p>Cuestionario de Oviedo del Sueño.</p> <p>Índice de Esfuerzo del Cuidador.</p> <p>Test de Yesavage.</p> <p>Cribado Ansiedad Depresión – Escala de GoldBerg.</p> <p>Cuestionario Apgar Familiar.</p> <p>Cuestionario Duke-UNC-</p> <p>Escala de Valoración Sociofamiliar.</p>

Tabla 3: Resumen del Plan de Cuidados Enfermeros del niño o la niña en el Subproceso de Discapacidad Sensorial

DIAGNÓSTICOS:

- 00051 Deterioro de la comunicación verbal.
- 00112 Riesgo de retraso en el desarrollo.
- 00035 Riesgo de lesión.
- 00016 Deterioro de la eliminación urinaria.
- 00014 Incontinencia fecal.
- 00122 Trastorno de la percepción sensorial.

RESULTADOS:

- 0902 Capacidad de comunicación.
- 0903 Comunicación: capacidad expresiva.
- 0904 Comunicación: capacidad receptiva.
- 0118 Adaptación del recién nacido.
- 0100 Desarrollo infantil: 2 meses.
- 0101 Desarrollo infantil: 4 meses.
- 0102 Desarrollo infantil: 6 meses.
- 0103 Desarrollo infantil: 12 meses.
- 0104 Desarrollo infantil: 2 años.
- 0105 Desarrollo infantil: 3 años.
- 0106 Desarrollo infantil: 4 años.
- 0107 Desarrollo infantil: 5 años.
- 1902 Control del riesgo.
- 1910 Conducta de seguridad: ambiente físico del hogar.
- 1801 Conocimiento: seguridad infantil.
- 0502 Continencia urinaria.
- 0310 Cuidados personales: uso del inodoro.
- 0500 Continencia intestinal.
- 1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas.

INTERVENCIONES:

- 4974 Fomento de la comunicación: déficit auditivo.
- 4976 Fomento de la comunicación: déficit del habla.
- 4978 Fomento de la comunicación: déficit visual.
- 5520 Facilitar el aprendizaje.
- 7050 Fomento del desarrollo del niño.
- 7040 Apoyo al cuidador principal.
- 6610 Identificación de riesgos.
- 6480 Manejo ambiental.
- 6486 Manejo ambiental: seguridad .
- 0610 Cuidados de la incontinencia urinaria.
- 0590 Manejo de la eliminación urinaria.
- 0410 Cuidados de la incontinencia intestinal.

Tabla 4: Resumen del Plan de Cuidados Enfermeros con relación a la persona cuidadora y familia en el Subproceso de Discapacidad Sensorial.

DIAGNÓSTICOS:

- 00078 Manejo inefectivo del régimen terapéutico.
- 00146 Ansiedad.
- 00126 Conocimientos deficientes.
- 00062 Riesgo de cansancio del rol del cuidador.
- 00074 Afrontamiento familiar comprometido.

RESULTADOS:

- 1601 Conducta de cumplimiento.
- 1606 Participación: decisiones sobre la asistencia sanitaria.
- 1813 Conocimiento: régimen terapéutico.
- 1302 Superación de problemas.
- 1402 Control de la ansiedad.
- 1811 Conocimiento actividad prescrita.
- 1801 Conocimiento: seguridad infantil.
- 0003 Descanso.
- 2203 Alteración del estilo de vida del cuidador familiar.
- 2506 Salud emocional del cuidador familiar.
- 2208 Factores estresantes del cuidador familiar.
- 2600 Superación de problemas de la familia.
- 2604 Normalización de la familia.

INTERVENCIONES:

- 5240 Asesoramiento.
- 5230 Aumentar el afrontamiento.
- 5520 Facilitar el aprendizaje.
- 5820 Disminución de la ansiedad.
- 5340 Presencia.
- 5602 Educación paterna: niño.
- 7140 Apoyo a la familia.
- 7040 Apoyo al cuidador principal.
- 7200 Fomento de la normalización familiar.

DESARROLLO (En niño o la niña con discapacidad sensorial)

00051.- DETERIORO DE LA COMUNICACIÓN VERBAL

r/c:

- Diferencias relacionadas con la edad del desarrollo.
- Defectos anatómicos (alteración del sistema visual, neuromuscular, sistema auditivo, del aparato de la fonación y alteración de las percepciones.

NOC (Resultados e indicadores de resultados):

0902.- Capacidad de comunicación

- 03. Utiliza dibujos e ilustraciones.
- 05. Utiliza lenguaje no verbal.
- 06. Reconoce los mensajes recibidos.

0903.- Comunicación: capacidad expresiva

- 05. Utiliza dibujos e ilustraciones.
- 07. Utiliza el lenguaje no verbal.
- 08. Dirige los mensajes de forma apropiada.

0904.- Comunicación: capacidad receptiva

- 02. Interpretación del lenguaje hablado.
- 03. Interpretación de dibujos e ilustraciones.
- 05. Interpretación del lenguaje no verbal.
- 06. Reconocimiento de mensajes recibidos.

NIC (Intervenciones de enfermería):

4976.- Fomento de la comunicación: déficit del habla

- Dar una orden simple cada vez, si es el caso.
- Escuchar con atención.
- Utilizar palabras simples y frases cortas, si procede.
- Utilizar cartones con dibujos, si es preciso.

5520.- Facilitar el aprendizaje

- Establecer metas realistas, objetivas con el paciente.
- Ajustar la instrucción al nivel de conocimientos y comprensión del cuidador.

4974.- Fomento de la comunicación : déficit auditivo

- Facilitar el uso de dispositivos que mejoren la audición.

- Dar órdenes sencillas, de una en una.
- Facilitar cita para el examen de la agudeza auditiva, si procede.

00112.- RIESGO DE RETRASO EN EL DESARROLLO

r/c:

- Trastornos genéticos o congénitos.
- Lesión cerebral.
- Trastornos de la conducta.
- Prematuridad.

NOC (Resultados e indicadores de resultados):

0118.- Adaptación del recién nacido

- 16. Atención a los estímulos.
- 17. Respuesta a estímulos.

0100.- Desarrollo infantil: dos meses

- 08. Responde a los estímulos auditivos.
- 09. Responde a los estímulos visuales.

0101.- Desarrollo infantil: cuatro meses

- 06. Alcanza objetos.
- 09. Reconoce las voces de los padres.

0102.- Desarrollo infantil: seis meses

- 05. Coge objetos y se los lleva a la boca.
- 12. Sonríe, ríe, chilla, imita ruidos.
- 13. Se gira ante ruidos.

0103.- Desarrollo infantil: doce meses

- 05. Señala con el dedo índice.
- 11. Imita vocalizaciones.

0104.- Desarrollo infantil: dos años

- 01. Camina de forma rápida.
- 11. indica verbalmente sus deseos.

0105.- Desarrollo infantil: tres años

10. Dice cómo se llama.
13. Participa en juegos interactivos con sus compañeros.

0106.- Desarrollo infantil: cuatro años

01. Camina, sube y corre.
12. Puede cantar una canción.

0107.- Desarrollo infantil: cinco años

04. Dibuja una persona con cabeza, cuerpo, brazos y piernas.
09. Utiliza frases completas de cinco palabras.

NIC (Intervenciones en enfermería):

7050.- Fomento del desarrollo del niño o niña

- Identificar las necesidades especiales y las adaptaciones necesarias, cuando proceda.
- Mostrar a los cuidadores las actividades que promueven el desarrollo.
- Remitir los cuidadores, a grupos de apoyo, si procede.
- Facilitar la integración con sus iguales.

7040.- Apoyo al cuidador principal

- Determinar el nivel de conocimiento del cuidador.
- Determinar la aceptación del cuidador de su papel.
- Controlar los problemas de interacción de la familia en relación con los cuidados del paciente.
- Enseñar al cuidador técnicas de manejo del estrés
- Informar al cuidador sobre recursos de cuidados sanitarios y comunitarios.

00035.- RIESGO DE LESIÓN.

r/c:

- Etapa de desarrollo.
- Factores cognitivos, afectivos y psicomotores.

NOC (Resultados e indicadores de resultados):

1910.- Conducta de seguridad: ambiente físico del hogar.

14. Provisión de un área de juego segura.
17. Provisión de juguetes apropiados para la edad

1902.- Control del riesgo

02. Supervisa los factores de riesgo medioambientales.
03. Supervisa los factores de riesgo de la conducta personal.
12. Efectúa las vacunaciones apropiadas.

1801.- Conocimiento: seguridad infantil.

01. Descripción de actividades apropiadas para su nivel de desarrollo.

NIC (Intervenciones en enfermería):

6610.- Identificación de riesgos

- Determinar la presencia y calidad del apoyo familiar.
- Instaurar una valoración rutinaria de riesgo mediante instrumentos fiables y válidos.

6486.- Manejo ambiental: seguridad

- Identificar las necesidades de seguridad, según la función física, cognoscitiva y el historia de conducta del paciente.
- Eliminar los factores de peligro del ambiente, cuando sea posible.
- Modificar el ambiente para minimizar los peligros y riesgos.

00016.- DETERIORO DE LA ELIMINACIÓN URINARIA

r/c:

- Multicausalidad

NOC (Resultados e indicadores de resultados):

0502.- Continencia urinaria

01. Reconoce la urgencia miccional.
03. Responde de forma adecuada a la urgencia.
04. Orina en un receptáculo apropiado.
05. Tiempo adecuado hasta alcanzar el inodoro entre la urgencia y la evacuación de orina.
16. Capaz de manejar la ropa de forma independiente.
17. Capaz de usar el inodoro de forma independiente.

0310.- Cuidados personales: uso del inodoro

01. Reconoce y responde a la repleción vesical.
03. Entra y sale del cuarto de baño.
04. Se quita la ropa.
05. Se coloca en el inodoro o en el orinal.
06. Va hacia la vejiga o el intestino.

NIC (Intervenciones en enfermería):

0610.- Cuidados de la incontinencia urinaria.

- Controlar periódicamente la eliminación urinaria, incluyendo la frecuencia, consistencia, olor, volumen y color.
- Limpiar la zona dérmica genital a intervalos regulares.
- Mostrar una respuesta positiva a cualquier disminución de los episodios de incontinencia.
- Limitar los líquidos durante dos o tres horas antes de irse a la cama, si procede.

0590.- Manejo de la eliminación urinaria

- Controlar periódicamente la eliminación urinaria, incluyendo la frecuencia, consistencia, olor, volumen y color.
- Ayudar al paciente con el desarrollo de la rutina de ir al aseo, si procede.

00014.- INCONTINENCIA FECAL

r/c:

- Diferencias relacionadas con la edad del desarrollo.

NOC (Resultados e indicadores de resultados):

0500.- Continencia intestinal

- 02. Mantiene el control de la eliminación de heces.
- 06. Tono esfinteriano adecuado para el control de la defecación.
- 11. Controla el aparato intestinal de forma independiente.

1101.- Integridad tisular: piel y membranas mucosas

- 10. Ausencia de lesión tisular.
- 13. Piel intacta.

0310.- Cuidados personales: uso del inodoro

- 01. Reconoce y responde a la repleción vesical.
- 03. Entra y sale del cuarto de baño.
- 04. Se quita la ropa.
- 05. Se coloca en el inodoro o en el orinal.
- 06. Va hacia la vejiga o el intestino.

NIC (Intervenciones en enfermería):

0410.- Cuidados de la incontinencia intestinal

- Determinar los objetivos del programa de manejo intestinal con la familia.
- Llevar a cabo un programa de entrenamiento intestinal, si procede.

00122.- TRASTORNO DE LA PERCEPCIÓN SENSORIAL

r/c:

- Alteración de la percepción sensorial.
- Alteración de la recepción, transmisión o integración sensorial.

NOC (Resultados e indicadores de resultados):

0902.- Capacidad de comunicación

02. Utiliza el lenguaje hablado.
03. Utiliza dibujos e ilustraciones.
05. Utiliza lenguaje no verbal.
06. Reconoce los mensajes recibidos.

0903.- Comunicación: capacidad expresiva.

02. Utiliza el lenguaje hablado: vocal.
04. Utiliza la conversación con claridad.
05. Utiliza dibujos e ilustraciones.
07. Utiliza el lenguaje no verbal.
08. Dirige los mensajes de forma apropiada.

0904.- Comunicación: capacidad receptiva.

02. Interpretación del lenguaje hablado.
03. Interpretación de dibujos e ilustraciones.
05. Interpretación del lenguaje no verbal.
06. Reconocimiento de mensajes recibidos.

NIC (Intervenciones en enfermería):

4976.- Fomento de la comunicación: déficit del habla.

- Dar una orden simple cada vez, si es el caso.
- Escuchar con atención.
- Utilizar palabras simples y frases cortas, si procede.
- Utilizar cartones con dibujos, si es preciso

4974.- Fomento de la comunicación: déficit auditivo

- Facilitar cita para el examen de la agudeza auditiva, si procede.
- Facilitar el uso de dispositivos que mejoren la audición.
- Dar órdenes sencillas, de una en una.

4978.- Fomento de la comunicación: déficit visual

- Identificarse al entrar en el espacio del paciente.

- Remitir al paciente con problemas visuales a centros apropiados.
- Describir el ambiente.

6480.- Manejo ambiental

- Crear un ambiente seguro para el paciente.
- Identificar las necesidades de seguridad del paciente, según la función física, cognoscitiva y el historial de conducta.
- Eliminar los factores de peligro del ambiente.

DESARROLLO (En persona cuidadora y familia del niño o la niña con discapacidad sensorial)

00078.- MANEJO INEFECTIVO DEL RÉGIMEN TERAPÉUTICO.

r/c

- Complejidad del régimen terapéutico.
- Complejidad del sistema del cuidado de salud.
- Conflicto de decisiones.
- Demanda excesiva sobre un individuo o familia.

NOC (Resultados e indicadores de resultados):

1601.- Conducta de cumplimiento

- 03. Comunica seguir la pauta prescrita.
- 06. Modifica la pauta orientada por el profesional sanitario.
- 09. Busca ayuda externa para ejecutar la conducta sanitaria.

1606.- Participación: decisiones sobre la asistencia sanitaria

- 01. Reivindica la responsabilidad de tomar decisiones.
- 10. Identifica apoyo disponible para conseguir los resultados deseados.
- 11. Busca servicios para cumplir con los resultados deseados.

1813.- Conocimiento: régimen terapéutico.

- 01. Descripción de la justificación del régimen terapéutico.
- 09. Descripción de los procedimientos prescritos.
- 12. Ejecución del procedimiento terapéutico.

NIC (Intervenciones en enfermería):

5240.- Asesoramiento

- Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.
- Establecer metas.
- Proporcionar información objetiva, según sea necesario y si procede.

5230.- Aumentar el afrontamiento

- Valorar la comprensión del cuidador del proceso de enfermedad.
- Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
- Evaluar la capacidad del cuidador para tomar decisiones.
- Favorecer las relaciones con personas que tengan intereses y objetivos comunes.

5520.- Facilitar el aprendizaje

- Proporcionar información adecuada al nivel de desarrollo.
- Proporcionar materiales educativos para ilustrar la información importante y/o compleja.

00146.- ANSIEDAD

r/c:

- Amenaza de cambio en el rol.
- Conflicto inconsciente sobre valores y objetivos prioritarios en la vida.
- Crisis personal o situacional, o bien, alto grado de estrés.

NOC (Resultados e indicadores de resultados):

1402.- Control de la ansiedad

- 07. Utiliza estrategias de superación efectivas.
- 04. Busca información para reducir la ansiedad.

1302.- Superación de problemas

- 05. Verbaliza aceptación de la situación.
- 06. Busca información sobre la enfermedad y su tratamiento.

NIC (Intervenciones en enfermería):

5820.- Disminución de la ansiedad

- Utilizar un enfoque sereno que de seguridad.
- Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
- Escuchar con atención.

5340.- Presencia

- Reafirmar y ayudar a los padres en su papel de apoyo de su niño.
- Mostrar una actitud de aceptación.
- Establecer una consideración de confianza y positiva.

5230.- Aumentar el afrontamiento

- Valorar la comprensión del cuidador del proceso de enfermedad.
- Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
- Evaluar la capacidad del cuidador para tomar decisiones.
- Favorecer las relaciones con personas que tengan intereses y objetivos comunes.

00126.- CONOCIMIENTOS DEFICIENTES

r/c:

- Falta de información.
- Mala interpretación de la información.
- Falta de interés en el aprendizaje.
- Poca familiaridad con los recursos para obtener la información.

NOC (Resultados e indicadores de resultados):

1811.- Conocimiento actividad prescrita

- 01. Conocimiento de la actividad prescrita.
- 03. Descripción de los efectos esperados de la actividad.
- 07. Descripción de la estrategia para el incremento gradual de la actividad.

1801.- Conocimiento: seguridad infantil

- 01. Descripción de actividades apropiadas para el nivel de desarrollo del niño o la niña.
- 12. Descripción de métodos para prevenir caídas.
- 13. Descripción de métodos para prevenir accidentes en la zona de juegos.

NIC (Intervenciones en enfermería):

5568.- Educación paterna

- Determinar los conocimientos y la buena disposición y la habilidad de los padres para aprender los cuidados del bebé.
- Enseñar a los padres habilidades para cuidar al recién nacido.
- Mostrar como los padres pueden estimular el desarrollo del bebé.
- Observar las necesidades de aprendizaje de la familia.

5520.- Facilitar el aprendizaje

- Establecer metas realistas, objetivas con el cuidador.
- Ajustar la instrucción al nivel de conocimientos y comprensión del cuidador.
- Disponer la información de simple a compleja, conocida a desconocida o concreta a abstracta, si procede.
- Repetir la información importante.

00062.- RIESGO DEL CANSANCIO DEL ROL DEL CUIDADOR

r/c:

- Falta de descanso y distracción del cuidador.
- Curso imprevisible de la enfermedad o inestabilidad de la salud del receptor de los cuidados.
- Duración de la necesidad de cuidados.
- Cuidados numerosos y complejos.
- Falta de experiencia en brindar cuidados.
- Nacimiento prematuro o defecto congénito.
- Desempeño de roles que entren en conflicto.

NOC (Resultados e indicadores de resultados):

0003.- Descanso.

01. Tiempo del descanso.
03. Calidad del descanso.
04. Descansado físicamente.
05. Descansado mentalmente.

2203.- Alteración del estilo de vida del cuidador familiar.

03. Flexibilidad del rol comprometida.
05. Relaciones con otros miembros de la familia alteradas.
06. Interacciones sociales afectadas.
08. Actividades de ocio comprometidas.
09. Productividad laboral comprometida.

2208.- Factores estresantes del cuidador familiar

05. Alteración de la ejecución del rol habitual.
06. Alteración de las interacciones sociales.
08. Ausencia de apoyo del sistema sanitario percibido.
12. Cantidad de cuidados requeridos o descuidos.

2506.- Salud emocional del cuidador familiar

03. Autoestima.
06. Ausencia de culpa.
08. Ausencia de frustración.
15. Uso de fármacos psicotrópicos.

NIC (Intervenciones en enfermería):

7140.- Apoyo a la familia.

- Valorar la reacción emocional de la familia frente a la enfermedad del paciente.

- Escuchar las inquietudes, sentimientos y preguntas de la familia.
- Favorecer una relación de confianza con la familia.
- Ayudar a los miembros de la familia a identificar y resolver conflictos de valores.
- Proporcionar a la familia el conocimiento necesario acerca de las opciones que les pueden ayudar en la toma de decisiones sobre los cuidados del paciente.

7040.- Apoyo al cuidador principal.

- Determinar el nivel de conocimientos del cuidador.
- Controlar los problemas de interacción de la familia en relación con los cuidados del paciente.
- Enseñar al cuidador técnicas del manejo del estrés.
- Animar al cuidador a participar en grupos de apoyo.
- Informar al cuidador sobre recursos de cuidados sanitarios y comunitarios.

7200.- Fomento de la normalización familiar.

- Ayudar a la familia a que vea al menor afectado primero como a un niño o niña, en lugar de como a una persona enferma crónica o discapacitada.
- Fomentar la interacción con otros menores normales.
- Animar a los padres a que hagan parecer al niño o la niña lo más normal posible.
- Determinar la accesibilidad y la capacidad del niño o la niña para participar en actividades.

5568.- Educación paterna

- Observar las necesidades de aprendizaje de la familia.
- Enseñar a los padres habilidades para cuidar al recién nacido.
- Mostrar cómo los padres pueden estimular el desarrollo del bebé.

00074.- AFRONTAMIENTO FAMILIAR COMPROMETIDO.

r/c:

- La persona responsable del cuidado está temporalmente preocupada por conflictos emocionales y es incapaz de percibir o actuar de forma efectiva respecto a las necesidades de la persona.
- La persona responsable del cuidado tiene comprensión o información inadecuada.
- Desorganización familiar y cambio temporal de roles.
- El cuidador o cuidadora brinda poco soporte a la persona de referencia.

NOC (Resultados e indicadores de resultados):

2600.- Superación de problemas de la familia.

- 03. Afronta los problemas.
- 06. Implica a los miembros de la familia en la toma de decisiones.
- 11. Establece prioridades.
- 12. Establece programas para las rutinas y actividades familiares.

2604.- Normalización de la familia.

03. Mantiene las rutinas habituales.

05. Adapta el programa para satisfacer las necesidades de los individuos afectados.

11. Mantiene las expectativas habituales de los padres para el menor afectado.

15. Utiliza recursos, incluyendo grupos de apoyo, cuando es necesario.

NIC (Intervenciones en enfermería):

5230.- Aumentar el afrontamiento

- Alentar al cuidador o cuidadora a encontrar una descripción realista del cambio de papel.
- Ayudar al cuidador o cuidadora a desarrollar una valoración objetiva del acontecimiento.
- Favorecer las relaciones con personas que tengan intereses y objetivos comunes.

7110.- Fomento de la implicación familiar

- Identificar la capacidad de los miembros de la familia para implicarse en el cuidado del paciente.
- Apreciar los recursos físicos, emocionales y educativos del cuidador principal.
- Identificar la comprensión e ideas de los miembros de la familia acerca de las situaciones.
- Reconocer los síntomas físicos de estrés de los miembros de la familia.

DESARROLLO DEL JUEGO SIMBÓLICO

Resumen del desarrollo del juego simbólico

Westby, C.E. (1991). A scale for Assessing children's pretend play. In C.E. Schaefer, K. Gitlin & A. Sandgrund (Eds.), *Play diagnosis and assessment*. New York: Wiley (Traducción y adaptación: E. Ijalba)

EDAD	HERRAMIENTAS	TEMAS	ORGANIZACIÓN	ROLES	FUNCIÓN DEL LENGUAJE
18 meses	Utiliza solo un objeto a la vez de forma real	Actividades familiares en los que es participante activo (comer, dormir)	Representa acciones aisladas, cortas.	Representaciones auto-simbólicas (pretende comer solo con comida imaginaria)	Para mantener juguetes, buscar ayuda (“carro” “mío” “ayuda”)
22 meses	Utiliza dos objetos de forma real	Actividades familiares que otros hacen (cocinar, leer)	Combina dos juguetes relacionados y acción en dos personas (cuchara y plato: da de comer a mamá y a la muñeca)	Actúa sobre la muñeca y sobre otros (da de comer a la muñeca y a los que le cuidan)	Ocasionalmente comenta sobre los juguetes o sus acciones
24 meses	Utiliza varios objetos de forma real		Combinaciones de multi-esquemas (mete muñeca en la bañera, le pone jabón, la saca y la seca)		Habla brevemente a la muñeca: describe acciones de la muñeca (bebe duerme)
30 meses		Experiencias menos frecuentes o algo traumáticas (ir de compras, visita al doctor)		Emergen algunas acciones de la muñeca (la muñeca llora)	Habla más frecuentemente con la muñeca, comenta sobre sus acciones
3 años		Acciones observadas pero no de la experiencia personal (policía, bombero)	Secuencias de eventos y sus multi-esquemas (prepara comida, pone la mesa, come, limpia la mesa, lava los platos)	Habla con la muñeca en respuesta a sus acciones (“no llores ahora” “te doy una galletita”)	Comenta sobre lo que ha hecho y lo que puede hacer después (“bebe comió galleta” “voy a lavar los platos”)

EDAD	HERRAMIENTAS	TEMAS	ORGANIZACIÓN	ROLES	FUNCIÓN DEL LENGUAJE
3 años 1/2	Figuras miniatura y sustitución de objetos			Atribuye emociones y deseos a los muñecos, roles recíprocos (la muñeca es compañera)	Dialogo con los muñecos incluye marcadores metalingüísticos ("el dijo"); comenta emociones
4 años	Herramientas imaginarias (lenguaje y gestos ayudan a elaborar la escena)	Temas de fantasía conocidos (Batman, Cenicienta, etc.)	Situaciones de juego planificado (decide jugar al cumpleaños y reúne todo lo necesario)	La niña o la muñeca tienen roles múltiples (mamá, esposa, doctor, bombero, esposo, papá)	Usa lenguaje para planificar y narrar la historia
6 años	El lenguaje y los gestos llevan el juego adelante sin la necesidad de objetos	Crea caracteres originales y fantásticos y situaciones elaboradas o historias	Secuencias múltiples y planificadas para sí y otros compañeros	Más de un rol por muñeco (mama, esposa, doctor ...)	Planificación más elaborada, historias más elaboradas

APGAR FAMILIAR

Nombre

Fecha

Unidad/Centro

Nº Historia

PERCEPCIÓN DE LA FUNCIÓN FAMILIAR-CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR

Población diana: Población general. Se trata de un cuestionario que puede ser autoadministrado o heteroadministrado y que consta de 5 ítems tipo likert para valorar la percepción de la persona sobre la función familiar. Los puntos de corte son los siguientes:

- Normofuncional: 7-10 puntos
- Disfuncional leve: 3-6 puntos
- Disfuncional grave: 0-2 puntos

Versión heteroadministrada: leer las preguntas del cuestionario y señalar la respuesta del paciente.

Versión autoadministrarada: Recortar por la línea de puntos y entregar al paciente para su cumplimentación.

Nombre

Fecha

Unidad/Centro

Nº Historia

CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR

Instrucciones: por favor, rodee con un círculo la respuesta que mejor se ajuste a su situación personal

	CASI NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE
1. ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?	0	1	2
2. ¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?	0	1	2
3. ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?	0	1	2
4. ¿Está satisfecho con el tiempo que usted y su familia pasan juntos?	0	1	2
5. ¿Siente que su familia le quiere?	0	1	2
Puntuación Total			

Bibliografía: Smilkstein G. the family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. J.Fam Pract 1978;6: 123-29. Bellón JA, Delgado A, Luna JD, Lardelli P. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. Aten Primaria 1996; 18(6):289-295. Cuestionarios, tests e índices para la valoración del paciente. Edita: Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

SEÑALES DE ALARMA EN NIÑOS CIEGOS

- Excesiva irritabilidad o pasividad.
- No presenta clara diferenciación hacia su madre a partir de los 4-5 meses.
- No se acomoda en los brazos.
- No manifiesta reacciones de seriedad, temor o extrañeza ante desconocidos.
- Permanece continuamente aferrado a su madre y no puede tolerar separaciones.
- Excesivas muestras de miedo o de temeridad.
- No hace intentos para interactuar, relacionarse y comunicarse.
- No muestra interés en explorar.
- Manipula mecánicamente sin intencionalidad.
- Dominio de los esquemas de exploración oral a partir de los 14/16 meses.
- Deambula sin objetivo.
- Tendencia al aislamiento y/o auto estimulación.
- Rechazo al contacto.
- Indiferencia ante la frustración.
- Falta de conciencia de peligro.
- Comportamiento general estereotipado.

Lafuente, M. A. (coord.) (2000). Atención temprana a niños con ceguera o deficiencia visual. Colección Guías. Madrid: O.N.C.E..

PRINCIPALES ÁREAS DE EVALUACIÓN EN MENORES CON DÉFICIT VISUAL O CEGUERA DE 0 A 6 AÑOS

NIVEL	ÁREA
0 a 3 años	Desarrollo global. Funcionamiento visual desde el punto de vista del desarrollo. Relación afectiva paterno-filial de establecimiento de los primeros vínculos. Situación emocional de los padres. Características espaciales y estimulantes del contexto familiar. Comunicación con los elementos del entorno. Señales de alarma.
3 a 6 años	Funcionamiento visual. Percepción táctil. Esquema corporal y organización espacial. Atención. Conceptos básicos y prerrequisitos para los aprendizajes de la lectoescritura. Juego simbólico y capacidad de representación. Lenguaje. Autonomía personal y hábitos de autoayuda. Conducta social. Relación familiar.

Checa Benito, Francisco Javier (1999). "La evaluación Psicopedagógica.", páginas 193 a 289. En Martínez Liébana, I. (coord.) (1999). Aspectos evolutivos y educativos de la deficiencia visual". Volumen I. Madrid. O.N.C.E.

ALGUNOS INSTRUMENTOS DE USO MÁS FRECUENTE PARA LA VALORACIÓN EN NIÑOS CON DÉFICIT VISUAL O CEGUERA

ENTREVISTA	RESUMEN DE LA H CLÍNICA MÉDICA
<p>Otros informes</p> <p>(0-2) - Sheridan (0/3-oo) - Barraga (0/3-oo) - Reg. Ob. Competencia Vis. (COVI) (4-7) - Frostig (0?-4) - VAP-CAP (2-oo) - Farnsworth (4-oo) - T.D.T. (...) - Programa Mangold - Reconocimiento objetos usuales - Texturas - Localización, discrim., identificac.</p>	<p>DATOS EVOLUTIVOS FUNCIONAMIENTO SENSORIAL <i>Visual:</i> (cerca-lejos). • Conductas visuales. • Funcionamiento visual. • Percepc. visual. • Desarrollo visual <i>Táctil:</i> • Discrim. táctil Braille. • Discrim. y aprendizaje letras. Auditivo: • Oído.</p>
<p>(3-12) - Registros del nivel por ciclos. (3-12) - Registro/Cuestionario. (0-2) - Leonhardt. (0-2'6) - Brunet-Lezine. (3m-5a) - Reynell Zinkin (6-16) - BLAT. (4-6'6) - WPPSI (5-15) - WISC (3/5-15) - Williams (2-7) - Valett (2°Pre.) - MaV.Cruz. Prueba de Diag.Prees. (4-6) - BADICBALE (2'4-10) - ITPA (4-7) - Boehm</p>	<p>APTITUDES Y RENDIMIENTOS • Competencia curricular. • Estilo de aprendizaje. • Escalas de desarrollo. • Mental y psicomotricidad.</p> <p>- Inteligencia general. Nivel mental. - Atención. - Memoria. - Lenguaje (Expr.-compr/oral-escrito/tinta-Braille)</p> <p>• Otros: conceptos básicos, cálculo...</p>
<p>(2-5) - Examen psicomotor 1a infancia. (6-11) - Examen psicomotor 2a infancia. (6-14) - Kwint (Motricidad facial) (5-7) - Kephart (Esq. corporal y entorno)</p>	<p>PSICOMOTRICIDAD - Control respiratorio - Tono muscular. - Motricidad (gruesa, fina, facial...) - Fuerza postural, equilibrio, coordinación dinámica - Lateralidad. Esquema corporal. Conocim. y orient.espacial. Estructuración temporal.</p>

ENTREVISTA		RESUMEN DE LA H CLÍNICA MÉDICA
(-00)	- ÑAS	PERSONALIDAD. Breve resumen de aspectos como: autoconcepto o desadaptación personal, escolar y social, conductas desadaptativas (estereotipias, fobias y temores, ansiedad...) valores e intereses...
(0-10) (3-6)- (4-00)	- HOME. - ECERS - Sociograma.	CONTEXTOS - familia. - escuela.

Checa Benito, F. (1999) "La evaluación Psicopedagógica.", páginas 193 a 289. En Martínez Liébana, I. (coord.) Aspectos evolutivos y educativos de la deficiencia visual". Volumen I. Madrid. O.N.C.E.

PROTOCOLO PARA LA EVALUACIÓN FUNCIONAL DE LA AUDICIÓN Y DEL LENGUAJE

Evaluación funcional de la audición

	Audífonos		Distancia	
	Con	Sin	Cerca	Lejos
Detección				
Presencia / ausencia de sonido				
Direccionalidad de la fuente sonora				
Reacción ante sonidos inesperados				
Reacción ante sonidos esperados				
Discriminación del sonido	Con	Sin	Cerca	Lejos
Discrimina sonidos de la naturaleza, del medio, del cuerpo humano				
Discrimina sonidos según distintas variables:				
Intensidad: fuerte / débil				
Duración: corto/ largo				
Timbre: igual / diferente				
Altura: agudo / grave				
Discriminación del lenguaje	Con	Sin	Cerca	Lejos
Discrimina sonidos onomatopéyicos				
Discrimina fonemas y sílabas				
Discrimina palabras				
Discrimina oraciones simples				

	Audífonos		Distancia	
	Con	Sin	Cerca	Lejos
Identificación				
2 o más sonidos musicales				
2 o más palabras bisílabas				
de una lista de palabras (abierta/cerrada)				
palabras derivadas				
por centros de interés				
Reconocimiento				
Acciones				
Sustantivos				
Cualidades				
Frases				
Comprensión				
Discrimina sonidos de la naturaleza, del medio, del cuerpo humano				

Evaluación de los aspectos comunicativos

Disposición Comunicativa	
<input type="checkbox"/> Contacto ocular <input type="checkbox"/> Atención conjunta <input type="checkbox"/> Reacción selectiva a ciertos estímulos <input type="checkbox"/> Capacidad para compartir ciertos juegos <input type="checkbox"/> Gestos de designación <input type="checkbox"/> Capacidad de imitar	
Características de la expresión	Modalidad <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Gestual Otros...
	Nivel de simbolización
	Nivel de expresión lingüística (diálogo, narración...)

Evaluación de los aspectos lingüísticos

Sistema lingüístico oral	<p><i>Comprensión:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Nivel de vocabulario - Comprensión de: <ul style="list-style-type: none"> - Preguntas - Ordenes - Frases simples y complejas - Términos abstractos - Frases de doble sentido, adivinanzas, chistes, etc.
	<p><i>Respiración:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -Tipo: clavicular, diafragmático-abdominal, torácica. Mientras habla y en reposo - Coordinación fonorespiratoria - Dominio del soplo: fuerza, dirección y control - Capacidad respiratoria
	<p><i>Órganos fonoarticulatorios:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Características anatómicas - Funcionalidad
	<p><i>Elementos suprasegmentales del habla:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Registro vocal: hipotónico – hipertónico - Intensidad: Débil, apagada, fuerte y regular - Timbre: aspereza de la voz, escape de aire, voz forzada - Resonancia: Hipernasalidad – Desnasalidad - Acento: de las palabras, grupos de palabras, existente o no - Entonación: Expresiva, siempre ascendente, ausente - Tensión: Valoración postural, usos inadecuados en fonación, comportamiento de esfuerzo - Velocidad del habla
	<p><i>Fonética y fonología:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Valoración de lenguaje imitado y espontáneo - Fonemas que posee. Distorsiones. - Procesos fonológicos a los que tiende. Errores de articulación. - Ritmo. - Inteligibilidad del habla.
	<p><i>Desarrollo morfosintáctico:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Palabra frase - Dos palabras - Frases simples y complejas - Estructura gramatical
	<p><i>Desarrollo semántico:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Nivel de Vocabulario - Uso de términos abstractos
	<p><i>Pragmática:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Coherencia entre intención comunicativa y lenguaje - Adecuación a situación y contexto - Eficacia del mensaje - Habilidad para organizar el discurso y mantener una conversación - Habilidades metalingüísticas y metacognitivas

Evaluación de los aspectos lingüísticos

Sistema lingüístico signado	<i>Comprensión:</i> <ul style="list-style-type: none">- Nivel de vocabulario- Comprensión de:<ul style="list-style-type: none">- Preguntas- Ordenes- Frases simples y complejas- Términos abstractos- Frases de doble sentido, adivinanzas, chistes, etc.
	<input type="checkbox"/> Nivel querológico <input type="checkbox"/> Nivel léxico <input type="checkbox"/> Nivel morfosintáctico <input type="checkbox"/> Nivel pragmático

ALTERACIONES EN EL NIÑO SORDO QUE PUEDEN IR ASOCIADAS A LA PRESENCIA DE UN TRASTORNO ESPECÍFICO PARA EL DESARROLLO DEL LENGUAJE (TEDL/DISFASIA)

- Comportamiento desigual ante el sonido. Audiometrías poco coincidentes.
- Abundan entre ellos las audiometrías en “U”, con peores resultados en las frecuencias conversacionales y recuperación en frecuencias agudas.
- Discriminación auditiva torpe en relación con los datos ofrecidos en las audiometrías tonales.
- Timbre de voz claro que denota más audición que la señalada en sus audiometrías.
- En ocasiones, falta de reacción de alarma ante sonidos bruscos e intensos, o reacciona de forma lenta, con mayor latencia de respuesta..
- Lentitud en sus respuestas. Necesita más tiempo para responder. Necesita más tiempo de presentación del estímulo sonoro y visual.
- Imitación torpe de sonidos. Proceso de desmutización arduo.
- Confusiones y sustituciones al pronunciar. Inversión de sílabas y fonemas, metátesis (Ej. Topa o pota por pato). Deformación de términos.
- Omisión o mal uso de los morfemas gramaticales. Estructura de su expresión especialmente incorrecta.
- Labiolectura poco eficaz.
- Memoria verbal afectada, olvida, no evoca o tarda en hacerlo.
- Comprensión lectora inferior.
- Inversiones en grafía.
- Secuenciación temporal torpe.
- Dificultades de atención.
- En algunos, casos, dificultad para aprender la lengua de signos.
- Los niños implantados precozmente con dificultades de este tipo muestran un proceso más lento.

Villalba Pérez. A. (2003) Intervención habilitadora. Evaluación del lenguaje del niño con discapacidad auditiva en *Manual Básico de Formación Especializada sobre Discapacidad Auditiva*. FIAPAS.

PRUEBAS ESTANDARIZADAS PARA LA VALORACIÓN DEL NIVEL DE COMPETENCIA PSICOLINGÜÍSTICA

ÁREAS DE VALORACIÓN PSICOLINGÜÍSTICA	PRUEBAS
Examen Articulario	<ul style="list-style-type: none"> - Registro Fonológico Inducido, Monfort y Juarez - PAF Prueba de Articulación de Fonemas - Prueba desarrollo fonológico de Bosch - ELA Examen logopédico de articulación
Morfología, sintaxis, semántica, pragmática	<ul style="list-style-type: none"> - BLOC, Bateria de lenguaje objetiva y criterial - CEG, Comprensión de enunciados gramaticales - BOSTON Prueba denominación de dibujos - CPVT Test vocabulario en modalidad signada. - CREVT Test vocabulario expresivo y receptivo.
Morfosintaxis	<ul style="list-style-type: none"> - TSA de Aguado.
Detección de los sonidos del habla	<ul style="list-style-type: none"> - Prueba de Ling
Compresión Auditiva y visual	<ul style="list-style-type: none"> - ITPA Test Aptitudes Psicolingüísticas de Illinois - ELCE Exploración lenguaje comprensivo y expresivo
Forma, contenido y uso	<ul style="list-style-type: none"> - PLON Prueba Lenguaje Oral de Navarra
Comprensión verbal	<ul style="list-style-type: none"> - BOHEM Test de conceptos básicos - PEABODY Test de vocabulario en imágenes
Discriminación auditiva	<ul style="list-style-type: none"> - EDAF Evaluación discriminación auditiva y fonológica
General del lenguaje Procesos lectoescritores	<ul style="list-style-type: none"> - REYNELL escala de desarrollo lingüístico - TALE Lectura y escritura - PROLEC 1ª - PROESC de escritura - Escala Magallanes de lectura y escritura EMLE-TALE
Habilidades cognitivas y psicomotricidad	<ul style="list-style-type: none"> - Escala McCarthy de aptitudes y psicomotricidad para niños - Escala Leiter Revisada - Escala de Inteligencia para preescolar y primaria WPPISI - Escalas de Inteligencia de Weschler para niños - Matrices progresivas de Raven. Escala en color
Escalas e inventarios de desarrollo	<ul style="list-style-type: none"> - Escalas Bayley de Desarrollo Infantil - Escala de desarrollo psicomotor de la primera infancia Brunet-Lezine Revisada - Inventario de desarrollo Batelle

GUIÓN DE VIDEOANÁLISIS

- **Breve descripción:** Es una técnica de observación sistemática de imágenes grabadas con el fin de analizarlas con un propósito concreto. Se recomienda el análisis de secuencias grabadas no superiores a cuatro minutos.
- **Esquema de observación (se ve la secuencia por lo menos 5 veces) prestando atención a un aspecto diferente cada vez:**
 - o La secuencia en su conjunto.
 - o Lo que hace y dice la persona con sordoceguera.
 - o Lo que hace y dice el compañero (interlocutor).
 - o La secuencia en su conjunto.
 - o Visualizar los aspectos que se hayan determinado como significativos (tanto de la persona con sordoceguera como del compañero interlocutor) a cámara lenta, tantas veces como sea necesario.
- **El propósito de nuestra observación**
 - o Reconocer elementos comunicativos relevantes.
- **Guión de observación:**
 - o Respecto a la persona con sordoceguera:
 - Tipo de relación con el compañero.
 - * Describe si hay: armonía, reciprocidad, exploración, regulación de proximidad y distancia.
 - * Comenta si hay: atención compartida, imitación, toma de turnos.
 - o Respecto al interlocutor (compañero):
 - ¿Qué aspecto destacarías de la actitud del compañero: iniciativa, actitud de escucha, ritmo, etc.?
 - o Respecto a la actividad compartida:
 - Comenta lo que observas en la actividad: variaciones sobre la actividad, orden, etc.

GUIÓN DE GRABACIÓN EN VIDEO PARA LA VALORACIÓN DE NIÑOS

El video debe ser de una hora aproximada de duración y constará de dos partes:

1.1.2. Parte A: (30 m.) En la casa

- El niño o la niña en una actividad diaria, por ejemplo la comida.
- Salida al exterior, desde la propuesta de salida hasta el paseo en sí.
- El niño interactuando con su madre, su padre y con otro menor hermano, primo, etc. en situación de juego libre y/o estructurado.

Es importante que se pueda observar la transición entre actividades, así por ejemplo en vez de grabar todo el tiempo de almuerzo se puede cortar en la parte central y grabar lo que sucede cuando el niño ha terminado de comer.

1.1.1. Parte B: (30 m.) En situación escolar y/o tratamiento ambulatorio

Las situaciones que se pueden dar son múltiples dependiendo de que el niño esté o no escolarizado y el tipo de programa educativo en el que esté integrado. A continuación se presentan distintas posibilidades:

- En clase.
- Con el profesor de apoyo.
- Con el logopeda o responsable del desarrollo de la comunicación y del lenguaje.
- En el aula con el profesor titular de la misma y el profesor de apoyo actuando de facilitador.
- En el recreo jugando e interactuando con otros compañeros en situación natural, sin provocación.
- Con el terapeuta (estimulador, logopeda, psicomotricista, etc.).
- Con el terapeuta en el domicilio.
- Cualquier situación de enseñanza-aprendizaje.

GUIÓN DE GRABACIÓN EN VIDEO
UNIDAD TÉCNICA DE SORDOCEGUERA
O.N.C.E.

PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN AUDITIVA

1. Detección

- Prestar una mayor atención al mundo sonoro.
- Determinar la presencia-ausencia de sonido.
- Establecer relaciones causa-efecto (que el niño responda con una acción ante la presencia de un estímulo sonoro).
- Detectar la fuente sonora y orientar espacialmente el sonido.
- Detección de los sonidos del habla.

2. Discriminación (Distinguir si dos sonidos son iguales o diferentes).

- Discriminar progresivamente distintos parámetros: duración, intensidad, frecuencia y timbre. Ejercicios realizados con instrumentos musicales y voz.
- Discriminación de onomatopeyas, sílabas, logotomas, frases y palabras.

3. Identificación (El niño o la niña debe escoger entre varias opciones)

- Identificación de sonidos del ambiente.
- Identificación de onomatopeyas, sílabas.
- Identificación de palabras. Empezar por las que ya conoce previamente a través de lectura labial u otro sistema de comunicación aumentativo. Aumentar progresivamente la dificultad (palabras largas- cortas, con diferente número de sílabas, con igual nº de sílabas, pares fonológicos).
- Identificación de enunciados. Empezar por enunciados de 2 o 3 elementos cuyas palabras identifica el niño.

4. Reconocimiento

- Repetición de palabras o frases en contexto abierto. En un principio puede darse algún tipo de ayuda acerca del contenido.

5. Comprensión

- Realización de una orden con ayuda previa o pistas.
- Realización de una orden sin ayuda previa.
- Contestación a preguntas.
- Participación en conversaciones.

Una vez superadas estas etapas auditivas, pasar a situaciones que requieren mayor esfuerzo auditivo:

- Conversación con ruido de fondo.
- Conversación telefónica.
- Escuchar la televisión.
- Escuchar la radio.

INTERVENCIÓN EN ÁREA DE COMUNICACIÓN Y LENGUAJE

Intervención que integra las secuencias y etapas del desarrollo de la percepción del lenguaje oral y el desarrollo comunicativo; contribución del adulto y las rutinas de acción social/conjunta. Las etapas de desarrollo tal y como se presentan son generales y tan sólo sugerencias, no definitivas.

DESARROLLO ORAL	RUTINA DE INTERACCIÓN	CONTRIBUCIÓN DEL CUIDADOR	ESTÍMULO AUDITIVO
Etapas 1: Fonación/ Producción de sonidos reflejos (sonidos vegetativos)	<ul style="list-style-type: none"> . Cuidado . Alimentación/aseo . Rutinas de "balanceo" o de "buenas noches" 	<ul style="list-style-type: none"> . Interpretar las señales como señales con significado . Andamiaje lingüístico consecuente con la etapa . Habla emocional dirigida a los niños . Sensible a los cambios en la mirada 	<ul style="list-style-type: none"> . Ampliar "¿Quién tiene hambre?" "¿Estás bien?" "¿De quién es ese hipo?" "Ssss..., ¡a dormir!" (Entonación creciente)
Etapas 2: Producción de sonidos reactivos/susurros (sonidos vocálicos /k, g/)	<ul style="list-style-type: none"> . Cara a cara (orientación persona a persona) . Juegos de sorpresas y cosquillas . Poner caras . Estímulos visuales 	<ul style="list-style-type: none"> . Establecer la atención compartida . Animar el cambio de turno en los intercambios . Lenguaje dirigido a los niños . Información contextual en el lenguaje / atención 	<ul style="list-style-type: none"> . Ampliar, imitación contingente "Oh, ¡qué bonito!" "Las llaves de mamá" (Entonación, vocales acentuadas, incremento de la duración de las vocales en el sintagma)
Etapas 3: Exploración de los sonidos/producción activa de sonidos (pedorretas, chillidos, chasquidos, risa)	<ul style="list-style-type: none"> . Cucú... tras . ¡Qué grande! . Tilín, tilán (balanceo) . Brincar, tirar, dar patadas . Juegos con objetos 	<ul style="list-style-type: none"> . Establecer la atención conjunta . Complementar las vocalización con estímulos visuales, táctiles, propioceptivos y vestibulares . Interpretar la intención aparente . Incitar a la toma de turnos prolongada 	<ul style="list-style-type: none"> . Ampliar . Lenguaje asociado a las rutinas . Incremento de la acentuación, la duración de las vocales y las pausas dentro de la frase

<p>Etapa 4: Balbuceo canónico/ Producción activa de sonidos/ dadada,mamama/, variación /papi</p>	<ul style="list-style-type: none"> . Palmas-palmitas, juegos con los dedos . Rutinas sociales (hola, tirar un beso) . Cajas y juguetes sorpresa . Juegos con objetos, acciones. Juegos físicos, saltar 	<ul style="list-style-type: none"> . Dejarse llevar por el niño . Fomentar la atención conjunta, la toma de turnos, el balbuceo . Complementar las vocalizaciones con estímulos visuales táctiles, propioceptivos y vestibulares . Dar respuestas contingentes 'Fomentar el balbuceo 	<ul style="list-style-type: none"> . Ampliar . Lenguaje asociado a las rutinas . Variaciones en la acentuación y el ritmo "Adiós" "Se acabó", "No hay" "Pop, pop"(pompas) formas infantiles /pupa/
<p>Etapa 5: Producción comunicativa de sonidos Comunicación intencional prelingüística (peticiones, comentarios)</p>	<ul style="list-style-type: none"> . Lectura de libros . Canciones infantiles sencillas: "Pon gallinita pon" "Date, date, date" 	<ul style="list-style-type: none"> . Dejarse llevar por el niño . Nombrar los objetos de atención . Signos intencionales, no verbales .Lenguaje con el tono adecuado . Respuestas coherentes . Coordinación visual de comunicación -atención . Animar el aumento de la frecuencia de la comunicación 	<ul style="list-style-type: none"> . Ampliar "¡Mira! ¿Qué es?" Es un..." "¿Más? ¿Quieres más? ¿Otra vez? Esto es un..." (en respuesta al deíctico) . Ritmo, melodía
<p>Etapa 6: Primeras palabras Comunicación intencionada Primeros significados de las primeras palabras</p>	<p>"¿Qué es?"</p> <ul style="list-style-type: none"> . Unido al contexto . Orientación coordinada persona-objeto 	<ul style="list-style-type: none"> . Dejarse llevar por el niño . Contingencia semántica y contextual . Reelaborar las frases, ampliar las expresiones del niño 	<ul style="list-style-type: none"> . Ampliar "¡Uy, se ha caído!" "¡Se ha roto!" "¡Bien!" "¡No, no, no!"

Fuente: Luterman, David M. (2009) "El niño sordo ". Pag- 136-137. Madrid.CLAVE Caring for Hearing Impairment. Delegación Española

GRUPOS DE PERSONAS CON SORDOCEGUERA SEGÚN EL MOMENTO Y ORDEN DE APARICIÓN

PERSONAS CON SORDOCEGUERA CONGÉNITA

Personas que nacen con la visión y audición, seria o totalmente afectadas por causas de origen pre o perinatales o aquellos que quedan sordociegos a poco de nacer (causas postnatales).

Causas más frecuentes

- Causas prenatales
 - o Infecciones intrauterinas (Rubéola, Toxoplasmosis, Citomegalovirus, Sífilis, SIDA...)
 - o Hábitos maternos inapropiados (alcoholismo, drogadicción...)
 - o Fármacos
 - o Patologías maternas (Diabetes Mellitus Juvenil).
 - o Desordenes genéticos
- Causas perinatales:
 - o Traumatismos perinatales (fórceps, partos complicados, parálisis cerebral...)
 - o Prematuridad con complicaciones
 - o Hiperbilirrubemia
- Causas postnatales:
 - o Meningitis bacteriana complicada
 - o Traumatismos

Características

- Si no hay restos auditivos ni visuales viven en un mundo inconsistente, no saben lo que hay o sucede a su alrededor y es difícil que desarrollen comunicación si no hay intervención especializada.
- Con frecuencia presentan rituales auto estimulantes o problemas de comportamiento derivados en muchos casos de la privación estimular a la que están sometidos.
- Si hay resto visual funcionalmente útil pueden comunicarse de forma elemental mediante signos naturales.
- Si hay resto auditivo, dependiendo de la funcionalidad de este, pueden utilizar para comunicarse palabras aisladas o frases cortas.
- Si hay restos visuales y auditivos funcionalmente útiles pueden desarrollar lenguaje oral aunque necesitaran intervención especializada para desarrollar una lengua.
- Pueden llegar a utilizar tecnología de acceso a la información y comunicación con las adaptaciones tiflotécnicas necesarias si, educativamente se consigue el apropiado desarrollo del lenguaje.
- Los derivan para que sean atendidos desde el Programa de Atención Temprana o, dependiendo de la edad, se detectan en Centros de Educación Especial, en el domicilio familiar o en Centros Residenciales.

PERSONAS CON SORDOCEGUERA QUE NACIERON CON DEFICIENCIA AUDITIVA Y ADQUIEREN UNA PÉRDIDA DE VISIÓN DURANTE EL TRANSCURSO DE LA VIDA

Personas nacidas deficientes auditivas o adquirieron dicha deficiencia a poco de nacer, que por causas endógenas o exógenas adquieren una deficiencia visual.

Causas más frecuentes

- Síndrome de Usher tipo I. Se caracteriza por deficiencia auditiva neurosensorial bilateral profunda acompañada de una pérdida de visión progresiva debida a una retinosis pigmentaria.
- Otras enfermedades visuales asociadas a la deficiencia auditiva severa o profunda: Degeneración macular, Retinopatía diabética, Cataratas, Opacidad del cristalino, Glaucoma. Incremento de la presión intraocular, Desprendimiento de retina, generalmente asociado a traumatismos o frecuentes intervenciones quirúrgicas, etc.

Características

- Tanto a nivel expresivo como receptivo su sistema de comunicación principal es la lengua de signos.
- Tienen dificultades para comprender con detalle el lenguaje escrito.
- En la medida que su visión es afectada, pierden la posibilidad de apoyarse en el contexto y en la lectura labial para comprender el mensaje oral.
- Necesitan ser entrenados en la comprensión de la lengua de signos a través del tacto (mano sobre mano).
- Necesitan apoyo psicológico que les ayude a la aceptación de su nueva situación personal.
- Tienen graves problemas de acceso a la información por sus dificultades de comprensión del mensaje escrito.
- Dependiendo de que el resto de visión sea funcional o no, están muy limitados para acceder a la información hasta que consiguen dominar el sistema Braille o las ayudas ópticas necesarias y pueden utilizar los medios informáticos con las ayudas tiflotécnicas apropiadas.
- Se educan como personas sordas hasta que la pérdida de visión es detectada.

PERSONAS SORDOCIEGAS CON UNA DEFICIENCIA VISUAL CONGÉNITA Y UNA PÉRDIDA DE AUDICIÓN ADQUIRIDA DURANTE EL TRANSCURSO DE LA VIDA

Son aquellas personas ciegas o con problemas serios de visión que por causas endógenas o exógenas pierden total o parcialmente su audición.

Causas más frecuentes

- Enfermedades producidas por virus (Meningitis, Encefalitis, Sarampión, Paperas, Varicela, etc.).
- Diabetes.
- Tumores.
- Efectos acumulativos del ambiente: ruido, polución, especialmente la proximidad a plantas químicas y estrés acústico.
- Traumatismos.

- Factores genéticos.
- Pérdida de audición asociada al envejecimiento.

Características

- Se expresan en lenguaje oral.
- Para recibir el mensaje necesitan aprender sistemas de comunicación alternativos que se puedan percibir a través del tacto, fundamentalmente alfabéticos, siendo el sistema dactilológico el más adecuado.
- En general tienen dificultad para aprender sistemas de comunicación signados.
- Si existe resto auditivo, se resisten a utilizar el tacto como vía de comunicación aunque tengan serias dificultades para comprender los mensajes auditivamente.
- Necesitan apoyo psicológico que les ayude a la aceptación de su nueva situación personal.
- No tienen dificultad para la comprensión de textos escritos. En general conocen el sistema Braille y tienen menos problemas para acceder a la información a través de las herramientas informáticas y tiflotécnicas necesarias.
- Se educan como personas deficientes visuales hasta que la pérdida de audición es detectada.

PERSONAS NACIDAS SIN DEFICIENCIAS VISUALES NI AUDITIVAS Y QUE SUFREN UNA PÉRDIDA DE AUDICIÓN Y VISIÓN DURANTE EL TRANCURSO DE SU VIDA. SORDOCEGUERA ADQUIRIDA

El grupo incluye a las personas que quedan sordociegas en un momento de su vida:

- Las deficiencias sensoriales pueden aparecer o seguir una evolución paralela o aparecer de forma independiente sin que exista relación causal entre ellas
- También es posible que la causa de las deficiencias sensoriales sea un trastorno genético sin que la persona manifieste anteriormente, o sea consciente de ello, ninguna deficiencia sensorial.

Causas más frecuentes

- Síndrome de Usher Tipo II y III. Se caracterizan por deficiencia auditiva neurosensorial bilateral mediana de primer o segundo grado, estable en el caso de Tipo II y progresiva en el Tipo III, acompañadas de una pérdida de visión progresiva debida a una retinosis pigmentaria.
- Síndrome de Wólfram o DIMOAD (Diabetes Insípida, Diabetes Mellitus, Atrofia Óptica y sordera).
- Enfermedades que afectan a las vías auditiva y visual: víricas, diabetes, etc.
- Medicación ototóxica.
- Traumatismos.

Características

- Su comunicación expresiva es oral.
- Para recibir el mensaje necesitan aprender sistemas de comunicación alternativos que se puedan percibir a través del tacto, preferentemente alfabéticos, aunque también pueden aprender sistemas de comunicación signados. La escritura en palma es

en general el primer sistema recomendado y en un segundo momento el aprendizaje del dactilológico. En los casos en los que la diabetes forma parte de la causa es posible que el único sistema útil sea El Dedo como Lápiz.

- Si existe resto auditivo, se resisten a utilizar el tacto como vía de comunicación aunque tengan serias dificultades para comprender los mensajes auditivamente.
- Necesitan apoyo psicológico que les ayude a la aceptación de su nueva situación personal.
- Dependiendo de que el resto de visión sea funcional o no, están muy limitados para acceder a la información, hasta que consiguen dominar el sistema Braille o las ayudas ópticas necesarias y pueden utilizar los medios informáticos con las ayudas tiflotécnicas apropiadas.
- Se han educado, en general, en centros ordinarios.

AGRUPAMIENTOS SEGÚN EL NIVEL DE FUNCIONAMIENTO

Bajo nivel de funcionamiento

Agrupar a niños, jóvenes y adultos de quienes se estima que su comunicación quedará limitada a aspectos básicos por no alcanzar lo que Fravel llama “Motivación cognitiva”.

La intervención se concretará en objetivos y actividades encaminados a desarrollar una forma de comunicación generalmente signada tan estructurada como las características de la persona sordociega permita y un trabajo en habilidades básicas, con el objeto de que pueda conseguir una autonomía personal acorde a sus posibilidades.

Nivel medio de funcionamiento

Agrupar a niños, jóvenes y adultos capaces de interesarse por el mundo cognitivamente (por las cosas y personas), de generar estrategias más o menos elementales para la resolución de problemas, de llevar una vida semi-independientes y de imitar signos convencionales al menos ligados a necesidades primarias.

La intervención debe contemplar objetivos encaminados a desarrollar un sistema de comunicación, habilidades útiles en la vida diaria, habilidades sociales y estrategias que le permitan desarrollar una actividad laboral protegida cuando sus características lo permitan.

Es fundamental tener en cuenta la inclusión de las ayudas técnicas apropiadas en función de las características de la persona sordociega y las necesidades de cada nivel de programa.

Alto nivel de funcionamiento

Agrupar a personas sordociegas sin otro límite cognitivo que el derivado de la propia sordoceguera y que demuestran estrategias de resolución de problemas e intereses que nos hacen pensar en ellos como susceptibles de llevar una vida y enseñanza normalizada con las ayudas necesarias.

La intervención debe contemplar siempre la introducción de contenidos académicos y/o culturales.

Los programas contemplan siempre la inclusión de las ayudas técnicas y tiflotécnicas necesarias.

* “UNIDAD TÉCNICA DE SORDOCEGUERAONCE”

NIVELES DE INTERVENCIÓN PARA CONSEGUIR LA COMUNICACIÓN

1. Desarrollo de la interacción:

- 1.1. Parte de una relación positiva y de confianza.
- 1.2. Requiere una actitud analítica por parte del adulto de los elementos que intervienen en la misma y de las expresiones emocionales corporales emitidos por el niño o la niña.
- 1.3. Despierta el interés del menor en la participación con el otro.
- 1.4. Ordena la actividad diaria.
- 1.5. Desarrolla la comprensión de que sus acciones tienen efecto en las acciones de los demás.
- 1.6. Favorece las expresiones emocionales corporales referidas a su propia experiencia.
- 1.7. Le ayuda al niño o la niña a controlar el entorno, favoreciendo la comprensión y la anticipación de acontecimientos.
- 1.8. Es la base del desarrollo de la comunicación.

2. Desarrollo de la comunicación

- 2.1. Parte del conocimiento de la realidad a través de la exploración y experimentación, mediado por el interés por el mundo y la atención compartida.
- 2.2. Desarrolla la representación simbólica mediante la negociación de significados. El niño o la niña con sordoceguera hace un signo que representa un aspecto de un acontecimiento. (Una parte que para él representa el todo.)
 - 2.2.1. El interlocutor confirma que ha sido consciente del signo, (con frecuencia imitando este signo) y propone una interpretación.
 - 2.2.2. El interlocutor espera la aprobación o el rechazo de la interpretación propuesta.
 - 2.2.3. Si la interpretación que se propone es rechazada (lo que podemos deducir por la expresión del menor o por su comportamiento) el interlocutor debe intentar una nueva interpretación.
 - 2.2.4. Si esta nueva interpretación es aceptada (lo que vamos a deducir por la expresión del niño o por su comportamiento) el interlocutor y la persona sordocega comparten un significado nuevo que es instaurado en ese momento y se incluye en un vocabulario común para su uso en el entorno del menor.
- 2.3. Favorece el desarrollo de expresiones naturales.
- 2.4. Desarrolla la capacidad de imitación.
- 2.5. Desarrolla el diálogo conversacional (toma de turnos).

3. Desarrollo del lenguaje

- 3.1. Es interdependiente con la capacidad comunicativa y el desarrollo cognitivo.
- 3.2. Es un sistema de relación con los demás y herramienta que ordena el pensamiento.
- 3.3. Favorece el desarrollo de expresiones naturales y conceptos.
- 3.4. Regula la acción conjunta.
- 3.5. Conlleva la capacidad de hacer inferencias deductivas.
- 3.6. Favorece el paso a un lenguaje signado.
- 3.7. Motiva la relación social.
- 3.8. En un futuro prepara el paso al dactilológico y al lenguaje escrito, facilitando la participación en el proceso educativo.

*"UNIDAD TÉCNICA DE SORDOCEGUERA ONCE".

PRINCIPALES SISTEMAS DE COMUNICACIÓN ÚTILES PARA PERSONAS SORDOCIEGAS SIN RESTO FUNCIONAL DE AUDICIÓN

	COMUNICACIÓN	BAJO NIVEL	NIVEL MEDIO	ALTO NIVEL
Personas con sordoceguera congénita	Receptiva	Signos naturales Signos contextualizados	Lenguaje de Signos Lengua de Signos contextualizada	Lengua de Signos Dactilológico
	Expresiva	Signos Naturales Objetos de comunicación	Gestos Naturales Lenguaje Signado Tarjetas de Comunicación	Lengua de Signos Dactilológico
Personas sordociegas con deficiencia auditiva congénita y pérdida de visión adquirida	Receptiva	Signos Naturales Signos contextualizados	Lengua de Signos	Lengua de Signos Dactilológico
	Expresiva	Signos Naturales Objetos de comunicación	Lenguaje de Signos	Lengua de Signos Dactilológico
Personas sordociegas con deficiencia visual congénita y pérdida de audición adquirida	Receptiva	Signos Naturales Signos Naturales contextualizados	Dactilológico Lenguaje de signos contextualizado	Dactilológico Dactilológico combinado con signos
	Expresiva	Palabras aisladas	Lenguaje oral	Lengua oral
Personas con Sordoceguera Adquirida	Receptiva	Signos naturales Signos contextualizados	Dactilológico Lenguaje Signado	Escritura en palma Dactilológico Dactilológico combinado con signos
	Expresiva	Palabras aisladas Signos Naturales	Lenguaje Oral	Lengua oral

INFORME DE EVALUACIÓN PSICOPEDAGÓGICA Y DICTAMEN DE ESCOLARIZACIÓN

De la ORDEN de 19 de septiembre de 2002, por la que se regula la realización de la evaluación psicopedagógica y el dictamen de escolarización podemos extraer los apartados que al menos deberán contener ambos documentos.

En el artículo 6 se dice que el INFORME DE EVALUACIÓN PSICOPEDAGÓGICA contendrá, al menos, los apartados que se relacionan:

- a) Datos personales.
- b) Motivo de la evaluación psicopedagógica e historia escolar.
- c) Valoración global del caso. Tipo de necesidades educativas especiales.
- d) Orientaciones al profesorado para la organización de la respuesta educativa sobre los aspectos más relevantes a tener en cuenta en el proceso de enseñanza y aprendizaje, tanto en el ámbito del aula como en el del centro escolar.
- e) Orientaciones para el asesoramiento a los representantes legales sobre los aspectos más relevantes del contexto familiar y social que inciden en el desarrollo del alumno o alumna y en su proceso de aprendizaje. Se incluirán aquí sugerencias acerca de las posibilidades de cooperación de los representantes legales con el centro educativo.

De acuerdo a los resultados de la evaluación psicopedagógica el orientador u orientadora adoptará la decisión de elaborar el DICTAMEN DE ESCOLARIZACIÓN en el momento de la nueva escolarización.

De los artículos 7 y 8 de la Orden de 19 de septiembre de 2002 podemos extraer:

- La finalidad del dictamen es determinar la modalidad de escolarización que se considera adecuada para atender las necesidades educativas especiales del alumnado. En el decreto 147/2002 las modalidades contempladas son:
 - a) Grupo ordinario a tiempo completo.
 - b) Grupo ordinario con apoyos en periodos variables.
 - c) Aula de educación especial en centro ordinario.
 - d) Centro específico de educación especial.
- El dictamen de escolarización será elaborado por los Equipos de Orientación Educativa de zona.
- Será sujeto de Dictamen de Escolarización aquel alumno o alumna que presente necesidades educativas especiales por razón de discapacidad.
- El coordinador del EOE dará traslado del correspondiente dictamen al Servicio de Inspección Educativa. Una vez efectuada la escolarización, el Servicio de Inspección remitirá el Dictamen al centro educativo para su inclusión en el expediente.

- El dictamen de escolarización se revisará con carácter ordinario tras la conclusión de una etapa educativa y con carácter extraordinario cuando se produzca una variación significativa de la situación del alumno o alumna.
- La revisión con carácter extraordinario deberá estar motivada y se podrá hacer a petición de los representantes legales del alumno, del profesorado que le atiende o del Servicio de Inspección Educativa.

El Modelo del Dictamen de Escolarización según el anexo de la citada Orden deberá contener los siguientes apartados:

- I) Datos personales del alumno o alumna.
- II) Motivo por el que se realiza el dictamen.
- III) Valoración de las necesidades educativas especiales.
- IV) Valoración de la movilidad y de la autonomía personal.
- V) Propuesta de apoyos, ayudas y adaptaciones.
- VI) Propuesta de la modalidad de escolarización.
- VII) Opinión de los padres o representantes legales .

SISTEMAS DE APOYO AL CÓDIGO COMUNICATIVO

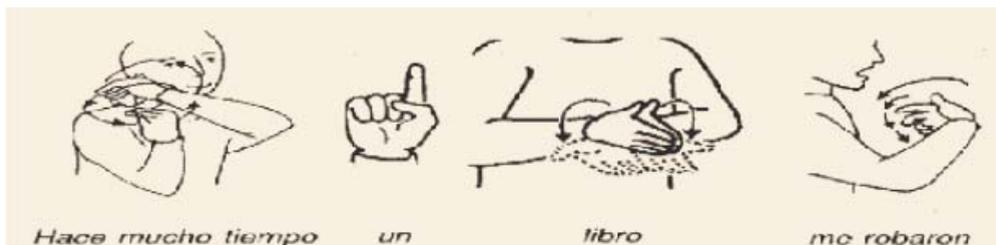
“Guía para la atención educativa a los alumnos y alumnas con discapacidad auditiva” (2003).
Consejería de Educación. Sevilla

o Lengua de Signos Española (LSE):

La lengua de signos española es una lengua que se expresa gestualmente, se percibe visualmente y se desarrolla con una organización espacial, tanto en su estructura como en sus reglas morfosintácticas.

Esta lengua ofrece una estructura lingüística completa y visual que se ajusta al modo de percibir de la persona sorda. Por esta razón permite un progreso rápido en la adquisición del lenguaje y la comunicación muy tempranamente. De este modo el conocimiento del mundo no tiene que acomodarse al ritmo de aprendizaje de la lengua oral, por lo general mucho más lento y limitado. “La LSE es una lengua totalmente distinta de la lengua castellana. Su empleo no va a aportar información sobre la lengua oral. Ésta deberá ser objeto de un proceso de aprendizaje paralelo. Pero el conocimiento de la LSE puede servir como base para el aprendizaje de la lengua oral” (MEC, 1995).

El aprendizaje de la LSE exige tiempo y dedicación para el oyente. Se trata de aprender a pensar en otra lengua y aprender a estructurar el pensamiento siguiendo reglas diferentes a las que habitualmente emplea el oyente. Con la LSE el lenguaje se ve, no se oye; y la información se transmite con el cuerpo, las manos y la cara.



o Comunicación Bimodal:

Consiste en el empleo simultáneo del habla y de los signos, tomados de la lengua de signos y de la dactilología. Une dos modalidades la oral-auditiva con la visual-gestual, es decir los mensajes se expresan al mismo en las dos modalidades pero el soporte sintáctico es el de la lengua oral. Por tanto, prescinde de la organización espacial de la LSE y sigue la organización temporal de la lengua oral. No obstante existen dos corrientes distintas en el empleo del sistema bimodal, una más preocupada por los aspectos formales, es decir, conseguir el mayor grado de visualización de todos y cada uno de los elementos de la lengua oral. La otra se interesa por la comprensión del mensaje, por lograr un sistema facilitador de la comunicación. Esta segunda concepción incorpora no sólo el vocabulario de la LSE, también sus mecanismos gramaticales relacionados con la organización espacial.

La comunicación bimodal es más fácil de utilizar por los oyentes porque se apoya en la lengua oral, de este modo el oyente se comunica en su propia lengua con sólo incorporar el vocabulario de signos. La asimilación por parte del niño o la niña sordos es mucho mejor ya que se ajusta a sus características perceptivas y garantiza así la comunicación desde el primer momento. No obstante tiene algunas limitaciones, entre otras, la necesidad de incrementar constantemente el vocabulario signado y la dificultad de simultanear la emisión verbal con la elaboración de los signos, lo que dificulta la fluidez o empobrece el lenguaje que tiende a simplificarse para ajustarse al ritmo de producción de la lengua oral.

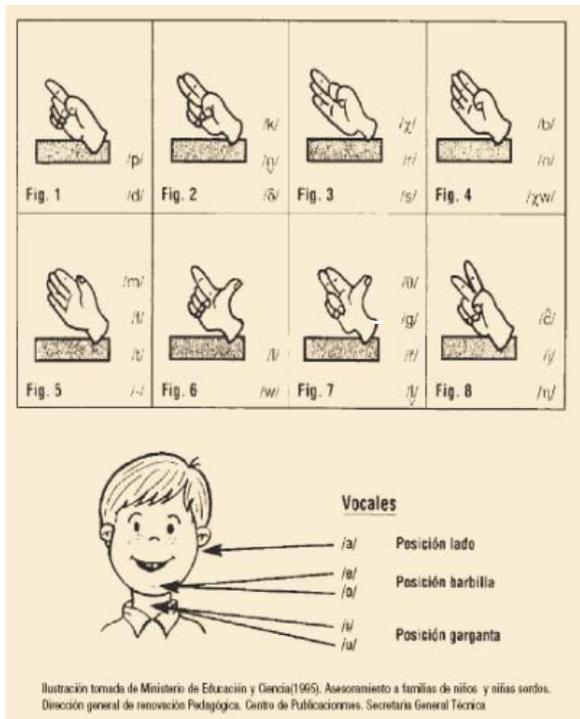


o Palabra Complementada:

Es un sistema de claves manuales que, junto con la lectura labiofacial, permite la visualización completa del código fonológico de la lengua oral.

La ilustración esquematiza las ocho configuraciones de la mano y su posición respecto al rostro que permiten discriminar todos y cada uno de los fonemas que se emiten.

La Palabra Complementada muestra al niño qué se está articulando. El aprendizaje de este sistema es rápido y sencillo aunque su automatización exige tiempo y práctica continuada. La Palabra Complementada no es un sistema de pro-ducción, sólo es un facilitador de la comprensión.



o Dactilología:

Es un alfabeto manual. Facilita la comprensión y expresión. Se usa sobre todo a la hora de “visualizar” partículas y nexos así como nombres propios.

SISTEMAS ALTERNATIVOS DE COMUNICACIÓN ADAPTADOS A LA SORDOCEGUERA ÚTILES EN LA INFANCIA

Sistemas no alfabéticos

Son sistemas que transmiten el significado de una palabra o de una idea completa a través de un signo. Permiten una transmisión más rápida de los mensajes que los sistemas alfabéticos. En general son apropiados para comunicar con las personas con sordoceguera que quedaron sordas antes de haber desarrollado lenguaje oral. La persona con sordoceguera necesita normalmente de la adaptación táctil colocando sus manos sobre las del interlocutor para recibir el mensaje.

- **Lenguaje de signos Naturales.** Suele ser la primera forma de abordar la comunicación con las personas con sordoceguera congénita. Combina signos relacionados con la forma y funcionalidad del objeto con otros propuestos por la propia persona con sordoceguera y con movimientos del cuerpo que describen la acción de forma natural.

- **Lengua de Signos.** Es el sistema de signos convencional utilizado por las personas sordas para comunicarse, adaptado al modo de percibir de la persona con sordoceguera (en su campo visual, cogiendo la muñeca del interlocutor, cogiendo sus manos).

- **Español signado.** Es un sistema bimodal que tiene como base la estructura de nuestra lengua oral y en él que sustituyen las palabras por signos tomados de la lengua de signos española. Se utiliza exclusivamente en el entorno educativo como soporte para el desarrollo de estructuras de lenguaje oral.

Sistemas Alfabéticos

Son aquellos que se basan en el deletreo del mensaje. Son, en general, útiles para comunicarse con personas que quedaron sordociegas después de haber desarrollado lenguaje oral. Sin embargo, se puede iniciar en edades tempranas, el sistema dactilológico como apoyo al lenguaje oral y escrito. En el Sistema Dactilológico (visual o en la palma de la mano, según el resto visual) cada letra se corresponde con una configuración de los dedos y de la mano y se va deletreando palabras de la lengua oral.

ALFABETO DACTILOLOGICO UNIVERSAL

