



**UNIVERSIDAD
OVIEDO**

MÁSTER EN INTERVENCIÓN E INVESTIGACIÓN SOCIOEDUCATIVA

**ANÁLISIS DE LAS PERSONAS CON
DISCAPACIDAD AUDITIVA DEL INSTITUTO
DE ATENCIÓN TEMPRANA Y
SEGUIMIENTO**

DIRECTORES:

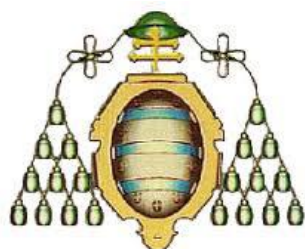
Dña. M^a Del Henar Pérez Herrero

D. Joaquín Lorenzo Burguera Condon

AUTORA:

Rocío Barrero Rodríguez

JULIO, 2014



**UNIVERSIDAD
OVIEDO**

MÁSTER EN INTERVENCIÓN E INVESTIGACIÓN SOCIOEDUCATIVA

**ANÁLISIS DE LAS PERSONAS CON
DISCAPACIDAD AUDITIVA DEL INSTITUTO
DE ATENCIÓN TEMPRANA Y
SEGUIMIENTO**

DIRECTORES:

Dña. M^a Del Henar Pérez Herrero

D. Joaquín Lorenzo Burguera Condon

AUTORA:

Rocío Barrero Rodríguez

JULIO, 2014

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	4
2. MARCO TEÓRICO.....	5
2.1. DISCAPACIDAD	5
2.2. DISCAPACIDAD AUDITIVA.....	7
2.3. ATENCIÓN TEMPRANA	17
3. MARCO NORMATIVO.....	24
3.1. NORMATIVA SOBRE DISCAPACIDAD.....	24
3.2. NORMATIVA ESPECÍFICA SOBRE DISCAPACIDAD AUDITIVA	26
3.3. NORMATIVA SOBRE ATENCIÓN TEMPRANA	27
4. CONTEXTUALIZACIÓN DEL TEMA.....	28
4.1. PROYECTO GENERAL DE INTERVENCIÓN	29
4.2. INSTITUTO DE ATENCIÓN TEMPRANA Y SEGUIMIENTO	29
4.3. PROGRAMA DE ATENCIÓN AL DÉFICIT AUDITIVO INFANTIL	30
5. DISEÑO METODOLÓGICO	32
5.1. OBJETIVO.....	32
5.2. MÉTODO.....	32
5.3. POBLACIÓN	33
5.4. DEFINICIÓN VARIABLES	34
5.5. INSTRUMENTOS DE RECOGIDA DE DATOS.....	38
5.6. PROCEDIMIENTO.....	39
5.7. ANÁLISIS DE DATOS.....	39
6. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	40
6.1. RELACIONES ENTRE VARIABLES	45
6.1.1. DIMENSIÓN I: SOCIODEMOGRÁFICA	45
6.1.2. DIMENSIÓN II: FAMILIA	51
6.1.3. DIMENSIÓN III: AUDICIÓN	63
6.1.4. DIMENSIÓN IV: ATENCIÓN TEMPRANA IATYS	72
6.1.5. DIMENSIÓN V: PRÓTESIS AUDITIVAS.....	76
6.1.6. DIMENSIÓN VI: DESARROLLO INTEGRAL DEL NIÑO	78
7. CONCLUSIONES	80
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	89

1. INTRODUCCIÓN

La realidad sobre la diversidad de las personas con discapacidad y su inclusión educativa y social es un tema de creciente actualidad e importancia en nuestro país, y en la mayoría de los países desarrollados. Cada vez más, los países incorporan políticas que promueven el respeto a las diferencias de todas las personas, en especial de las personas con discapacidad y buscan una mayor participación de todas las personas en la sociedad. En el caso de las personas con discapacidad auditiva, las limitaciones que impone su déficit auditivo, condiciona esa participación en función del grado de discapacidad o del resto auditivo que posea, del tipo de déficit auditivo y del momento en que este se produjo, antes o después de la adquisición del lenguaje.

En este Trabajo Fin de Máster vamos a acercarnos al estudio de la discapacidad auditiva, y a la diversidad que presentan las personas con esta discapacidad, para orientar qué tipo de atención han de recibir desde los primeros años de vida. El contexto en el que situamos nuestro estudio es la Fundación Vinjoy, concretamente en su Instituto de Atención Temprana y Seguimiento (en adelante IATYS), que interviene con menores con déficit auditivo.

El objetivo general que nos planteamos con este trabajo es estudiar la diversidad que existe dentro de la discapacidad auditiva, a través de un estudio de descriptivo, que nos permita detectar las características principales de los sujetos que acuden al IATYS, así como la diversidad existente.

Este objetivo general se concreta en los siguientes objetivos específicos:

- 1) Conocer en profundidad, a nivel teórico, la discapacidad auditiva desde el punto de vista de las implicaciones socio-emocionales, no sólo en el ámbito educativo sino también en su ámbito social.
- 2) Conocer las características de la atención temprana que se puede proporcionar a las personas con discapacidad auditiva.
- 3) Realizar una investigación para conocer las características de los sujetos con discapacidad auditiva y la diversidad existente en este colectivo.

En primer lugar, se realizará una revisión bibliográfica de los documentos más relevantes relacionados con el tema y con el contexto concreto en el que se desarrollará el estudio del IATYS de la Fundación Vinjoy. Asimismo, se revisará la literatura sobre la investigación ex post-facto como metodología de investigación para el estudio de las personas con discapacidad. Para finalizar centraremos nuestra atención en el estudio descriptivo de los sujetos con discapacidad auditiva del IATYS.

Mi interés por la discapacidad comenzó en el prácticum de Magisterio cuando en el aula de Educación Infantil conocí el caso de un alumno diagnosticado con un

síndrome del espectro autista. En el prácticum de 5º de Pedagogía decidí involucrarme en este ámbito, por ello elegí una institución que interviene con personas con discapacidad, como es la Fundación Vinjoy. Durante este prácticum tuve la oportunidad de conocer la institución, sus centros, y sus programas, lo cual me permitió decantarme por uno de ellos, el IATYS. Continuando con mi formación sobre el tema, me incorporé de nuevo a la Fundación Vinjoy, para desarrollar las prácticas del Máster de Intervención e Investigación Socioeducativa.

Me encontré con grandes dificultades a la hora de concretar este tema, que no hubiese sido posible resolver sin la ayuda de mi tutora de la Fundación Vinjoy, Alicia y mis tutores de la facultad, Joaquín y Henar. Alicia tras manifestarle mis intereses, me propuso aspectos de la Fundación en los que podía desarrollar este trabajo, al final, y con el apoyo de mis tutores, tomé la decisión de abordar el tema como un estudio descriptivo que nos permitiese conocer las características de los sujetos que acuden al IATYS.

Por ello, antes de acabar esta introducción y adentrarme en el desarrollo del trabajo, me gustaría mostrar mi gratitud hacía aquellas personas que hicieron posible la realización de este Trabajo Fin de Máster:

A Dña. María del Henar Pérez Herrero y a Don Joaquín Lorenzo Burguera Condon, por su disposición como tutores, por orientarme, animarme y prestarme la ayuda necesaria para la elaboración de este trabajo fin de máster.

A Dña. Alicia Portilla Gutiérrez, mi tutora de prácticas, por prestarme su ayuda tanto durante el periodo de prácticas como a la hora de realizar este trabajo, por sus palabras de ánimo ante tan laboriosa tarea.

Y por último, quisiera agradecer a todos los profesionales del IATYS, por hacerme sentir parte del grupo y ayudarme en todo lo necesario, así como también a todos los usuarios del centro y a sus familias, con los que tuve el placer de tratar.

2. MARCO TEÓRICO

Para poder entender los conceptos discapacidad, discapacidad auditiva, diversidad asociada a la misma y atención temprana, es preciso partir de la revisión de la literatura relevante sobre el tema que nos permita tener una visión teórica amplia, ayudándonos a conocer estos términos.

2.1. DISCAPACIDAD

No existe una única definición de discapacidad o de persona con discapacidad, ya que el término discapacidad es bastante complejo y ha ido evolucionando a lo largo de la historia, y ha sido abordado desde diversos modelos. Según Seoane (2001) estos

Máster en Intervención e Investigación Socioeducativa

modelos que conceptualizan la discapacidad son: el modelo médico, el modelo social, el modelo biopsicosocial, el modelo de la diversidad y el modelo de los derechos.

El más antiguo en el tiempo es el **modelo médico o rehabilitador**, que considera la discapacidad como un problema personal causado por alguna enfermedad o deficiencia, y que se debe corregir mediante el tratamiento médico.

El **modelo social** pretende mejorar el modelo anterior poniendo el énfasis en el factor social. La discapacidad deja de ser un problema individual para pasar a ser una construcción social, la discapacidad es causada por la opresión social. Este modelo no tiene en cuenta las causas orgánicas de la discapacidad, aspecto que distorsiona la realidad, ya que estas causas siempre van a estar presentes.

La armonización de estos dos modelos se encuentra en el **modelo biopsicosocial**, el cual fusiona la consideración médica y social de la discapacidad. Desde este modelo se sustenta en la propiedad de la singularidad, es decir, se debe tener en cuenta el contexto personal, social y cultural de cada persona con discapacidad. Además, desde este modelo, la discapacidad se valora de forma positiva, se comienzan a tener en consideración las capacidades de las personas con discapacidad, su funcionamiento, y la mejora de estas mediante diversos apoyos.

Sin embargo, recientemente han surgido otros dos modelos, el modelo de la diversidad y el modelo de los derechos. El **modelo de la diversidad** reconoce el valor de la discapacidad como característica de la diversidad humana y como elemento que beneficia a la sociedad. Además, promueve la participación de las personas con discapacidad en la elaboración de una definición de discapacidad. La diferencia es un rasgo universal, pues todos somos diferentes, cada persona con discapacidad es diferente. Este modelo propone un cambio terminológico, defendiendo el uso de un nuevo término, personas con diversidad funcional, y tratando de eliminar términos como minusválido o discapacidad.

Por último, el **modelo de los derechos**, fomenta los derechos de las personas con discapacidad, la persona con discapacidad es un sujeto de derecho, promoviendo la no discriminación, la igualdad de oportunidades y la autonomía de las personas con discapacidad. El principio categórico de este modelo es el respeto a la dignidad de la persona con discapacidad, al igual que se respeta la dignidad de cualquier otra persona.

La Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS), encargada de clasificar y denominar las enfermedades, así como de definir y clasificar la discapacidad, publica en 1980 la *Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías* (CIDDM). En ella define tres conceptos, la deficiencia, la discapacidad y la minusvalía, estableciendo una relación causal entre ellos. Entiende la deficiencia como la pérdida o anomalía de una función psicológica, fisiológica o

anatómica, que puede ser permanente o transitoria, y que se debe a una enfermedad. La discapacidad es entendida como la falta de capacidad para realizar una o varias actividades, esta es debida a una deficiencia. Por último, la minusvalía es entendida como una desventaja que limita el desempeño de una función que es normal en su caso, en función del sexo, edad y otros factores. La minusvalía es consecuencia de las dos anteriores, o de una deficiencia o bien de una discapacidad.

En estas definiciones podemos apreciar como la discapacidad es entendida desde el modelo médico. Tras diversas críticas a este modelo y con ello a estas definiciones, la OMS, en el 2001, revisa sus definiciones y publica su Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad, y la Salud (CIF). Se pasa de una clasificación de consecuencias de enfermedades, como la anterior, a una clasificación de *“componentes de salud”*, de *“dominios de salud”*, asimismo se pasa de una clasificación centrada en las personas con discapacidad a una clasificación válida para todas las personas, es decir, tiene una aplicación universal. Estos dominios se describen mediante las *“funciones y estructuras corporales”* y mediante las *“actividades-participación”*. Ahora la discapacidad ya no depende solo de la persona, sino también de la sociedad de la que forma parte. Esta clasificación abandona los términos minusvalía y deficiencia, que pasa a denominarlos restricción en la participación y déficit en el funcionamiento, respectivamente. Define la discapacidad como un fenómeno multidimensional, que resulta de la interacción de las personas con su entorno físico y social.

Es imprescindible hacer referencia a la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad aprobada el 13 de diciembre de 2006, por la Asamblea General de las Naciones Unidas (ONU), en Nueva York, y ratificada por España el 3 de diciembre de 2007 y que entró en vigor el 3 de mayo de 2008. En su artículo 1 afirma que *“Las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”*. En esta definición podemos ver aspectos del modelo biopsicosocial, pues se ajusta la realidad médica y la social. El objetivo de esta convención es promover y asegurar el disfrute de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, en condiciones de igualdad y respetando su dignidad. En este objetivo podemos ver claramente reflejados aspectos del modelo de los derechos, las personas con discapacidad pasan de ser meros objetos de tratamiento y protección social a ser sujetos titulares de derechos.

2.2. DISCAPACIDAD AUDITIVA

Parece preciso comenzar este apartado realizando una revisión conceptual de los términos deficiencia auditiva, discapacidad auditiva, hipoacusia y sordera, ya que son términos que se utilizan indistintamente, pero los cuales muestran diferencias, que debemos conocer.

La deficiencia según la OMS (2001:227) *“es la anormalidad o pérdida de una estructura corporal o de una función fisiológica”*, anormalidad referida a la desviación significativa respecto a la norma establecida. Según, Torres, Urquiza y Santana (1999:24) *“la deficiencia auditiva es un término genérico con el que se denomina a todo trastorno o disminución en el funcionamiento del sistema auditivo”*. Otros autores como Marco y Matéu (2003:13) proponen la siguiente definición: *“la sordera en cuanto a deficiencia se refiere a la pérdida o anormalidad de una función anatómica y/o fisiológica del sistema auditivo, y tiene su consecuencia inmediata en una discapacidad para oír, lo que implica un déficit en el acceso al lenguaje oral”*.

La discapacidad, según la OMS (2001:227) *“es un término genérico que incluye déficits, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (con una “condición de salud”) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales)”*. Este mismo organismo (OMS¹), establece como pérdida auditiva discapacitante en los niños/as, una pérdida superior a 30 dB en el oído con mejor audición.

Por su parte, Domínguez y Alonso (2004:22) entienden la discapacidad *“como reflejo de las consecuencias de la deficiencia desde el punto de vista funcional de la persona”*. Asimismo, García y Herrero (2008:6) realizan una definición más precisa, *“los alumnos con discapacidad auditiva son aquellos que tienen una audición deficiente que afecta a ambos oídos, es decir padecen pérdidas auditivas bilaterales. Las pérdidas unilaterales (un solo oído) permiten una audición normal, no presentando necesariamente alteraciones en el lenguaje”*.

La hipoacusia, según Torres, Urquiza y Santana (1999:24) *“es un término de uso principalmente médico que se refiere a los trastornos de la función localizados en el órgano periférico y el nervio auditivo”*. Según estos mismos autores, la hipoacusia es un tipo de deficiencia auditiva. La Guía para la Atención Educativa a los alumnos y alumnas con Discapacidad Auditiva (n.d.:5) diferencia entre hipoacúsicos y sordos profundos, teniendo en cuenta las limitaciones funcionales de la persona a la hora de desarrollar las actividades cotidianas.

“[...] los alumnos y alumnas con discapacidad auditiva se clasifican en dos grupos: hipoacúsicos y sordos profundos. Los hipoacúsicos son alumnos con audición deficiente que, no obstante, resulta funcional para la vida diaria, aunque necesitan el uso de prótesis. Este alumnado puede adquirir el lenguaje oral por vía auditiva. Son sordos profundos los alumnos y alumnas cuya audición no es funcional para la vida diaria y no les posibilita la adquisición del lenguaje oral por vía auditiva. Un niño o niña es considerado sordo

¹ Fuente: Organización Mundial de la Salud. (2014). Consultado el 16 de abril de 2014, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs300/es/>

profundo si su pérdida auditiva es tan grande que, incluso con una buena amplificación, no es posible un aprovechamiento de los restos. La visión se convierte en el principal lazo con el mundo y en el principal canal de comunicación”.

En concordancia con la definición anterior, la OMS (2001) afirma que una persona sorda es aquella que no puede percibir los sonidos con ayuda de aparatos amplificadores. De la misma forma, la Guía para la Atención Educativa del alumnado con Deficiencia Auditiva (n.d.) establece que el término sordera se utiliza para referirnos a las pérdidas auditivas graves y profundas y el término hipoacusia cuando nos referimos a la pérdida auditiva en general, cualquier pérdida grande o pequeña.

Acosta (2005) simplifica el acercamiento a estos conceptos y concluye que estos tres términos, discapacidad auditiva, sordera e hipoacusia, pueden utilizarse como sinónimos para referirnos a todos los tipos y grados de pérdida auditiva.

La hipoacusia puede afectar a un solo oído o a los dos oídos. Las hipoacusias que afectan a un solo oído, se denominan unilaterales, permiten una audición normal y no implican un déficit en el acceso al lenguaje oral. En cambio, las hipoacusias bilaterales, que afectan a los dos oídos son más graves, no permiten la audición normal y acarrear un déficit en el acceso a la comunicación oral.

Para realizar una correcta **clasificación de la sordera o hipoacusia**, según las distintas guías y manuales sobre la discapacidad auditiva (Guía de Recursos de la Deficiencia Auditiva-ADAPA, 2006; Manual de Atención al Alumnado con Necesidades Específicas de Apoyo Educativo derivadas de Discapacidad Auditiva, 2008; Manual básico de formación especializada sobre discapacidad auditiva, 2004; Guía de intervención logopédica en las deficiencias auditivas, 2011), se deben tener en cuenta los siguientes aspectos:

- La localización de la lesión.
- El momento de aparición de la pérdida auditiva.
- El grado de pérdida auditiva.

Según la **localización de la lesión** la hipoacusia se clasifica en (García y Herrero, 2008):

- Hipoacusia de conducción o de transmisión.
Es aquella que afecta al oído externo y/o medio, y a la cantidad del sonido. Generalmente, tienen tratamiento médico o quirúrgico y suelen ser pérdidas leves o transitorias.
- Hipoacusia neurosensorial o de percepción.

Afecta al oído interno o nervio acústico, y a la calidad y cantidad del sonido. El daño es más grave que la anterior y es irreversible, permanente, por ello, requiere rehabilitación.

- **Hipoacusia mixta.**
Están afectados tanto el oído externo o medio como el oído interno, sería una combinación de las dos anteriores.
- **Hipoacusia central.**
Están afectadas las vías auditivas centrales, los mecanismos de recepción y de integración del sonido. Suele deberse a una lesión cerebral.

Según el **momento de aparición** de la pérdida auditiva podemos hablar de (García y Herrero, 2008; González, Torre y Vázquez, 2006; Marco y Matéu, 2003):

- **Hipoacusia prelocutiva.**
La pérdida auditiva es heredada, ya está presente al nacer el bebé, u ocurre antes de que el niño o niña adquiera el lenguaje, aproximadamente sobre los 2 ó 3 años.
- **Hipoacusia postlocutiva.**
La pérdida auditiva es posterior a la adquisición y consolidación del lenguaje.

Según el **grado de pérdida auditiva** existen diferentes clasificaciones audiométricas, las más conocidas y utilizadas son la clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la clasificación del Bureau International D` Audiophonologie (BIAP, 1997) y la del Instituto Nacional Estadounidense de Estándares (A.N.S.I, 1969).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) propone la siguiente clasificación:

Organización Mundial de la Salud	Pérdida decibelios (dB)
Deficiencia auditiva ligera	26-40 dB
Deficiencia auditiva moderada	41-55 dB
Deficiencia auditiva moderadamente grave	56-70 dB
Deficiencia auditiva grave	71-90 dB
Deficiencia auditiva profunda	Más de 90 dB
Pérdida total de audición- cofosis-anacusia	Total

Esquema 1: Clasificación OMS Fuente: Adaptado de Ferrández, J., & Villalba, A. (1996:10).

Máster en Intervención e Investigación Socioeducativa

El Bureau International D` Audiophonologie (BIAP, 1997) presenta la siguiente clasificación en su Recomendación 02/1:

Bureau Internacional de Audiología	Pérdida decibelios (dB)
Audición infranormal	0-20dB
Deficiencia auditiva ligera	21- 40 dB
Deficiencia auditiva mediana	Primer grado:41-55 dB
	Segundo grado:56-70 dB
Deficiencia auditiva severa	Primer grado:71-80 dB
	Segundo grado: 81-90 dB
Deficiencia auditiva profunda	Primer grado: 91-100 dB
	Segundo grado: 101-110 dB
	Tercer grado: 111-119 dB
Deficiencia auditiva total-cofosis	120 dB

Esquema 2: Clasificación BIAP Fuente: Adaptado de Oficina Internacional de audiofonología. Bureau International D` Audiophonologie (BIAP). Recomendaciones.

El Instituto Nacional Estadounidense de Estándares (A.N.S.I, 1969) propone la siguiente clasificación:

Instituto Nacional Estadounidense de Estándares	Pérdida decibelios (dB)
Normoaudición	0-20 Db
Hipoacusia leve	20-40 dB
Hipoacusia media o moderada	40-70 dB
Hipoacusia severa	70-90 dB
Hipoacusia profunda	Más de 90 dB

Esquema 3: Clasificación A.N.S.I Fuente: Adaptado de González, I, Torre, G., & Vázquez, R. (2006:41-42).

Como podemos observar las tres clasificaciones son similares, la más exhaustiva sería la establecida por el Bureau International D` Audiophonologie (BIAP, 1997), aunque la realizada por el Instituto Nacional Estadounidense de Estándares (A.N.S.I.,

1969), a pesar de ser más la antigua en el tiempo, utiliza conceptos modernos y adaptados a los nuevos términos.

Las hipoacusias o sorderas, según Torre, González y Vázquez (2006), no tienen un tratamiento curativo, debido a que el daño es irreparable, sin embargo existen tratamientos paliativos, que favorecen la percepción auditiva, es decir, **existen prótesis auditivas** que mejoran la audición de las personas con discapacidad auditiva.

Estas prótesis auditivas son el audífono y el implante coclear. La elección de uno u otros dependerá de la intensidad de pérdida auditiva, el audífono es una prótesis externa mientras que el implante coclear tiene una fase de cirugía, por lo que tiene componentes tanto externos como internos. Este proceso es muy complejo, ya que no consiste solamente en la colocación de la prótesis, sino que esto debe ir acompañado de un entrenamiento auditivo que permita a la persona con discapacidad auditiva adaptarse a ella. Por ello, volvemos a reforzar la idea de la atención temprana, cuanto antes se realice esta adaptación, mayores beneficios obtendrá la persona con discapacidad.

La discapacidad auditiva puede estar causada por diferentes problemas que condicionan las posibilidades de mejora de la misma, por ello es importante conocer cuál ha sido la causa de la sordera.

Las **causas de la discapacidad auditiva** son muy diversas, la mayoría de las guías y manuales sobre discapacidad auditiva coinciden en señalar las siguientes (Manual de Atención al Alumnado con Necesidades Específicas de Apoyo Educativo derivadas de Discapacidad Auditiva, 2008; Libro Blanco sobre la Hipoacusia, 2003; Guía práctica para el abordaje interdisciplinar. Sordera Infantil. Del diagnóstico precoz a la inclusión educativa, 2012):

- Causas genéticas.
La hipoacusia puede ser heredada de otros familiares próximos, o estar asociada a otros síndromes o patologías.
- Causas prenatales.
Problemas que se presentan durante el periodo de gestación, durante el embarazo. Se puede deber al suministro de sustancias ototóxicas a la madre, antibióticos o fármacos que contienen dichas sustancias, al consumo de alcohol o drogas durante el embarazo, y a infecciones congénitas, como rubeola, toxoplasmosis, herpes, etc.
- Causas neonatales.
Problemas durante el parto, o durante los primeros días de vida del bebé. Se puede deber al nacimiento prematuro del bebé, a la falta de oxígeno durante el parto (anoxia neonatal), a posibles lesiones producidas durante el nacimiento, provocadas por fuerzas mecánicas, produciendo

hemorragias, edemas o rotura de tejidos (traumatismo obstétrico) y a altos niveles de bilirrubina en la sangre (ictericia neonatal).

- Causas postnatales.

Son problemas que ocurren después del nacimiento, las hipoacusias aparecen a lo largo de la vida de una persona, son las adquiridas de forma tardía. Se puede deber a traumatismos, a procesos inflamatorios, a la ingesta o exposición de sustancias ototóxicas, a afecciones intracraneales, o a otras enfermedades.

Como hemos podido observar, la discapacidad auditiva tiene numerosas causas así como también diferentes clasificaciones que dependen de diversos factores. Como consecuencia, el colectivo que conforma a las personas con discapacidad auditiva es muy diverso, así como también lo serán las intervenciones, ya que estarán adaptadas a cada caso particular.

Por lo tanto, debemos tener en cuenta la **diversidad** que existe dentro de la discapacidad auditiva, debido a que con frecuencia se comete el error de pensar que todas las personas con discapacidad auditiva son iguales y su problema es solamente la pérdida auditiva, cuando el problema es mucho más complejo. La pérdida de audición conlleva, la mayoría de las veces, una serie de consecuencias, como pueden ser problemas con el lenguaje, dificultades para comunicarse, aislamiento social, retraso en el desarrollo cognitivo, entre otras, que afectan al desarrollo integral de la persona. El colectivo de niños/as con discapacidad auditiva no es un grupo homogéneo, ya que existen numerosas diferencias a nivel individual.

Estas consecuencias serán más o menos significativas en función de una serie de factores, que van a condicionar el desarrollo integral de la persona con discapacidad auditiva. Según Marchesi (1990), estos factores que influyen en la evolución de los niños/as con hipoacusia y que van a configurar sus diferencias individuales son:

- **El grado de intensidad de la pérdida auditiva**, que es, según los estudios de Conrad (1979, citado por Marchesi, Coll y Palacios, 1990:230), la dimensión con mayor influencia en el desarrollo de los niños y niñas sordos, no sólo en el desarrollo de las habilidades lingüísticas sino también de las cognitivas, sociales y educativas.

- **La edad de comienzo de la sordera** tiene una clara repercusión sobre el desarrollo infantil. Cuando la sordera se produce antes de los tres primeros años de vida o es congénita, los niños y niñas sordos tienen que aprender un lenguaje que es totalmente nuevo para ellos, sin apenas experiencia de sonido. Cuando la sordera se produce a partir de los tres años, el niño/a tiene mayor experiencia con el lenguaje oral, lo que facilita su evolución lingüística, por lo tanto, el objetivo es mantener el lenguaje y enriquecerlo.

• **La etiología de la sordera, congénita o adquirida**, es otro factor importante a tener en cuenta. Está muy relacionado con la edad de la pérdida, con los posibles trastornos asociados, con la reacción emocional de los padres y con el desarrollo intelectual. Diferentes estudios afirman que los niños y niñas con sordera congénita tienen un mayor nivel intelectual que los niños y niñas con sordera adquirida, esto se debe a que las sorderas adquiridas suelen estar asociadas a otras lesiones o problemas.

• **Los factores comunicativos y educativos**. La actitud de los padres ante la sordera tiene una gran influencia en la evolución y desarrollo del niño, la reacción más positiva y adecuada es que los padres creen un ambiente relajado de comunicación. Un factor diferencial importante es que los padres o madres sean también sordos o sean oyentes. Los padres sordos aceptan más fácilmente la sordera de su hijo o hija, conocen mejor la situación y ofrecen a sus hijos el lenguaje de signos. Los padres oyentes presentan modelos más completos para la adquisición del lenguaje oral, pero tienen más dificultades a la hora de comunicarse y comprender a sus hijos e hijas. La posibilidad de recibir atención educativa desde el momento en que es detectada la sordera es garantía de un desarrollo satisfactorio.

Los factores anteriormente considerados interactúan con otros, como el nivel cognitivo de la persona con discapacidad, la presencia de otras discapacidades, la personalidad, el contexto familiar, educativo y social en el que se desenvuelve la persona, dando lugar a las grandes diferencias individuales, que se dan entre las personas con discapacidad. No hay un perfil definido de las personas con discapacidad auditiva, ya que estas se caracterizan por su heterogeneidad, no hay dos personas con discapacidad auditiva iguales. Esto se debe tener en cuenta a la hora de intervenir, por eso la intervención debe ser lo más personalizada posible.

Es trascendental tener en cuenta las **implicaciones sociales y emocionales** que se derivan de una discapacidad auditiva. Según Silvestre y Cambra (2000), las peculiaridades en las formas de comunicación de las personas con discapacidad auditiva influyen en su proceso de socialización y por lo tanto en su formación de la personalidad. Sin embargo, no existen investigaciones que demuestren que esto conlleva a la formación de una personalidad específica de las personas con discapacidad auditiva, por ello, no se puede hablar de una “personalidad del sordo”. Además, existen numerosos estereotipos sociales sobre la personalidad de las personas con discapacidad auditiva, que disminuyen en la medida en que las personas oyentes conviven e interactúan con las personas con discapacidad auditiva.

El proceso de socialización y de formación de la personalidad se ve afectado por la actitud que adoptan las personas oyentes de los contextos en los que se desenvuelve la persona con discapacidad auditiva, especialmente en el contexto familiar y escolar. En el contexto familiar influye de forma relevante, si la familia está formada por miembros oyentes o por miembros con discapacidad auditiva. Esto se debe a que la

familia oyente debe asumir la discapacidad auditiva de su hijo o hija, sus implicaciones y sus formas de comunicación. En cambio, las familias en las que alguno de sus miembros padece discapacidad auditiva, no sólo ya conocen la discapacidad y sus implicaciones, sino que se esperan un hijo o hija con esa misma discapacidad, por lo tanto esta situación no es tan traumática como en el caso de la familia oyente. Además, la comunicación con sus hijos o hijas con discapacidad auditiva se ve facilitada porque en estas familias se utiliza el lenguaje de signos como medio de comunicación, esto proporciona el equilibrio socioafectivo y la formación de la identidad del hijo/a con discapacidad auditiva. Como problemas de las familias con discapacidad auditiva hay que destacar, según Cambra y Silvestre (2000), la falta de motivación para el aprendizaje del lenguaje oral, lo que influye en su integración social con el resto de personas oyentes.

No obstante, la mayoría de las personas con discapacidad auditiva provienen de familias oyentes, cuya situación es totalmente distinta a la anterior. Debido al desconocimiento de estas familias de la discapacidad auditiva las primeras relaciones del niño/a con su familia se ven alteradas. Estas familias deben realizar un aprendizaje de la lengua de signos para poder comunicarse con sus hijos o hijas. En las relaciones entre las familias oyentes y los hijos/as con discapacidad auditiva se suele dar la sobreprotección, limitando la autonomía de estos, debido a la falta de percepción objetiva sobre las posibilidades reales de sus hijos o hijas. También se suele tender a la excesiva tolerancia, ya que estas familias tienen dificultades para comunicarse con sus hijos/as y explicarles las consecuencias del incumplimiento de normas, esto hace que el niño o niña desarrolle un carácter impulsivo.

Valmaseda (1993) afirma que tenemos que tener presentes las variaciones individuales, las características de la personalidad de las familias, factor que no siempre podemos controlar, por lo que no podemos generalizar las actitudes familiares descritas en los párrafos anteriores.

Esta educación y relación familiar influye en la socialización con los pares de iguales, y por lo tanto en la socialización en el contexto escolar. Las dificultades comunicativas de las personas con discapacidad auditiva pueden afectar a su integración social. Kusché y Greenberg (1983, citado por Silvestre et al., 2000:62) manifiestan que el alumnado con discapacidad auditiva tiene mayores dificultades que el alumnado oyente para situarse en la perspectiva de los demás y darse cuenta de los estados psicológicos y las intenciones de estos, lo que va a influir en su integración social. Sin embargo, esta diferencia entre personas con discapacidad auditiva y personas oyentes es más grande a edades tempranas y va disminuyendo con la edad de la persona.

Autores como Acosta (2005) y Marchesi (1993) coinciden en señalar la existencia de una comunidad de personas sordas, una cultura sorda. Las personas con discapacidad auditiva son vistas como un grupo social minoritario con su propio

lenguaje, la lengua de signos, y su propia cultura. Incluso resaltan que esta comunidad es un grupo de referencia significativo para la mayoría de las personas con discapacidad auditiva, aunque el resto de personas oyentes no suelen tener en cuenta a esta comunidad.

La discapacidad auditiva tiene importantes repercusiones en el desarrollo de las personas que la padecen, como hemos visto en los párrafos anteriores, estas repercusiones serán más o menos graves, dependiendo de la precocidad con la que se realice la prevención, la detección y el tratamiento de la sordera o hipoacusia.

La **prevención** de la hipoacusia es uno de los aspectos más relevantes de la intervención con personas con discapacidad auditiva, según Martínez-González (2007, citado por Trinidad y Jáudenes, 2012:29) existen tres niveles de prevención:

- **Prevención Primaria.**
Durante el embarazo se debe llevar un riguroso control de la madre, para evitar el suministro de medicamentos ototóxicos, tratar posibles infecciones, evitar la prematuridad. A la hora del nacimiento se debe mejorar la asistencia, y con posterioridad al nacimiento se debe vacunar al bebé contra posibles enfermedades que puedan desencadenar un déficit auditivo, así como también evitar la administración de ototóxicos.
- **Prevención Secundaria.**
Se realiza mediante programas de screening auditivo o cribado, que pueden estar dirigidos a la población en riesgo o a todos los neonatos, es decir, realizados de forma universal a toda la población. Estos programas se realizan en los hospitales.
- **Prevención Terciaria.**
Sería el tratamiento o rehabilitación precoz para conseguir un adecuado desarrollo integral del niño/a, para su posterior incorporación a la escuela, así como también proporcionarles las adecuadas ayudas y recursos económicos a los niños/as y a sus familias.

Según Bixquert, Jáudenes y Patiño (2003) debemos tener en cuenta que la audición es la vía principal a través de la cual se desarrolla el lenguaje oral, por ello cualquier discapacidad auditiva que se de en un niño a edades tempranas, afectará a su desarrollo comunicativo, lingüístico y cognitivo, y posteriormente a su integración escolar y social. Si además, añadimos que la adquisición del lenguaje se produce en los primeros años de vida, lo que se conoce como periodo crítico, cuando se da una fase de mayor plasticidad neuronal y donde la información auditiva es esencial para la apropiación del lenguaje. Incluso, distintos estudios (Kyle, 1981, citado por Marco y Matéu, 2003:13; Kim, Relkin y Hirsch, 1997, citado por Jáudenes y Patiño, 2010:235; Lee, Oh, Kim y Chung, 2001, citado por Jáudenes y Patiño, 2010:235) corroboran que a partir de este periodo no mejora la inteligibilidad del habla. De aquí, las diferencias

significativas que existen entre los niños que reciben atención y estimulación temprana (0-3 años) y los que reciben esta atención específica más tarde.

Por lo tanto, se debe realizar una adecuada **detección precoz**, ya que es fundamental para limitar las consecuencias de la discapacidad auditiva y es el primer paso para llegar al posterior tratamiento y rehabilitación eficaz de la misma. Esta detección todavía es más importante en los recién nacidos, por la relación entre audición y lenguaje, y por la existencia del periodo crítico para el aprendizaje del lenguaje. Sin embargo, en las sorderas adquiridas a lo largo de la vida, también es importante este diagnóstico temprano, para pasar lo antes posible al adecuado tratamiento.

Para realizar correctamente esta detección precoz, en España, se creó en 1995 la Comisión para la Detección Precoz de la Hipoacusia (en adelante CODEPEH), esta comisión fue creada por un grupo de personas y sociedades interesadas en la creación de programas para la detección precoz de la hipoacusia, en concreto la Confederación Española de Familias de Personas Sordas (en adelante FIAPAS) y las Sociedades de Otorrinolaringología y Pediatría. Desde este momento la CODEPEH ha elaborado numerosos documentos de carácter científico que se han concretado en la implantación a nivel nacional del Programa de Detección Precoz de Hipoacusia en recién nacidos. A partir de aquí, cada comunidad autónoma comienza a crear programas específicos de detección precoz de la hipoacusia. Según esta comisión, la detección tardía de las hipoacusias congénitas es aquella que se realiza con posterioridad a los 12 meses de edad del niño o niña.

Concretamente, en el Principado de Asturias, bajo las indicaciones enunciadas por la CODEPEH, se comenzó a plantear en 1997 la creación de un programa específico para la detección precoz en niños/as que presentaban factores de riesgo. Pero este programa, Programa de Atención al Déficit Auditivo infantil (en adelante PADAI), no se hizo realidad hasta el 2002 con la puesta en marcha de la Unidad de Hipoacusia Infantil (UIH) del Hospital Central de Asturias y del IATYS de la Fundación Vinjoy, desde este momento comienzan a ponerse en marcha las actuales Unidades de Detección Precoz de los distintos hospitales públicos de Asturias.

2.3. ATENCIÓN TEMPRANA

Podemos afirmar, según Pérez (2005), que el concepto de Atención Temprana en España, es bastante reciente, ya que anteriormente era denominada Estimulación Precoz, pero esta no ha sufrido solamente un cambio de denominación sino que también ha cambiado su significado, los modelos teóricos sobre los que se sustenta, y las características de las intervenciones.

La implantación de la **Estimulación Precoz** en España no tiene una fecha precisa, ya que no es un acontecimiento concreto sino que se va realizando de forma

Máster en Intervención e Investigación Socioeducativa

paulatina. Este proceso va desde 1974 cuando se crea la primera unidad de estimulación precoz en Madrid, hasta 1979, fecha en la que el (SEREM) Servicio Social de Recuperación y Rehabilitación de Minusválidos Físicos y Psíquicos, que se corresponde con el actual IMSERSO (Instituto de Migraciones y Servicios Sociales), impulsa la creación de los Equipos Profesionales de Estimulación Precoz. Los modelos y bases teóricas en los que se asentaba la Estimulación Precoz fueron cambiando, evolucionando, hasta llegar a la actual concepción de Atención Temprana, lo que conllevó un cambio en las intervenciones y los servicios.

Las diferencias entre la Estimulación Precoz y la Atención Temprana se pueden resumir en la siguiente tabla:

Cambios y evoluciones en Atención Temprana		
Concepto	Estimulación Precoz	Atención Temprana
Modelo	Rehabilitador	Integrador
Bases teóricas	Neurología, psicología del desarrollo y del aprendizaje	Se añaden los modelos: calidad de vida, autodeterminación, apoyos.
Intervención	Con el niño (centrada en su déficit)	Fases: prevención, detección, diagnóstico, intervención (con el niño, su familia y su entorno, un programa único, individualizado y global)
Evaluación	Centrada en el déficit del niño	Centrada en las capacidades, intereses y limitaciones del niño
Coordinación	Relaciones puntuales entre profesionales	Coordinación institucionalizada
Equipos de Atención Temprana	Multidisciplinario	Interdisciplinario o transdisciplinario
Servicios de Atención Temprana	Centrados en los profesionales	Centrados en las necesidades de los niños y de sus familias
Papel de los profesionales	Experto	Mediador
Papel de las familias	Ejecutora de tareas	Competente y participativa

Esquema 4: Evolución Atención Temprana Fuente: Adaptado de Acosta, V. (2005: 61).

Los modelos que han conceptualizado la Atención Temprana, según García (2001), son:

- **El Modelo Ecológico en Atención Temprana.**

Planteado por Bronfenbrenner en la década de los 70, este modelo da una importancia crucial al ambiente en el que nos desenvolvemos, es decir, el desarrollo del niño consiste en la acomodación mutua entre el niño en desarrollo y las propiedades cambiantes de los entornos en los que ese niño participa. Esta acomodación es un proceso continuo afectado por las relaciones que se dan entre los distintos entornos en los

que participa el niño y los contextos más amplios en los que esos entornos están incluidos.

Bronfenbrenner (1979, citado por García 2001:2) establece cuatro niveles o sistemas que afectan directa o indirectamente en el desarrollo del niño, estos son el microsistema, mesosistema, exosistema y macrosistema. Este desarrollo se ve afectado por las interacciones con el entorno, y los elementos de este entorno, como la familia y los pares de iguales.

Este modelo es dinámico y complejo, aún así no especifica los mecanismos exactos a través de los cuales los distintos factores influyen en el desarrollo de la persona.

- **El Modelo Transaccional del Desarrollo en Atención Temprana.**

Los autores más destacados de este modelo son Sameroff (1983,1987), Chandler (1975) y Fiese (1990, citados por García 2001:3). Es más concreto que el modelo anterior, establece relaciones entre lo biológico y lo adquirido, entre la naturaleza y el ambiente. Plantean que las consecuencias de las alteraciones que padece un niño con discapacidad pueden ser modificadas mediante factores ambientales, y que la etiología de estas alteraciones es social y ambiental, además de biológica.

Este modelo es dinámico y establece la existencia de una continua interacción entre el niño y su ambiente. Este ambiente es moldeable e influenciado por los niños y provoca, a su vez, cambios en el desarrollo de los propios niños.

Este modelo proporciona apoyo para diseñar la intervención, con el fin de enseñar a las familias estrategias de interacción que promuevan el desarrollo de sus hijos/as.

- **El Modelo Integral de Intervención en Atención Temprana.**

Modelo propuesto por García y Mendieta (1998, citado por García, 2001: 5), cuyo objetivo es conseguir la integración socioeducativa tanto del niño como de su familia, mediante el desarrollo de un Programa Individualizado de Intervención.

La intervención en Atención Temprana no puede centrarse solamente en el Centro de Desarrollo Infantil y Atención Temprana (CDIAT), por ello, se deben planificar actuaciones en los distintos entornos en los que el niño participa, en el ámbito sanitario, en el familiar y en el ámbito educativo. Para ello se debe alcanzar un alto grado de coordinación de los recursos, teniendo en cuenta los principios de los modelos ecológicos-transaccionales para desarrollar las intervenciones en Atención Temprana.

Los cinco elementos fundamentales por los que está constituido este modelo, según García (2001) son: un marco teórico multidisciplinar, una delimitación conceptual, que coincide con la expuesta por el Libro

Máster en Intervención e Investigación Socioeducativa

Blanco de la Atención Temprana, un modo de operar, un modelo de organización del servicio y un modelo de coordinación de recursos.

Tras el recorrido realizado por los distintos momentos de evolución y desarrollo de la atención temprana, pasaremos a concretar el significado de esta atención temprana así como sus características, tanto a nivel nacional como autonómico.

El Libro Blanco de la Atención Temprana (2000:6), la define como *“el conjunto de intervenciones, dirigidas a la población infantil de 0-6 años, a la familia y al entorno, que tienen por objetivo dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños con trastornos en su desarrollo o que tienen el riesgo de padecerlos. Estas intervenciones, que deben considerar la globalidad del niño, han de ser planificadas por un equipo de profesionales de orientación interdisciplinar o transdisciplinar”*.

Este mismo documento, establece como objetivo de la Atención Temprana que los niños y niñas que presentan una discapacidad o un trastorno en su desarrollo o con riesgo de padecerlos, reciban atención preventiva y asistencial para potenciar su capacidad de desarrollo y de bienestar, con el fin último de alcanzar su autonomía y su integración familiar, escolar y social, todo ello trabajado desde un modelo que tenga en cuenta los aspectos biopsicosociales.

La Atención Temprana es competencia de la Administración Central, pero esta ha transferido numerosas competencias a las Administraciones Autonómicas, lo que ha derivado en una situación caracterizada por la variedad de los servicios de Atención Temprana en las diferentes Comunidades Autónomas. Estas competencias en materia de Atención Temprana se desarrollan desde distintos ámbitos como la Sanidad, los Servicios Sociales, y la Educación.

Los servicios que prestan Atención Temprana son los Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana (en adelante CDIAT), estos centros tienen carácter interdisciplinar, surgieron sobre los años 70, y están en constante evolución, adecuándose a las necesidades de la población infantil y de sus familias. Además de estos centros, existen otros servicios e instituciones del ámbito sanitario, del social y del educativo, que son diversos dependiendo de cada comunidad autónoma.

En determinadas comunidades autónomas, como es el caso del Principado de Asturias, la Atención Temprana se realiza en Unidades de Atención Infantil Temprana, que están coordinados con otros servicios o centros, como pueden ser los centros de salud mental infantil, centros de rehabilitación de trastornos motrices y centros de atención a personas con deficiencia auditiva o visual. Estas Unidades de Atención Temprana tienen características muy similares a los CDIAT.

Esta diversidad de servicios, que se da tanto por la actuación de los diferentes ámbitos como por las diferencias entre las comunidades autónomas, ha generado diferentes modelos de CDIAT, pero manteniendo el mismo objetivo, proporcionar atención a todos los niños que presentan trastornos o disfunciones en su desarrollo, o que están en riesgo de padecerlos.

El equipo de los CDIAT poseerá un carácter interdisciplinar y holístico, teniendo siempre en cuenta que la intervención abarca aspectos intrapersonales, biológicos, psíquicos, sociales y educativos, que son propios de cada individuo y están relacionados con su entorno, con la familia, la escuela y la cultura. Este equipo estará constituido por especialistas en Atención Temprana procedentes del ámbito médico, psicológico, educativo y social, cuya formación además de la titulación propia, será específica en intervención temprana, mediante ciclos de postgrado.

La **Atención Temprana en el Principado de Asturias**, según Elizalde (2004), se desarrolla desde los tres ámbitos citados en los párrafos anteriores. Desde el ámbito sanitario existen diferentes programas de prevención primaria y secundaria, son programas preventivos dirigidos a la fase prenatal y postnatal, realizan detecciones precoces y acciones directas sobre la población infantil (revisiones pediátricas, vacunas, etc.). Desde el ámbito educativo se crearon Equipos de Atención Temprana, para detectar deficiencias y realizar el seguimiento de los niños escolarizados. Desde el ámbito de los Servicios Sociales, existen los equipos de tratamiento adscritos a los Centros Base del Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO), así como también diferentes entidades privadas y sin ánimo de lucro que mantienen un servicio concertado con la Consejería de Bienestar Social y Vivienda.

El modelo de Atención Infantil Temprana en el Principado de Asturias, según Elizalde (2004) se basa en los siguientes **principios**:

- Servicio público, universal y gratuito. Modelo de gestión mixto que combina los recursos adscritos a la Consejería de Asuntos Sociales con recursos concertados.
- Servicios descentralizados. Se establecen Unidades de Atención Infantil Temprana descentralizadas, de actuación territorial, coordinadas con los recursos sociales, sanitarios y educativos del área correspondiente a la unidad, y con gestión autónoma en la derivación de casos, en la valoración inicial y en el proceso de intervención de los casos.
- Atención próxima, cercana al lugar de residencia del niño, e inmediata, sin demoras, estableciendo una propuesta inmediata a la detección.
- Coordinación de los recursos comunitarios del área. Asimismo, se debe lograr una adecuada coordinación entre las diferentes Unidades de Atención Infantil Temprana del territorio y entre las diferentes instituciones con responsabilidades en esta materia.

- Sectorización de las Unidades de Atención Infantil Temprana, estas prestan sus servicios a un sector de la población concreto bajo el criterio de la cercanía geográfica.
- Interdisciplinariedad en los equipos multiprofesionales de las Unidades de Atención Infantil Temprana, con profesionales del ámbito sanitario, social y educativo, para proporcionar una atención integral.
- Globalidad. La intervención debe basarse en un enfoque globalizador del niño.
- Especialización de los profesionales que formen las Unidades de Atención Infantil Temprana.

Esta misma autora (Elizalde, 2004) establece las **funciones** que debe desarrollar cada Unidad de Atención Infantil Temprana en nuestra Comunidad Autónoma, que son:

- Prevención y detección de los casos. Colaboran en el desarrollo de programas comunitarios de prevención y detección precoz.
- Diagnóstico y valoración inicial. Realizan directamente las valoraciones o coordinan los diferentes niveles especializados para los casos que necesiten una valoración complementaria.
- Diseño, coordinación y desarrollo del plan de intervención. Desarrollan una propuesta de intervención, elaborando un plan personalizado del desarrollo que contemple los diferentes contextos en los que se desarrolla el niño.
- Seguimiento y evaluación. Establecen un plan de seguimiento para cada caso, fijando evaluaciones periódicas del desarrollo del niño, así como también revisiones del plan personalizado del desarrollo.
- Coordinación. Desarrollan mecanismos de coordinación con los recursos del área implicados en los ámbitos de desarrollo del niño que faciliten la comunicación entre los mismos. Organizan y coordinan las reuniones interdisciplinares del equipo de la unidad y con los recursos del área.

La **coordinación** de esta atención temprana en Asturias sigue el siguiente esquema (Elizalde, 2004):



Esquema 5: Coordinación Atención Temprana

Fuente: Adaptado de Elizalde, M. D. et al. (2004:33).

3. MARCO NORMATIVO

Tras la revisión de la literatura sobre las principales normas y leyes que rigen la atención y la intervención en discapacidad, discapacidad auditiva y atención temprana se ha optado por diferenciar el análisis del marco normativo en esos tres grandes apartados, que se exponen a continuación.

3.1. NORMATIVA SOBRE DISCAPACIDAD

El punto de partida de la normativa básica en materia de discapacidad, así como el marco de referencia para el desarrollo legislativo posterior, es la Constitución Española de 1978, en concreto su Artículo 49 del Capítulo 3: *De los Principios Rectores de la Política Social y Económica*, del Título I: *De los Derechos y Deberes fundamentales*, que dice así: “*Los poderes públicos realizarán una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a los que prestarán la atención especializada que requieran y los ampararán especialmente para el disfrute de los derechos que este Título otorga a todos los ciudadanos*”. La Constitución denomina a las personas con discapacidad como “*disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos*” los cuales, al igual que el resto de los ciudadanos, pueden disfrutar de los derechos que otorga la Constitución.

A nivel nacional, se pueden destacar cuatro leyes que afectan directamente a las personas con discapacidad:

- *Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos (LISMI).*

Es la primera ley que establece medidas iniciales de igualdad y libertad para las personas con discapacidad. Asimismo, determina un sistema de prestaciones económicas y servicios, diversas medidas de integración laboral, de accesibilidad y subsidios económicos, y una serie de principios sobre la discapacidad.

En esta ley se define a las personas con discapacidad, en este caso denominados minusválidos como “*toda persona cuyas posibilidades de integración educativa, laboral o social se hallen disminuidos como consecuencia de una deficiencia, previsiblemente permanente, de carácter congénito o no, en sus capacidades físicas, psíquicas o sensoriales*” (Artículo 7.1). Esta norma es una de las pioneras en materia de discapacidad en España, que durante 31 años sólo fue modificada y actualizada, hasta que se aprobó el Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social, que la deroga.

- *Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de Igualdad de Oportunidades, No Discriminación y Accesibilidad Universal de las Personas con Discapacidad (LIONDAU).*

Esta norma complementa y renueva la LISMI, aunque no la deroga. La LIONDAU surge para adaptarse a los cambios producidos en la forma de entender la discapacidad. Se centra en dos estrategias de intervención; la lucha contra la discriminación y la accesibilidad universal.

En su Artículo 1.2 define a las personas con discapacidad como: *“aquellas a quienes se les haya reconocido un grado de minusvalía igual o superior al 33 por ciento. En todo caso, se considerarán afectados por una minusvalía en grado igual o superior al 33 por ciento los pensionistas de la Seguridad Social que tengan reconocida una pensión de incapacidad permanente en el grado de total, absoluta o gran invalidez, y a los pensionistas de clases pasivas que tengan reconocida una pensión de jubilación o de retiro por incapacidad permanente para el servicio o inutilidad”*.

- *Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia (LPAPAPD).*

Esta ley es su disposición adicional octava, cambia la denominación de “minusválidos” y “personas con minusvalía” a “personas con discapacidad”. Además construye una relación entre discapacidad y dependencia, definiendo esta última en su artículo 2.2 como *“el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal.”*. Esta ley, además pretende dar mayor importancia a la autonomía personal de las personas con discapacidad, para el desarrollo de su propia vida.

- *Ley 26/2011, de 1 de agosto, de adaptación normativa a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.*

Esta ley modifica algunos artículos de las leyes anteriores, para hacer efectivos los derechos y libertades de las personas con discapacidad que la Convención Internacional establece. Para ello implanta una serie de medidas y constituye una nueva definición de personas con discapacidad; *“aquellas que presenten deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás”* (Artículo 1.2.).

- *Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social.*

Esta nueva ley, que actualmente ha entrado en vigor, deroga a la Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos (LISMI) y a la Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de Igualdad de Oportunidades, No Discriminación a Accesibilidad Universal de las Personas con Discapacidad (LIONDAU).

Define la discapacidad como: “*una situación que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias previsiblemente permanentes y cualquier tipo de barreras que limiten o impidan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás*” (Artículo 2.a.).

Además, establece una serie de principios y derechos de las personas con discapacidad, así como un nuevo sistema de prestaciones sociales y económicas y un nuevo régimen de sanciones e infracciones en materia de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad.

La normativa sobre discapacidad ha ido evolucionando hacía el establecimiento de una serie de derechos de las personas con discapacidad que fomentan la igualdad de oportunidades, la no discriminación y la accesibilidad universal. Se podría afirmar que la denominación de la discapacidad se ha ido adecuando a la evolución de nuestra sociedad, a una visión más positiva de las personas con discapacidad, fomentando sus capacidades y dejando un poco más de lado sus limitaciones. Por ello, han desaparecido diversos términos negativos, dando paso a otros que resaltan los aspectos positivos de la discapacidad.

3.2. NORMATIVA ESPECÍFICA SOBRE DISCAPACIDAD AUDITIVA

En relación con la discapacidad auditiva en concreto, solo podemos destacar, a nivel nacional, la *Ley 27/2007, de 23 de octubre, por la que se reconocen las lenguas de signos españolas y se regulan los medios de apoyo a la comunicación oral de las personas sordas, con discapacidad auditiva y sordociegas.*

Esta ley define a las personas con discapacidad auditiva, en su artículo 4.d., como “*aquellas personas a quienes se les haya reconocido por tal motivo, un grado de minusvalía igual o superior al 33 por ciento, que encuentran en su vida cotidiana barreras de comunicación o que, en el caso de haberlas superado, requieren medios y apoyos para su realización*”.

Además, reconoce y regula la lengua de signos española, normaliza su aprendizaje en el sistema educativo, y permite a las personas con discapacidad auditiva la libre elección de los recursos que posibiliten o apoyen su comunicación oral.

Asimismo, aprueba la creación del Centro de Normalización Lingüística de la Lengua de Signos Española, que tiene como objetivo investigar, fomentar, difundir, y velar por el adecuado uso de esta lengua, manteniendo convenios con las Universidades y las entidades representativas de las personas con discapacidad auditiva.

Por último, esta norma establece la creación del Centro Español del Subtitulado y Audiodescripción, que tiene como objetivo investigar, promover iniciativas, coordinar las actuaciones y fomentar la subtitulación y la audiodescripción como medios de apoyo a la comunicación de las personas con discapacidad auditiva. Desarrolla sus actuaciones estableciendo convenios con las entidades representativas de las personas con discapacidad auditiva y de sus familias.

3.3. NORMATIVA SOBRE ATENCIÓN TEMPRANA

En cuanto a la normativa que regula la Atención Temprana tanto en España como en Asturias, hay que destacar que no existe una normativa específica sobre la atención temprana sino que está integrada en las distintas leyes relacionadas con la discapacidad, descritas anteriormente, con el ámbito de los servicios sociales (la *Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de protección jurídica del menor; de modificación parcial del Código Civil* y de la *Ley de Enjuiciamiento Civil*), con el ámbito sanitario (la *Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad*, el *Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud*, y la *Ley 1/1992, de 2 de julio, del Servicio de Salud del Principado de Asturias*), con el ámbito educativo (el *Real Decreto 334/1985, de 6 de marzo, de Ordenación de la Educación Especial*, la *Ley Orgánica 1/1990, de 3 de octubre, de Ordenación General del Sistema Educativo*, y la *Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación*), y con la infancia (la *Ley 1/1995, de 27 de enero, de protección del menor*).

Destacar como referente de la Atención Temprana, no sólo para la administración pública, sino también para los profesionales, las asociaciones y las familias, su Libro Blanco, elaborado por el Grupo de Profesionales de Atención Temprana. A nivel regional, cabe mencionar el documento técnico “La Atención Infantil Temprana en Asturias”, que es elaborado por distintos profesionales de las Unidades de Atención Infantil Temprana de Asturias, teniendo en cuenta el “Libro Blanco de la Atención Temprana”, estableciendo un modelo a seguir y a aplicar en nuestra comunidad autónoma, permitiendo de esta forma homogeneizar los procesos de intervención y asentar las bases para la evaluación de los servicios de Atención Temprana. Y por último mencionar el “Manual de Buenas Prácticas en Atención Temprana”, elaborado por los equipos de profesionales y familiares de las organizaciones que conforman la Confederación Española de Organizaciones a favor de las Personas con Discapacidad Intelectual (FEAPAS) en todas las Comunidades Autónomas.

4. CONTEXTUALIZACIÓN DEL TEMA

La Fundación Padre Vinjoy de la Sagrada Familia, concretamente su Instituto de Atención Temprana y Seguimiento -IATYS-, va a ser el contexto en el que se circunscribe el Trabajo Fin de Máster, por haber sido el centro en el que se realizó el *Practicum* del Máster. Se trata de una entidad asturiana que se encuentra ubicada en la ciudad de Oviedo, concretamente en la Avenida de los Monumentos, Nº 61-C.

La institución se define por tres características esenciales², el compromiso social, la intervención socioeducativa avanzada y ser una entidad asturiana. El compromiso social es la razón de ser de la Fundación, puesto que sus actividades siempre han estado vinculadas a los colectivos y situaciones que precisaban y precisan de acción social solidaria. De estas características se deriva el lema de la Fundación: “*Más de un siglo de compromiso socioeducativo con Asturias*”.

Desde su planteamiento de intervención socioeducativa avanzada, pretende abordar problemáticas sociales de alta exigencia y dificultad, a la vez que avanza y profundiza en la intervención con la sordera.

Su tercera característica, es su vinculación y reconocimiento como institución social de Asturias. Como prueba de ello, cabe destacar la concesión por parte del Gobierno de la Nación, de la Cruz de Oro de la Orden Civil de la Solidaridad Social (2005). Además, su carácter asturiano aparece reflejado en la composición de su patronato compuesto por la Iglesia asturiana, con el Arzobispo de Oviedo al frente, por la Junta General del Principado y por el Gobierno del Principado, con un director general de cada una de las Consejerías implicadas con la institución y por el Viceconsejero de Bienestar Social.

La Fundación Vinjoy nace de la mano de Domingo Fernández Vinjoy en el año 1976, como asilo de huérfanos. En 1969 la finalidad de la Fundación pasa a ser la enseñanza de niños sordomudos y ciegos, finalidad que cambia debido a la implantación de la LISMI, ya que esta apuesta por la escolarización de los alumnos con discapacidad en la escuela ordinaria. En 1997 se modifican los estatutos de la Fundación, se diseña un nuevo proyecto de intervención integral con la sordera, creándose en 2002 el IATYS. En el año 2005 se vuelven a modificar los estatutos de la Fundación y se diseña un nuevo Proyecto General de Intervención, que es aprobado en 2007 y que sigue profundizando en la intervención integral con la sordera, pero ampliando la intervención a personas que se encuentran en situaciones de conflicto personal y social.

² Fuente: Rivas, A. (2008). Fundación Vinjoy, más de un siglo de compromiso educativo. Asturias, Edita Fundación Vinjoy.

4.1. PROYECTO GENERAL DE INTERVENCIÓN³

La intervención socioeducativa que se desarrolla en la Fundación Vinjoy sigue dos líneas de actuación, la intervención integral con la sordera y la intervención socioeducativa con personas con necesidades especiales (conducta y trastornos del comportamiento).

La intervención socioeducativa de la Fundación está dirigida a generar el cambio y la transformación de la realidad, se trata de construir desde la intervención. Uno de los valores fundamentales de esta intervención es la calidad total, tanto en los procesos como en las personas, y la mejora continuada mediante la corrección de errores. Esta intervención se caracteriza por la innovación y la creatividad, así como también por la aceptación del riesgo como una condición para el cambio y el crecimiento. Las actividades que se desarrollan en la Fundación son dinámicas y cambiantes, acordes con la realidad social que se transforma continuamente.

El modelo de intervención socioeducativa que sigue la Fundación es el Modelo Comunitario, es decir, se basa en los principios de desarrollo y prevención, no sólo se atienden los problemas y necesidades existentes, sino que se trata también de prevenir futuros problemas. Esta intervención es integral, no solo se interviene con la persona sino también con el entorno, tiene un carácter educativo activo y por lo tanto liberador y socializador, y es personalizada, pero abordada desde la globalidad de los distintos proyectos.

Este modelo de intervención está implantado en todos los proyectos y programas que se desarrollan en los distintos centros que conforman la Fundación, y está plasmado en el Proyecto General de Intervención, que organiza la actividad de la Fundación por Centros, que a su vez se estructuran en programas.

4.2. INSTITUTO DE ATENCIÓN TEMPRANA Y SEGUIMIENTO

El Centro de la Fundación Vinjoy en el que se enmarca este trabajo es el IATYS. Este instituto se hizo realidad en el año 2002, se trata de un centro que interviene con menores con déficit auditivo y está integrado en el Programa de Atención al Déficit Auditivo -PADAI- de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias. Asimismo, está vinculado a las Unidades de Atención Temprana (Consejería de Bienestar Social) y a la Consejería de Educación (mediante un programa específico del PADAI, el Programa de Atención al niño en la Escuela). Este centro es financiado mediante la Consejería de Sanidad y la de Bienestar Social.

³ Fuente: Rivas, A. (2008). Fundación Vinjoy, más de un siglo de compromiso educativo. Asturias, Edita Fundación Vinjoy.

Máster en Intervención e Investigación Socioeducativa

Los programas que se desarrollan desde este centro son:

- Atención Temprana Especializada. Como Unidad de Atención Temprana de la Consejería de Bienestar Social, proporciona atención temprana especializada a menores entre 0 y 3 años con déficit auditivo. Este programa comprende las unidades transversales.
- Programa de Rehabilitación de Implante Coclear. Participa en la valoración de los niños candidatos a Implante Coclear de 0 a 18 años y lleva a cabo su posterior rehabilitación.
- Programa de Continuación y Seguimiento. Se realizan los seguimientos de los menores hasta los 18 años.
- Programa de Recursos Técnicos. Desde este programa se elaboran los documentos e informes, se realiza la Evaluación Anual de las Unidades de Atención Temprana, se llevan a cabo actividades de coordinación del centro con la Fundación y con los participantes en el PADAI.

Los servicios que ofrece este centro son totalmente gratuitos, y están compuestos por cinco unidades trasversales:

- Unidad Logopédica y Comunicativa: encargada de la estimulación auditiva y comunicativa del lenguaje.
- Unidad Psicológica: proporciona atención psicológica a menores y familias susceptibles de Implante Coclear o con Hipoacusia.
- Unidad de Desarrollo Individual: estimulación, psicomotricidad y comunicación signada.
- Unidad de Atención a Familias: apoyo interfamiliar, escuela de padres y madres, orientación, información y formación.
- Gabinete de Audioprótesis y Banco de Audioprótesis: encargado de valorar la audición, llevar a cabo la adaptación y seguimiento de las prótesis auditivas.

4.3. PROGRAMA DE ATENCIÓN AL DÉFICIT AUDITIVO INFANTIL - PADAI-

El Programa de Atención al Déficit Auditivo Infantil tiene como objetivos detectar, diagnosticar, tratar y rehabilitar de forma precoz (antes de los 6 meses de edad) a los niños y niñas con déficit auditivo para garantizar su desarrollo integral, atendiendo también a sus familias y realizando un seguimiento del niño o niña hasta los 16 años.

Este programa está compuesto por 6 programas específicos:

- ✓ Programa de Cribado Universal de Hipoacusias en el Recién Nacido.

Este programa tiene como objetivo detectar de forma temprana las hipoacusias en los recién nacidos, concretamente antes de los 6 meses, mediante

pruebas de cribado universal, que se desarrollan en los hospitales. Este cribado se realiza mediante Otoemisiones Acústicas (OEA) antes de que el niño/a sea dado de alta del hospital, estas pruebas permiten identificar cualquier pérdida a partir de 30 dB. Para su realización, se pone un auricular que va conectado a una sonda en el conducto auditivo del niño y se le envía un sonido, la respuesta a ese sonido se recoge en un ordenador. Esta prueba es fiable, rápida y sencilla.

En el caso de detección de una hipoacusia, se debe realizar un diagnóstico audiológico completo, para ello se realizan pruebas objetivas, como las Otoemisiones Acústicas (OEA) y los Potenciales Evocados Auditivos de Tronco Cerebral (PEATC), estos últimos se basan en registros de corrientes bioeléctricas en el tronco cerebral, tras la presentación de sonidos. Estos permiten estimar los umbrales de la audición y presentan una sensibilidad del 100%. Pero también es necesario realizar pruebas subjetivas, como son la audiometría lúdica y la audiometría de observación de la conducta. Estas dos pruebas se utilizan para obtener un perfil audiométrico, resultando necesarias para una precisa adaptación protésica y derivación a estudios de implante coclear.

Cuando la hipoacusia está confirmada se derivan a los niño/as al IATYS de la Fundación Vinjoy, o al Centro o Unidad de Atención Temprana correspondiente por área.

- ✓ Programa de Atención al Déficit Auditivo Infantil en Atención Primaria.

Como no todas las hipoacusias están presentes desde el nacimiento, desde la Unidad de Atención Primaria se detectan los casos de hipoacusia de aparición o adquisición tardía, y se encargan de verificar que todos los niños/as han pasado por el cribado universal, además siguen con especial cuidado a aquellos niños/as que poseen factores de riesgo para tener discapacidad auditiva y colaboran con el seguimiento de los sujetos con hipoacusia.

- ✓ Programa de Atención Temprana-Rehabilitación.

Este programa se lleva a cabo en el IATYS, y en otros Centros o Unidades de Atención Temprana de nuestra comunidad autónoma. Los usuarios de este programa son remitidos desde las Unidades de Hipoacusia Infantil y tienen entre 0 y 6 años.

Este programa se encarga de la estimulación motriz, comunicativa, afectiva, cognitiva y educativa del niño o niña, es decir, se realiza una intervención temprana global. Así como también de apoyar a las familias y su relación con los hijos e hijas.

- ✓ Programa de Atención a las Familias.

Desde el IATYS y desde el resto de Unidades de Atención Temprana se debe detectar las necesidades de las familias y diseñar el tipo de intervención adecuado y coherente con cada familia.

La intervención con familias trata de ayudar a éstas a adaptarse a la nueva situación, ofreciéndoles información sobre la hipoacusia o sobre la sordera

e intenta mejorar las relaciones de las familias con sus hijos e hijas, enseñándoles a comunicarse con ellos y dándoles a conocer diferentes asociaciones relacionadas con la discapacidad auditiva.

✓ Programa de Audioprótesis.

El profesional audioprotesista será el encargado de llevar a cabo la adaptación y seguimiento de las prótesis auditivas externas, para los niños/as que precisen de ellas. Este debe adaptar y verificar el rendimiento de las prótesis, además de ayudar a los niños a acostumbrarse a ellas.

La Fundación Vinjoy dispone de un Banco de Audioprótesis para Valoraciones de Implante Coclear (BAIC) y de un Banco de Audioprótesis (BAU) para menores en situación de precariedad socioeconómica o en situaciones excepcionales.

✓ Programa de Atención a Hipoacusias en la Escuela.

La escuela debe detectar problemas auditivos en niños y niñas con edades comprendidas entre los 4 y 14 años. Además, deben realizar un seguimiento del tratamiento y rehabilitación de los niños/as diagnosticados con hipoacusia, a través del Equipo Específico de Auditivos, y con la ayuda de los tutores de los niños/as, los profesores de Pedagogía Terapéutica (PT) y los profesores de Audición y Lenguaje (AL).

5. DISEÑO METODOLÓGICO

Tras definir el marco teórico, normativo y contextual en el que se fundamenta nuestro trabajo, es preciso establecer la metodología y el diseño de la investigación que se adecuarán a los objetivos del estudio, y que plasmaremos en los siguientes subapartados.

5.1. OBJETIVO

El objetivo de esta investigación, como ya hemos comentado en la introducción, es estudiar la diversidad que existe dentro de la discapacidad auditiva, para ello es necesario conocer las características principales de los sujetos que acuden a atención temprana al IATYS.

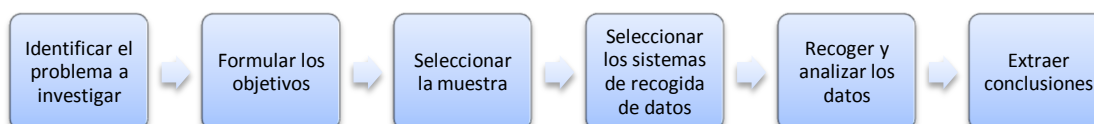
5.2. MÉTODO

Este estudio parte de una metodología de carácter cuantitativo, se trata de una investigación ex post-facto, es decir, investigamos fenómenos o hechos que ya se han producido con anterioridad cuando estudiamos la realidad y sobre los cuales no tenemos control.

Nuestro trabajo puede encuadrarse en los estudios descriptivos, ya que pretendemos describir hechos, fenómenos o características de una población concreta,

los sujetos con hipoacusia que acuden al IATYS. Según Bisquerra (2004:197), los estudios descriptivos “*intentan responder a cuestiones sobre el estado presente de cualquier situación educativa*”. Se trata de realizar descripciones precisas sobre fenómenos educativos.

Para llevar a cabo este estudio hemos seguido los pasos propuestos por Bisquerra (2004), que son los propios de la metodología cuantitativa y que quedan resumidos en el siguiente esquema.



Esquema 6: Pasos metodología Fuente: Elaboración propia

5.3. POBLACIÓN

La población de nuestro estudio son todos sujetos con hipoacusia que han sido acogidos por el IATYS de la Fundación Vinjoy durante el periodo 2008-2011. Para seleccionar los sujetos de esta población, que forman parte de nuestra muestra hemos utilizado un muestreo no probabilístico e intencional, ya que la elección de los mismos se realizó conforme a los siguientes criterios:

- Los sujetos deben de acudir al centro a atención temprana, ya que el colectivo que nos ocupa es el de las personas con discapacidad auditiva que reciben atención temprana.
- Los niños y niñas deben estar escolarizados puesto que necesitamos información sobre su desarrollo integral que nos lo proporciona el informe de escolarización, por ello no seleccionaremos sujetos que hayan acudido al IATYS después del 2011.

En la siguiente tabla presentamos el número de sujetos de la población y de nuestra muestra, en función del año de acogida, así como también el total de los mismos.

	Nº de casos totales	Nº de casos de atención temprana
Acogidas IATYS 2008	31	8
Acogidas IATYS 2009	20	5
Acogidas IATYS 2010	29	10
Acogidas IATYS 2011	37	10
Total	117	33
	Población	Muestra

Tabla 1: Nº sujetos población y muestra Fuente: Elaboración propia

Máster en Intervención e Investigación Socioeducativa

Nuestra muestra está formada por 33 sujetos, de los cuales 14 son niños y 19 niñas, y cuyas características principales están resumidas en la tabla 2. La mayoría de los sujetos llega al IATYS con una edad comprendida entre los 0 y 12 meses (69,7%), esto quiere decir que se está desarrollando de forma efectiva la detección precoz, puesto que no existen casos que lleguen al IATYS con 37 meses o más, siendo pocos los que llegan entre los 13 y 24 meses (21,2%) y menos aún entre los 25 y 36 meses (9,1%). Destacar que existe un alto porcentaje de población de etnia gitana (27,3%) frente a la población de etnia no gitana (72,7%).

La mayoría de sujetos que conforman nuestra muestra viven en entornos urbanos (54,5%), en entornos semiurbanos residen pocos sujetos (24,2%), al igual que en entornos rurales (21,2 %). De estos sujetos, solamente una minoría (39,4%) asiste a la guardería, frente a los que no asisten (60,6%).

Variabes	Etiquetas	N	%
Sexo	1: Niño	14	42,4
	2: Niña	19	57,6
Edad	1: 0-12 meses	27	69,7
	2: 13-24 meses	7	21,2
	3: 25-36 meses	3	9,1
	4: 37-48 meses	0	0
Etnia	1: Gitana	9	27,3
	2: No gitana	24	72,7
Entorno	1: Urbano	18	54,5
	2: Semiurbano	8	24,2
	3: Rural	7	21,2
Asistencia a guardería	1: Si	13	39,4
	2: No	20	60,6

Tabla 2: Características muestra Fuente: elaboración propia

5.4. DEFINICIÓN VARIABLES

Las variables que hemos seleccionado para llevar a cabo esta investigación son en su mayoría variables nominales, aunque también contamos con varias variables ordinales y de escala. En la tabla siguiente aparecen definidas las variables establecidas.

Variable	Definición conceptual o constitutiva
Sexo	Niño/ Niña
Edad	Edad con la que el niño o niña llega al IATYS 0-12meses/13-24meses/ 25-36 meses/37-48 meses
Etnia	Gitana/ No gitana
Entorno	Ambiente que rodea a la persona, ya sea urbano (ciudad), semiurbano (pueblo grande) o rural (pueblo pequeño o aldea)
Asistencia a guardería	El niño o niña asiste a regularmente a una guardería infantil o jardín de infancia, o por el contrario no asiste.

Máster en Intervención e Investigación Socioeducativa

Nº de hermanos/as	Número de personas que con respecto al caso tiene el mismo padre y la misma madre, o solamente el mismo padre o la misma madre.
Lugar que ocupa entre los hermanos/as	Posición que ocupa el niño o la niña entre sus hermanos, sí los tiene, según edad, de mayor edad a menor.
Discapacidad hermanos	Si/No
Tipo de Discapacidad hermanos	Tipo de discapacidad que presentan los hermanos. Auditiva/ Otra discapacidad
Audición padres	Existencia de padres o madres con hipoacusia o por el contrario son padres o madres oyentes
Composición de la familia	Características de la familia del caso, familia nuclear compuesta por dos progenitores y sus hijos, familia monoparental compuesta por un padre y sus hijos, familia monomarental compuesta por una madre y sus hijos, o familia extensa compuesta por los progenitores, los hijos y otros parientes, como los tíos, los abuelos, los primos, etc. O por el contrario el niño está en un centro de acogida, no convive con su familia.
Nivel de implicación de la familia	Implicación y colaboración de las familias con los profesionales del IATYS que realizan las intervenciones con sus hijos. Colaboradora/ No colaboradora.
Grado de autonomía de la familia	La familia del niño necesita ayuda social o por el contrario es autónoma, o aún siendo autónoma necesita de ciertos apoyos sociales.
Nivel socioeconómico de la familia	Alto/Medio/Bajo
Tipo de hipoacusia según localización de la lesión	Características de la hipoacusia según la localización de la lesión, hipoacusia de conducción o de transmisión, hipoacusia neurosensorial o de percepción, hipoacusia mixta, hipoacusia central, sin definir o no aparece en el informe.
Tipo de hipoacusia según momento de aparición	Características de la hipoacusia según el momento en el que ésta aparece, por lo tanto puede ser prelocutiva o postlocutiva,
Tipo de hipoacusia según el oído afectado	Hipoacusia Bilateral/ Hipoacusia Unilateral
Grado de pérdida auditiva	Grado de intensidad de la pérdida auditiva, puede ser leve (20-40 dB), moderada (40-70 dB), severa (70-90 dB) y profunda (más de 90 dB)
Causas de la hipoacusia	Si son causas conocidas o por el contrario son desconocidas
Tipo de causas de la hipoacusia	Las causas de la hipoacusia pueden ser genéticas, prenatales, neonatales o postnatales.

Máster en Intervención e Investigación Socioeducativa

Otras discapacidades asociadas	Si presenta o no otro tipo de discapacidades.
Tipo discapacidades asociadas	Las personas con hipoacusia pueden tener otras discapacidades asociadas, y pueden ser discapacidad sensorial, física, psíquica o varias de las anteriores.
Programa screening auditivo	Si al niño se le ha realizado o no el programa ejecutado en los hospitales a los todos los neonatos o a aquellos con riesgo de padecer hipoacusia, de esta forma se detecta precozmente esta discapacidad.
Tipo de atención IATYS	Atención que el niño o niña recibe en el IATYS, puede ser intensiva, acude 2 veces a la semana, combinada con otras Unidades de Atención Temprana cercanas al domicilio del niño o niña o limitada, aquellos casos que por diferentes motivos no pueden acudir al IATYS semanalmente y lo hacen de forma mensual.
Asistencia IATYS	Nivel de asistencia del niño o niña a las sesiones del IATYS. Alto nivel de asistencia/ Asistencia regular/ Bajo nivel de asistencia
Logopedia	En el tratamiento recibido en el IATYS se le proporciona al niño o niña sesiones de logopedia o no.
Comunicación signada	En el tratamiento recibido en el IATYS se le proporciona el conocimiento de la lengua de signos o no.
Estimulación	En el tratamiento proporcionado por el IATYS se interviene con el niño o niña en sesiones de estimulación o no.
Atención Psicológica	En el tratamiento recibido en el IATYS se le proporciona a la familia del niño o niña atención psicológica o no.
Atención a familias	En el tratamiento proporcionado por el IATYS la familia recibió o no atención, información y orientación.
Audífonos	El niño o niña utiliza audífonos o no los utiliza.
Edad audífonos	Edad con la que se le han puesto al niño o la niña los audífonos, 0-12meses/13-24meses/ 25-36 meses/37-48 meses
Aceptación audífonos	Grado por el cual la familia de los niños acepta los audífonos, Muy buena aceptación/ Buena aceptación/ Regular aceptación/Mala aceptación
Implante Coclear	El niño o niña lleva implante coclear o no lo lleva.
Edad implante coclear	Edad con la que se implantó al niño o niña, 0-12meses/13-24meses/ 25-36 meses/37-48 meses
Desarrollo lingüístico y comunicativo	Superior a la edad/ Adecuado a la edad/ Inferior a la edad
Desarrollo cognitivo	Superior a la edad/ Adecuado a la edad/ Inferior a la edad
Desarrollo motriz	Superior a la edad/ Adecuado a la edad/ Inferior a la edad

Tabla 3: Definición de las variables Fuente: Elaboración Propia

Máster en Intervención e Investigación Socioeducativa

Las variables establecidas tienen un carácter socioeducativo, ya que además del componente social (entorno del niño, su familia, etc.) aparecen componentes educativos como el desarrollo lingüístico, comunicativo, cognitivo y motriz del niño o niña, ya que así son los programas que la institución Fundación Vinjoy desarrolla con este tipo de personas.

Para una mayor facilidad en el tratamiento de los datos hemos decidido agrupar estas variables en seis dimensiones de contenido, quedando organizadas de la siguiente manera:

Dimensiones	Variables
Dimensión I: Sociodemográfica	Sexo (Niño/ Niña)
	Edad (0-12meses/13-24meses/ 25-36 meses/ 37-48 meses)
	Etnia (Gitana/ No gitana)
	Entorno (Urbano/ Semiurbano/Rural)
	Asistencia a guardería (Si/No)
Dimensión II: Familia	Nº de hermanos
	Lugar que ocupa entre los hermanos
	Discapacidad hermanos (Si/No)
	Tipo de discapacidad hermanos (Auditiva, Otra discapacidad)
	Audición padres (Padres oyentes/Padres hipoacúsicos)
	Composición de la familia (Familia nuclear/Familia monoparental/Familia monomarental/Familia extensa/Está en centro)
	Nivel de implicación (Colaboradora/No colaboradora)
	Grado de autonomía de la familia (Autónomas/Autónomas con apoyos sociales, ayuda social)
	Nivel socioeconómico (Alto/Medio/Bajo)
Dimensión III: Audición	Tipo de hipoacusia según localización de la lesión(Hipoacusia de transmisión/Hipoacusia neurosensorial/Hipoacusia mixta/Hipoacusia central /Sin definir/No aparece en el informe)
	Tipo de hipoacusia según el momento de aparición (Hipoacusia prelocutiva/Hipoacusia postlocutiva)
	Tipo de hipoacusia según la afectación del oído (Bilateral/Unilateral)
	Grado pérdida auditiva (Leve/Moderada/Severa/Profunda)
	Conocimiento causas de la hipoacusia (Si/No)
	Tipo causas de la hipoacusia (Genéticas/Prenatales/Neonatales/Postnatales)
	Programa <i>screening</i> auditivo (Si/No)
	Otras discapacidades asociadas (Si/No)
	Tipo discapacidades asociadas (Sensorial/Física/Psíquica/Varias)
Dimensión IV: Atención Temprana IATYS	Tipo de atención IATYS (Intensiva/Combinada/Limitada)
	Nivel de asistencia IATYS (Alto/Bajo/Medio)
	Recibe logopedia (Si/No)
	Recibe comunicación signada (Si/No)
	Recibe estimulación (Si/No)
	Recibe atención psicológica(Si/No)
Recibe atención a familias (Si/No)	
Dimensión V:	Lleva audífonos (Si/No)

Prótesis auditivas	Edad audífonos (0-12 meses/13-24 meses/25-36 meses/37-48 meses)
	Grado aceptación audífonos (Muy buena aceptación/Buena aceptación/Aceptación regular/Mala aceptación)
	Tiene implante coclear (Si/No)
	Edad implante coclear (0-12 meses/13-24 meses/25-36 meses/37-48 meses)
Dimensión VI: Desarrollo integral	Desarrollo lingüístico y comunicativo (Superior a la edad/ Adecuado a la edad/Inferior a la edad)
	Desarrollo cognitivo(Superior a la edad/Adecuado a la edad/Inferior a la edad)
	Desarrollo motriz (Superior a la edad/Adecuado a la edad/Inferior a la edad)

Tabla 4: Dimensiones y variables Fuente: Elaboración propia

Estas dimensiones nos permiten agrupar los datos dependiendo de la información que nos proporcionan las variables. La dimensión “sociodemográfica” nos aporta información clasificatoria de los sujetos, la dimensión “familia”, como su propio nombre indica nos proporciona datos sobre la familia de los sujetos y su relación con el IATYS. La dimensión “audición” nos detalla las características de la hipoacusia de los sujetos. La dimensión “atención temprana” recoge las variables que nos proporcionan información sobre el IATYS y la atención que los sujetos reciben allí. La dimensión “prótesis auditivas” nos aporta datos sobre las prótesis que utilizan los sujetos. Y por último, la dimensión “desarrollo integral”, recoge las variables sobre el desarrollo integral de los sujetos.

5.5. INSTRUMENTOS DE RECOGIDA DE DATOS

Siguiendo a Bisquerra (2004) los principales instrumentos para la recogida de información en los estudios descriptivos son las pruebas estandarizadas de rendimiento, los instrumentos de observación en clase, las escalas de actitud, los cuestionarios, las entrevistas y el análisis de contenido.

Teniendo en cuenta lo anterior y para alcanzar el objetivo de nuestra investigación hemos seleccionado como instrumento de recogida de información el análisis de contenido, debido a la imposibilidad de acceder a los sujetos que forman parte de esta investigación, los cuáles probablemente no serían capaces de proporcionarnos la información necesaria o lo harían de una manera sesgada. Además, la utilización de fuentes documentales del centro, cuya información se encuentra contrastada por diversos organismos como la Unidad de Hipoacusia Infantil y los Servicios Sociales, nos permite obtener información precisa y fiable de cada sujeto. Asimismo destacar que esta es la información a la que se nos permitió el acceso, por lo tanto la elección de esta técnica también está condicionada por la accesibilidad.

Las fuentes documentales analizadas son los informes médicos de la Unidad de Hipoacusia Infantil, la transcripción de la entrevista de acogida al IATYS, el informe de escolarización, los Planes Personalizados del Desarrollo y las anotaciones que los

profesionales realizan sobre fenómenos o hechos importantes que hayan ocurrido en relación al sujeto.

Para facilitar la recogida de datos, elaboramos una matriz de datos con el programa estadístico IBM-SPSS (v.21), en la que incluimos los 33 sujetos y las variables previamente establecidas.

5.6. PROCEDIMIENTO

Una vez planificada la investigación, acudimos al centro para realizar el muestreo, así como también un pilotaje sobre la técnica de recogida de datos. Para ello, recogimos la información sobre cinco casos.

Con este pilotaje nos dimos cuenta que existían aspectos de las variables que debíamos cambiar, mejoramos la definición de la variable “características de la familia”, “grado de pérdida auditiva”, y “nº de hermanos”, y añadimos dos variables nuevas “nivel socioeconómico de la familia” y “etnia”, ya que tras la revisión de la información encontramos necesario recoger datos sobre estos contenidos. De la misma forma, eliminamos una de las variables “nivel de comunicación signada”, ya que no teníamos suficiente información para establecer una valoración acertada.

Una vez terminado el pilotaje recogimos los datos para los 33 casos, para ello utilizamos la información del informe de la Unidad de Hipoacusia Infantil, la transcripción de la entrevista de acogida realizada a los padres cuando llegan al IATYS, los documentos de los seguimientos realizados por los profesionales y el informe de valoración para la escolarización, así como las anotaciones de importancia que los profesionales del IATYS iban realizando durante el periodo en el que el niño o niña recibió atención temprana en el centro.

La temporalización de esta recogida de información se puede establecer en dos semanas, incluyendo la realización del pilotaje de la matriz de datos

5.7. ANÁLISIS DE DATOS

Tras la recogida de la información procedimos a su análisis a través del programa estadístico IBM-SPSS (v.21).

Inicialmente, realizamos una depuración de los datos, para identificar en cada variable los valores perdidos y los válidos. Por ello, realizamos tablas de distribución de frecuencias para cada variable de nuestro estudio. De esta forma podemos analizar las características de nuestra muestra.

Finalmente, realizamos un análisis de correlaciones mediante la utilización de tablas de contingencia y del estadístico Chi-Cuadrado. Hemos realizado un cruce de todas las variables. Los resultados obtenidos mediante este cruce de variables nos permiten valorar la existencia o no de asociaciones y diferencias entre las variables, es decir, entre las características de la hipoacusia de los sujetos, las características familiares y la atención recibida en el IATYS.

Destacar, por último que utilizamos el programa Excel para la realización de los gráficos, que nos permiten una mayor visualización y comprensión de las asociaciones entre las diferentes variables.

6. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Tras el análisis de datos podemos afirmar que la mayoría de los casos son del sexo femenino (57,6%), y que mayoritariamente viven en un entorno urbano (54,4%) frente a los que viven en entornos semiurbanos o rurales, obteniendo estos últimos un porcentaje muy similar entre ellos, como se puede observar en los siguientes gráficos. Esto hecho puede deberse a la ubicación del centro en una zona urbana, a la existencia de mayor población en las zonas urbanas que en las zonas rurales, o incluso a que normalmente y siempre que es posible, las familias con hijos/as con problemas o discapacidades que residen en las zonas rurales, suelen trasladarse a las zonas urbanas, para poder disponer de mayores recursos. Sería adecuado, en posteriores investigaciones, conocer las causas de este fenómeno.

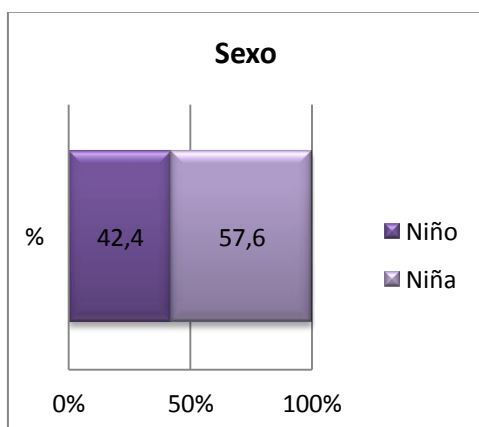


Gráfico 1: Frecuencias variable "Sexo"

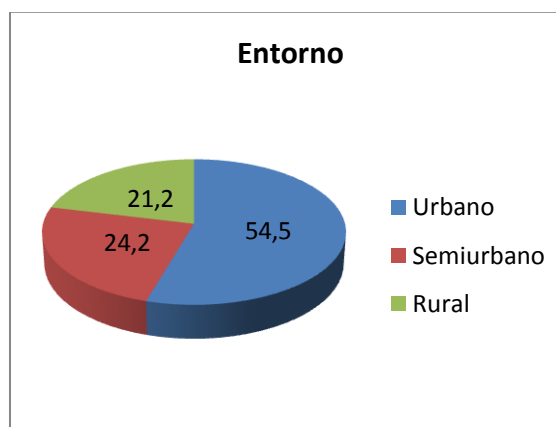


Gráfico 2: Frecuencias variable "Entorno"

Como podemos ver en la tabla siguiente, la mayoría de los casos acuden al IATYS con una edad entre 0 y 12 meses. Lo que quiere decir, que se está desarrollando de forma adecuada la detección precoz de las hipoacusias en los hospitales.

EDAD		Frecuencia	% válido
Válidos	Entre 0 y 12 meses	23	69,7
	De 13 a 24 meses	7	21,2
	De 25 a 36 meses	3	9,1
	Total	33	100,0

Tabla 5: Frecuencias variable "Edad" Fuente: Elaboración propia

Más de una cuarta parte de los casos son de etnia gitana, en concreto un 27,3%, un porcentaje bastante elevado si tenemos en cuenta que el resto sujetos de etnia no gitana conforman un 72,7% del total. Este dato es habitual en la mayoría de

investigaciones realizadas, ya que según Tuset, Roca, Alamillo, y Martorell (2012) existen numerosos estudios que afirman la prevalencia de la hipoacusia hereditaria en la población de etnia gitana, debido a las altas tasas de consanguinidad que este colectivo presenta, concretamente denominada, por estos autores, el no síndrome de sordera prelocutiva y el síndrome miasténico congénito, que han sido investigados por Seeman y Sisková (2006, citados por Tuset, Roca, Alamillo, y Martorell 2012:78).

Existe un porcentaje muy elevado de casos que no asisten a la guardería (60,6%), frente a los que si asisten (39,4%). Aspecto negativo y que llama la atención, ya que actualmente la mayoría de los niños/as acude a algún centro infantil. Por ello, se debe fomentar en las familias los aspectos positivos que sobre los niños/as con hipoacusia produce el acudir a la guardería e interactuar con otros niños/as de su edad.

De los niños/as que tienen hermanos/as (57,6%) menos de una cuarta parte tiene discapacidad (21,1%), esta discapacidad es auditiva en tres cuartas partes de los casos (75 %).

Los padres de los sujetos son en su mayoría oyentes (81,8%) frente al 18,2% que tienen hipoacusia. Aspecto que va en concordancia con los datos obtenidos por la CODEPEH (1999), que muestran que más del 90% de los niños con hipoacusia nacen en el seno de familias cuyos padres son oyentes.

Las familias son mayoritariamente nucleares (81,8%) y una cuarta parte de esas familias no se implican ni colaboran con los profesionales del centro durante el tratamiento de sus hijos. La mayoría de estas familias son autónomas (54,5%), no dependen de los Servicios Sociales, a pesar de que una cuarta parte de ellas precisan ayudas sociales (24,2). La mayoría de las familias tienen un nivel socioeconómico medio (67,7%), seguidas del bajo (25,8%).

En cuanto a la hipoacusia según la localización de la lesión, podemos afirmar que en la mayoría de los casos no se especifica el tipo de hipoacusia en el informe médico (53,1%). Sin embargo, en los que aparece especificada, la mayoría tienen hipoacusia neurosensorial (43,8%) frente a la hipoacusia de conducción (3,1%). No obstante, no existen sujetos con hipoacusias mixtas ni con hipoacusias centrales, al igual que no hay sujetos en los cuales el tipo de hipoacusia esté sin definir. Es habitual en la mayoría de investigaciones, que la hipoacusia neurosensorial predomine ante el resto de hipoacusias, Benito y Silva (2013) en sus estudios afirman que la hipoacusia neurosensorial es la discapacidad sensorial más frecuente entre la población.

Según el momento de aparición el 100% de los casos padecen hipoacusias prelocutivas, es decir, su hipoacusia es previa a la adquisición del lenguaje. Este dato no

resulta sorprendente porque los datos los hemos extraído de la Unidad de Atención Temprana.

También podemos afirmar que la mayoría de los niños/as tienen hipoacusias bilaterales (97%), y que solamente el 3,0% tienen hipoacusia unilateral. Este dato nos parece relevante, ya que podríamos afirmar que en las hipoacusias prelocutivas prevalecen aquellas que afectan a los dos oídos, las bilaterales.

En cuanto a la pérdida auditiva podemos observar que predominan los sujetos con pérdidas moderadas (33,3%) aunque el porcentaje no se diferencia en gran medida de los sujetos con pérdidas profundas (24,2%), seguidos con unos porcentajes similares los casos con pérdidas leves y la severas (21,2% ambas).

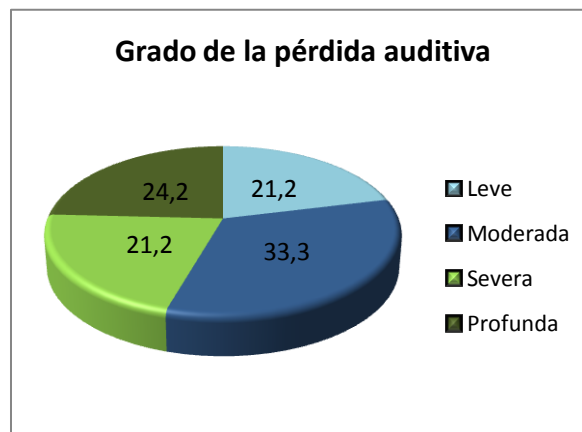


Gráfico 3: Frecuencias variable "Grado de la pérdida auditiva"

Las causas de la hipoacusia son en más de la mitad de los casos conocidas (54,5%) frente a las desconocidas (45,5%). Estas causas son en la misma proporción genéticas (33%) y neonatales (33%), seguidas de las causas prenatales y postnatales (16,7% en ambas). Como podemos ver en la tabla que sigue.

TIPO CAUSAS HIPOACUSIA		Frecuencia	% válido
Válidos	Genéticas	6	18,2
	Prenatales	3	9,1
	Neonatales	6	18,2
	Postnatales	3	9,1
	Total	18	54,5
Perdidos		15	45,5
Total		33	100,0

Tabla 6: Frecuencias variable "Tipo de causas de la hipoacusia" Fuente: Elaboración propia

Un poco más de una cuarta parte de los niños y niñas tienen otras problemáticas asociadas a la discapacidad auditiva, en su mayoría son problemas psíquicos (77,8%), el más común es el trastorno del espectro autista, seguidos de los problemas físicos

(11,1%) y de aquellos casos que tienen varios problemas asociados (11,1%), es decir, tienen tanto problemas físicos como psíquicos.

Al 100% de los niños/niñas se les ha realizado el programa *screening* en el momento del nacimiento. Dato que consideramos positivo, debido a que demuestra que en nuestra comunidad autónoma, se están llevando a cabo los programas de detección precoz de forma correcta y habitual.

La mayoría de los sujetos reciben una atención intensiva (78,8%) en el IATYS, es decir, acuden a dos sesiones semanales, frente al 18,2% que reciben atención combinada con otras unidades de atención temprana, y al 3,0% que se les proporciona atención limitada, puesto que por determinadas características del sujeto o de la familia, sólo pueden acudir una vez cada quince días. Por lo tanto, podemos afirmar que a la mayoría de sujetos del centro se les proporciona una adecuada atención de forma intensiva. Cabe destacar que más de una cuarta parte de los sujetos tienen un bajo nivel de asistencia al IATYS (27,3%), frente al 57,6% que presentan un alto nivel de asistencia y aquellos sujetos que acuden regularmente (15,2%). Por lo tanto, la mayoría de ellos tienen un nivel de asistencia alto, aunque el dato negativo es el gran porcentaje de sujetos con un nivel de asistencia bajo. Por lo que se deberían establecer medidas u orientaciones que promuevan la asistencia al IATYS.

Teniendo en cuenta las necesidades que precisan las personas con discapacidad auditiva, el 100% de los casos reciben tratamiento de logopedia. Además, se proporciona atención a familias, facilitando orientación e información a las mismas, no sólo desde el centro sino también desde la Oficina de Acción Social y Acompañamiento de la Fundación Vinjoy, que cuenta con Trabajadora Social para asesorar y ayudar a estas familias. No obstante sólo el 33% recibe comunicación signada. La mayoría de los sujetos reciben estimulación (87,9%), pero solamente el 42,4% recibe atención psicológica. La participación en estos servicios queda reflejada en el siguiente gráfico.

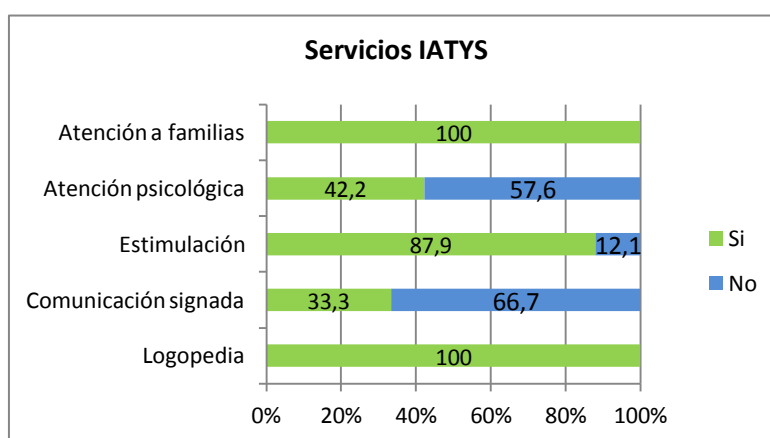


Gráfico 4: Frecuencias de las variables que conforman los servicios del IATYS

La mayoría de los niños/as llevan audífonos (72,7%), no obstante pocos más de una cuarta parte tienen implante coclear, como podemos observar en el gráfico que sigue al texto. Sin embargo, esto no quiere decir que los sujetos que no llevan audífono son los que tienen implante coclear, ya que existen sujetos que tienen prótesis combinadas de audífono e implante. En general, se les suele poner el audífono entre los 13 y 24 meses (54,2%). El grado de aceptación de los audífonos por parte de las familias es bueno (40,9%), a pesar de que existe un porcentaje elevado de familias cuya aceptación es regular (27,3%), y de que es mayor el porcentaje de familias con mala aceptación (18,2) que el de aquellas que poseen una muy buena aceptación (13,6). La edad con la que se suele poner el implante coclear a los niños/as está entre los 25 y 36 meses (44,4%).

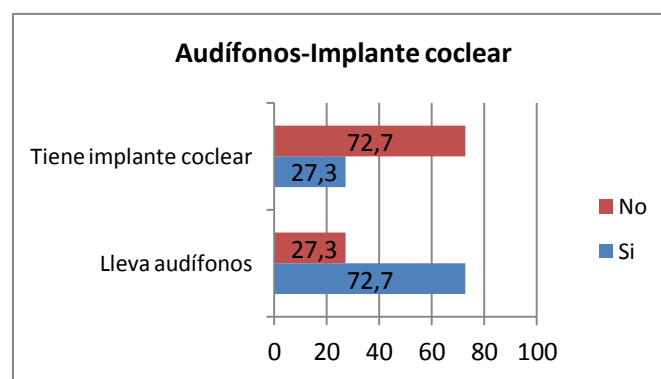


Gráfico 5: Frecuencias variables "Lleva audífonos" y "Tiene implante coclear"

En cuanto al desarrollo lingüístico y comunicativo los porcentajes están muy igualados, el 51,5% tienen un desarrollo adecuado a la edad frente al 48,5% los cuales están por debajo de su edad. Más de la mitad de los niños/as tienen un desarrollo cognitivo (66,7%) y motriz (69,7%) adecuado a su edad. Estas variables se reflejan en el siguiente gráfico.

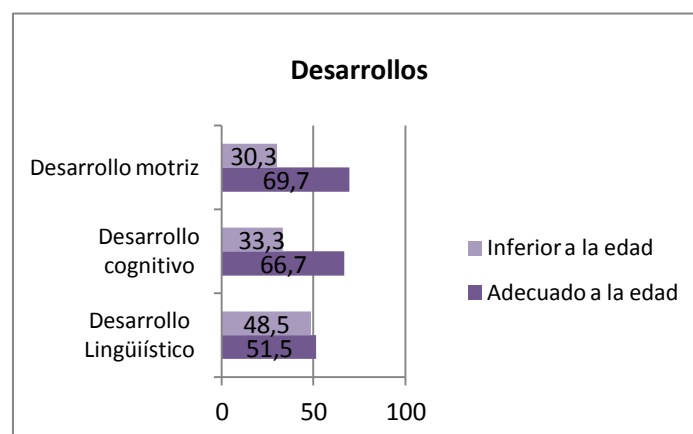


Gráfico 6: Frecuencias de las variables del desarrollo

Podemos afirmar que la mayoría de los sujetos con hipoacusia tienen un desarrollo motriz (69,7%) y cognitivo (66,7%) adecuado a la edad, lo que indica que el hecho de tener hipoacusia no está en relación con un nivel cognitivo y motriz inferior. Sin embargo, en el desarrollo lingüístico y comunicativo existe un porcentaje alto de sujetos cuyo desarrollo es inferior a la edad (48,5%), debido a que la audición es clave para conseguir un adecuado desarrollo lingüístico y comunicativo.

6.1. RELACIONES ENTRE VARIABLES

Una vez que hemos analizado las asociaciones entre las diferentes variables, mediante la prueba Chi-Cuadrado y las tablas de contingencia, presentamos los resultados en los siguientes subapartados.

6.1.1. DIMENSIÓN I: SOCIODEMOGRÁFICA

▪ SEXO

En los cruces de la variable “sexo” con el resto de variables no hemos encontrado asociaciones significativas en ninguno de ellos. Esto nos muestra que no existen diferencias entre los sujetos debidas al sexo, por lo tanto se puede deducir que la hipoacusia no tiene relación con el sexo. Esto se ve corroborado por el estudio realizado por Rodríguez (2013), en el cual que se afirma que el sexo no influye en la prevalencia de la hipoacusia.

Además, en el IATYS no se presentan diferencias en la atención en cuanto al género. Por lo tanto, nos encontramos ante un centro en el que se fomenta la igualdad de género.

▪ ENTORNO

La variable que nos proporciona información sobre el entorno en el que residen los sujetos (urbano/semiurbano/rural) no presenta asociaciones significativas con ninguna de las variables de nuestro estudio, lo que indica que el lugar de residencia del sujeto, ya sea en un entorno urbano, semiurbano o rural, no influye en las características de la hipoacusia ni tampoco en la atención recibida en el IATYS, ya que el centro trata en igualdad de condiciones a todos los sujetos, independientemente de su lugar de residencia.

▪ ETNIA

En la siguiente tabla se presentan los resultados obtenidos en la prueba Chi-cuadrado, que permite conocer el grado de asociación entre la variable “etnia” y el resto de variables del estudio.

Variables	N	% válido	Valor	gl	Significación
Etnia*Entorno	33	100,0	0,029	2	,986
Etnia*Asistencia a guardería	33	100,0	4,146	1	,042
Etnia*Nº de hermanos	33	100,	9,576	4	,048
Etnia*Posición hermanos	19	57,6	7,475	4	,113
Etnia*Discapacidad Hermanos	19	57,6	0,377	1	,539
Etnia*Tipo discapacidad hermanos	4	12,1	1,333	1	,248
Etnia*Audición padres	33	100,0	0,136	1	,712
Etnia*Composición familiar	33	100,0	1,910	3	,591
Etnia*Nivel implicación familiar	31	93,9	13,628	1	,000
Etnia*Grado autonomía familiar	31	93,9,0	13,881	2	,001
Etnia*Nivel socioeconómico familiar	31	93,9	13,715	2	,001
Etnia*Tipo hipoacusia según localización lesión	32	97,0	2,818	2	,244
Etnia*Tipo de hipoacusia según afectación oídos	33	100,0	0,387	1	,534
Etnia*Grado de pérdida auditiva	33	100,0	3,961	3	,266
Etnia*Conocimiento causas hipoacusia	33	100,0	0,733	1	,392
Etnia*Tipo de causas hipoacusia	18	54,5	5,250	3	,154
Etnia*Otras discapacidades asociadas	33	100,0	1,630	1	,202
Etnia*Tipo discapacidades asociadas	9	27,3	0,321	2	,852
Etnia*Nivel asistencia IATYS	33	100,0	16,348	2	,000
Etnia*Tipo de atención IATYS	33	100,0	5,077	2	,079
Etnia*Recibe comunicación signada	33	100,0	0,000	1	1,000
Etnia*Recibe atención psicológica	33	100,0	2,068	1	,150
Etnia*Lleva audífonos	33	100,0	4,641	1	,031
Etnia*Edad audífonos	24	72,7	5,216	2	,074
Etnia*Grado aceptación audífonos	22	66,7	3,306	3	,347
Etnia*Tiene implante coclear	33	100,0	1,630	1	,202
Etnia*Edad implante coclear	9	27,3	3,938	2	,140
Etnia*Desarrollo lingüístico y comunicativo	33	100,0	8,088	1	,004
Etnia*Desarrollo cognitivo	33	100,0	0,688	1	,407
Etnia*Desarrollo motriz	33	100,0	1,172	1	,279

Tabla 7: Resultados variable etnia*resto de variables Fuente: Elaboración propia

Las variables “Etnia” y “Asistencia a guardería” ($p=0,042$) presentan una asociación significativa, en el gráfico 7 podemos observar cómo la proporción de sujetos de etnia gitana que acuden a la guardería (1/9) es significativamente inferior a la de los sujetos de etnia no gitana que acuden a la guardería (12/24). Por lo tanto, podríamos afirmar que los sujetos de etnia no gitana acuden a la guardería en mayor medida que los sujetos de etnia gitana.

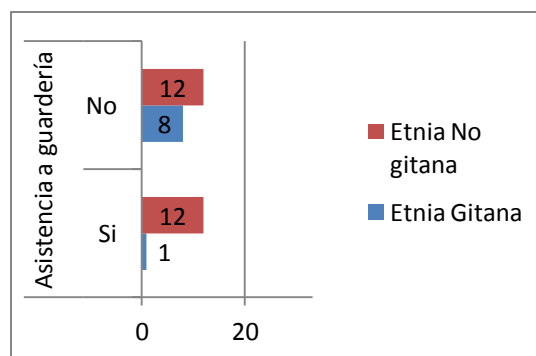


Gráfico 7: Relación etnia y asistencia a guardería

La asociación significativa entre las variables “Etnia” y “Nº de hermanos” ($p=0,048$) muestra como los sujetos de etnia gitana tienen un mayor número de hermanos que los sujetos de etnia no gitana, dentro de cuyo grupo la mayoría no suelen tener hermanos o solamente tiene uno.

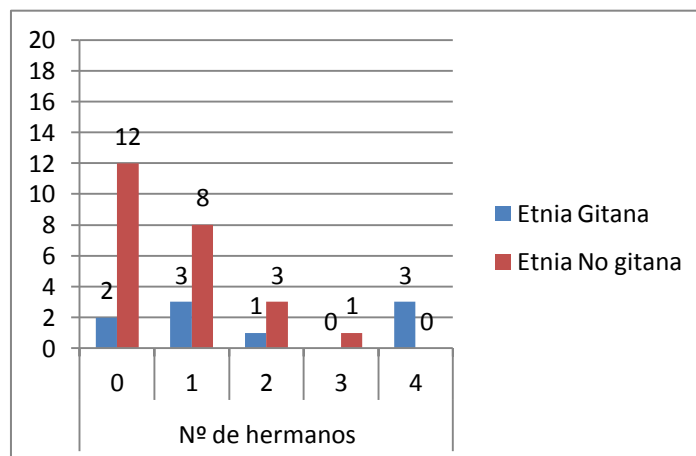


Gráfico 8: Relación Etnia y Nº de hermanos

La asociación significativa entre las variables “Etnia” y “Nivel de implicación familiar” ($p=0,000$) indica que la mayoría de las familias de etnia gitana no colaboran con los profesionales del IATYS (6/8), es decir su nivel de implicación es bajo, mientras que la mayoría de las familias de etnia no gitana colaboran con los profesionales del centro (21/23), teniendo un alto nivel de implicación.

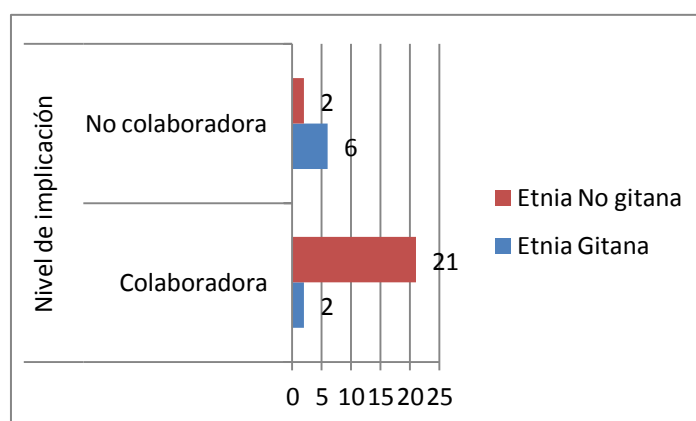


Gráfico 9: Relación Etnia y Nivel de implicación familiar

La asociación entre las variables “Etnia” y “Grado de autonomía familiar” ($p=0,001$) muestra que la proporción de familias de etnia no gitana que son autónomas (16/23), es decir que no dependen de los Servicios Sociales, es significativamente mayor que la proporción de familias de etnia gitana que también son autónomas (2/8), al igual que la proporción de familias que son autónomas pero cuentan con ciertos apoyos sociales, aquellas que no dependen de los Servicios Sociales, pero si precisan de ciertas ayudas. Sin embargo, la proporción de familias de etnia no gitana que precisan de ayuda

social (2/23), es decir dependen de los Servicios Sociales, es significativamente inferior a la proporción de familias gitanas (6/8).

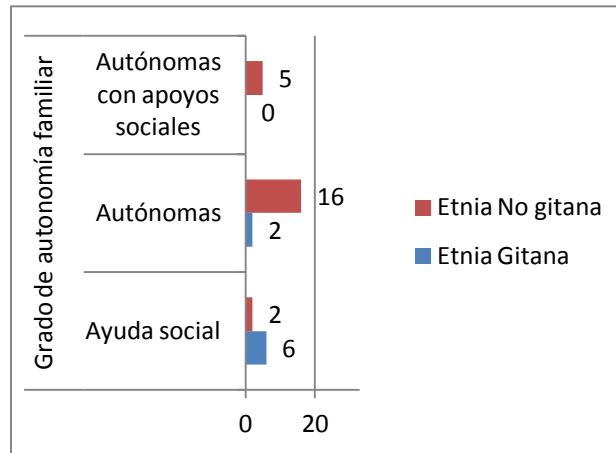


Gráfico 10: Relación Etnia y Grado de autonomía familiar

La asociación entre las variables “Etnia” y “Nivel socioeconómico familiar” ($p=0,001$) nos muestra que la proporción de familias de etnia gitana con un nivel socioeconómico bajo (6/8) es significativamente mayor que la proporción de familias de etnia no gitana (2/23). Por el contrario, la proporción de familias de etnia gitana con un nivel socioeconómico medio (2/8) es significativamente inferior a las familias de etnia no gitana (19/23), al igual que ocurre con el nivel socioeconómico alto, ya que sólo 2 familias se encuentran situadas en este nivel y pertenecen a la etnia no gitana.

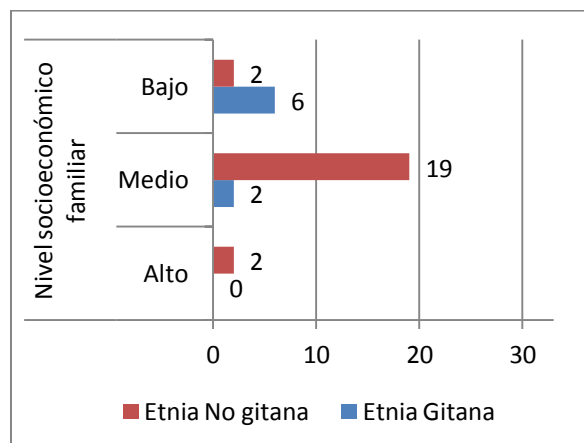


Gráfico 11: Relación etnia y Nivel socioeconómico familiar

Las variables cruzadas “Etnia” y “Nivel de asistencia IATYS” presentan una asociación significativa ($p=0,000$) que nos indica que el número de sujetos de etnia gitana que tienen un nivel de asistencia bajo (7/9) es significativamente mayor al de los sujetos de etnia no gitana (2/24). Asimismo, el número de sujetos de etnia gitana que tienen un nivel de asistencia alto (1/9) es significativamente inferior al de los sujetos de etnia no gitana (18/24), al igual que el número de sujetos de etnia gitana que tienen un nivel de asistencia medio (1/9) frente a los de etnia no gitana (4/24).

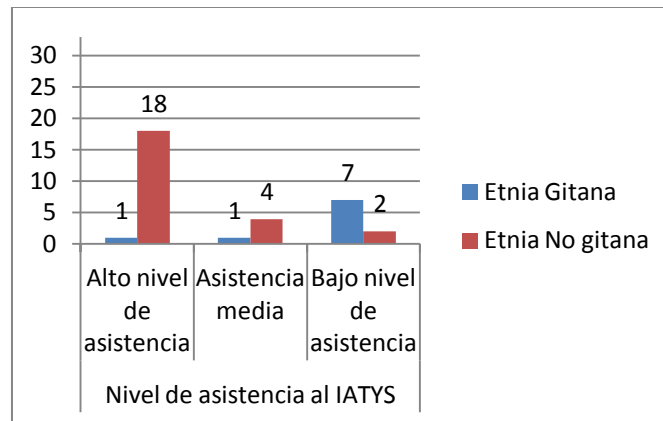


Gráfico 12: Relación etnia y nivel de asistencia

El cruce de las variables “Etnia” y “Lleva audífonos” muestra una asociación significativa ($p=0,031$) que nos indica que la proporción de sujetos de etnia no gitana que no lleva audífonos (9/24) es significativamente superior a la proporción de sujetos de etnia gitana (0/9). Por lo tanto, se podría afirmar que todos los sujetos de etnia gitana llevan audífonos, frente a los sujetos de etnia no gitana, que a pesar de que la mayoría llevan audífonos, existe un porcentaje significativamente alto de sujetos que no los llevan.

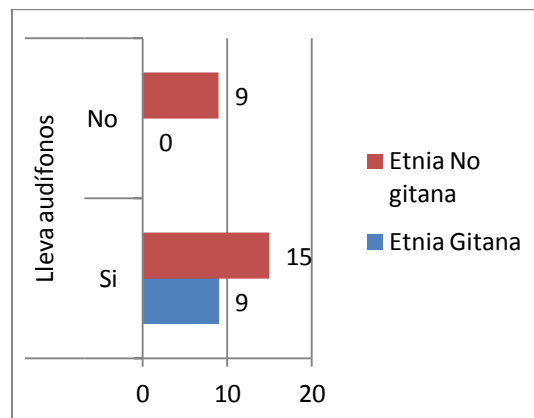


Gráfico 13: Relación etnia y lleva audífonos

La asociación entre la variable “Etnia” y “Desarrollo lingüístico y comunicativo” ($p=0,004$) indica que la proporción de sujetos de etnia gitana que tienen un desarrollo lingüístico y comunicativo adecuado a la edad (1/9) es significativamente inferior a la proporción de sujetos de etnia no gitana (16/24).

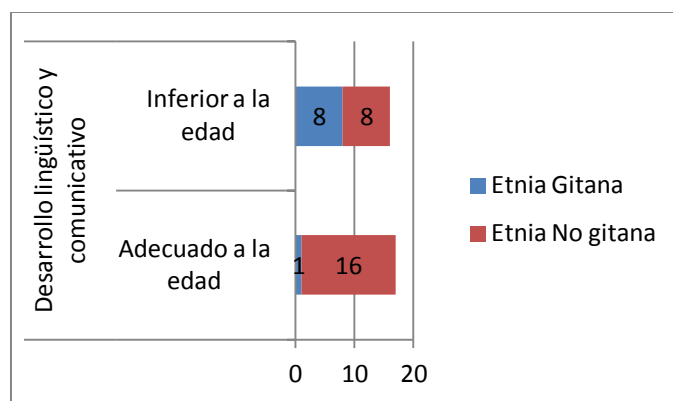


Gráfico 14: Relación etnia y desarrollo lingüístico y comunicativo

Podemos concluir que la variable “etnia” establece grandes diferencias entre los sujetos en cuanto a su desarrollo lingüístico y comunicativo, a la utilización de los audífonos, a la asistencia a guardería, y también diferencias a nivel familiar que influyen en los propios sujetos, en relación con el nº de hermanos, el nivel de implicación de la familia con el centro, el grado de autonomía y el nivel socioeconómico de la familia y la asistencia al IATYS. Muchas de estas diferencias ocurren en numerosos centros, ya que son diferencias muy extendidas socialmente. Además, el bajo nivel de asistencia al IATYS influye en el desarrollo lingüístico y comunicativo del sujeto, ya que se trabaja en menor medida con el caso, debido a su falta de asistencia. Esta falta de asistencia como vemos está asociada a la etnia y con ella al bajo nivel socioeconómico de la familia.

▪ ASISTENCIA A LA GUARDERÍA

En la tabla 8 se presentan los resultados obtenidos en la prueba Chi-cuadrado para la variable “asistencia a guardería” y el resto de variables del estudio.

Variables	N	% válido	Valor	gl	Significación
Asistencia a Guardería*Nº de hermanos	33	100,0	2,629	4	,622
Asistencia a Guardería*Posición que ocupa entre hermanos	19	57,6	4,110	4	,391
Asistencia a Guardería*Discapacidad hermanos	19	57,6	0,014	1	,906
Asistencia a Guardería*Audición padres	33	100,0	0,113	1	,737
Asistencia a Guardería*Composición familiar	33	100,0	1,509	3	,680
Asistencia a Guardería*Nivel implicación familiar	31	93,9	1,270	1	,260
Asistencia a Guardería*Grado de autonomía familiar	31	93,9	1,431	2	,489
Asistencia a Guardería*Nivel socioeconómico	31	93,9	3,328	2	,189
Asistencia a Guardería*Tipo hipoacusia según localización lesión	32	97,0	1,721	2	,423
Asistencia a Guardería*Grado pérdida auditiva	33	100,0	1,124	3	,771
Asistencia a Guardería*Conocimiento causas hipoacusia	33	100,0	0,004	1	,948
Asistencia a Guardería*Tipo causas hipoacusia	18	54,5	3,974	3	,264
Asistencia a Guardería*Otras discapacidades asociadas	33	100,0	0,132	1	,716
Asistencia a Guardería*Nivel asistencia IATYS	33	100,0	3,294	2	,193
Asistencia a Guardería*Tipo de atención IATYS	33	100,0	0,835	2	,659
Asistencia a Guardería*Recibe comunicación signada	33	100,0	4,062	1	,044
Asistencia a Guardería*Recibe estimulación	33	100,0	0,214	1	,643
Asistencia a Guardería*Recibe atención psicológica	33	100,0	0,138	1	,710
Asistencia a Guardería*Lleva audífonos	33	100,0	0,190	1	,663
Asistencia a Guardería*Edad audífonos	24	72,7	2,564	2	,278
Asistencia a Guardería*Grado aceptación audífonos	22	66,7	3,962	3	,266

Asistencia a Guardería*Tiene implante coclear	33	100,0	0,132	1	,716
Asistencia a Guardería*Edad implante coclear	9	27,3	3,263	2	,196
Asistencia a Guardería*Desarrollo lingüístico y comunicativo	33	100,0	0,047	1	,829
Asistencia a Guardería*Desarrollo cognitivo	33	100,0	0,063	1	,801
Asistencia a Guardería*Desarrollo motriz	33	100,0	0,530	1	,466

Tabla 8: Resultados variable Asistencia a guardería*resto de variables Fuente: Elaboración propia

Además de la asociación significativa entre las variables “Asistencia a guardería” y “Etnia”, explicada en el apartado anterior, hemos obtenido otra asociación significativa con la variable “Recibe comunicación signada” ($p=0,044$). Esta relación nos señala que la proporción de sujetos que no asisten a guardería y no reciben comunicación signada (16/20) es significativamente superior al número de sujetos que no asisten a guardería y reciben comunicación signada (4/20).

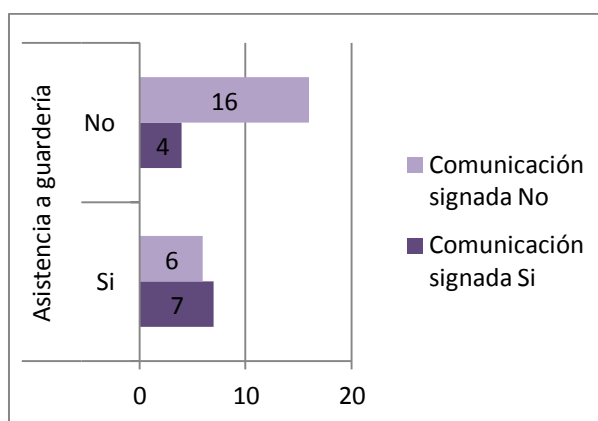


Gráfico 15: Relación entre asistencia a guardería y recibe comunicación signada

Por lo tanto, la mayoría de sujetos que no reciben comunicación signada no asisten a guardería, como podemos observar en el gráfico 15. Desde el punto de vista socioeducativo, la asistencia a la guardería es un punto a favor para un adecuado desarrollo comunicativo y social de los sujetos, así como también lo es que acudan a las sesiones de comunicación signada, las cuales favorecen el desarrollo comunicativo tanto de los sujetos que necesitan el lenguaje de signos para comunicarse, como de aquellos que no lo necesitan, ya que sirve como apoyo al aprendizaje de la comunicación oral.

6.1.2. DIMENSIÓN II: FAMILIA

De las variables por las que está compuesta la dimensión familia solamente la variable “Lugar que ocupa entre los hermanos” no ha obtenido asociaciones significativas, por lo tanto es una variable independiente del resto. Las asociaciones significativas aparecen comentadas en los epígrafes que siguen.

▪ DISCAPACIDAD DE LOS HERMANOS/AS

La mayor parte de las asociaciones entre la variable “Discapacidad hermanos” y el resto de variables de nuestra investigación no son significativas, en la tabla 9 presentamos los resultados obtenidos en la prueba Chi-cuadrado.

VARIABLES	N	% válido	Valor	gl	Significación
Discapacidad hermanos*Audición padres	19	57,6	1,127	1	,288
Discapacidad hermanos*Composición familiar	19	57,6	4,135	2	,126
Discapacidad hermanos*Nivel de implicación familiar	19	57,6	1,466	1	,226
Discapacidad hermanos*Grado de autonomía familiar	19	57,6	1,619	2	,445
Discapacidad hermanos*Nivel socioeconómico familiar	19	57,6	0,559	2	,756
Discapacidad hermanos*Tipo de hipoacusia según localización lesión	18	54,5	6,429	2	,040
Discapacidad hermanos*Grado pérdida	19	57,6	0,048	3	,997
Discapacidad hermanos*Conocimiento causas hipoacusia	19	57,6	0,608	1	,435
Discapacidad hermanos*Tipo causas hipoacusia	11	33,3	2,177	3	,536
Discapacidad hermanos*Otras discapacidades asociadas	19	57,6	1,351	1	,245
Discapacidad hermanos*Nivel asistencia IATYS	19	57,6	0,559	2	,756
Discapacidad hermanos*Tipo de atención IATYS	19	57,6	4,818	2	,090
Discapacidad hermanos*Recibe comunicación signada	19	57,6	0,305	1	,581
Discapacidad hermanos*Recibe estimulación	19	57,6	0,596	1	,440
Discapacidad hermanos*Recibe atención psicológica	19	57,6	0,305	1	,581
Discapacidad hermanos*Lleva audífonos	19	57,6	0,101	1	,750
Discapacidad hermanos*Edad audífonos	13	39,4	1,197	2	,550
Discapacidad hermanos*Grado aceptación audífonos	13	39,4	2,026	3	,567
Discapacidad hermanos*Tiene implante coclear	19	57,6	0,005	1	,946
Discapacidad hermanos*Edad implante coclear	5	15,2	1,875	2	,392
Discapacidad hermanos*Desarrollo lingüístico y comunicativo	19	57,6	0,014	1	,906
Discapacidad hermanos*Desarrollo cognitivo	19	57,6	0,305	1	,581
Discapacidad hermanos*Desarrollo motriz	19	57,6	2,338	1	,126

Tabla 9: Resultados variable discapacidad hermanos*resto de variables Fuente: Elaboración propia

La relación entre las variables “Discapacidad hermanos” y “Tipo de hipoacusia según localización lesión” ($p=0,040$) señala que el total de sujetos que tienen hipoacusia de conducción son sujetos cuyos hermanos tienen discapacidad (1/1), sin embargo la mayoría de sujetos que tienen hipoacusia neurosensorial son aquellos cuyos hermanos no presentan discapacidad (6/9).

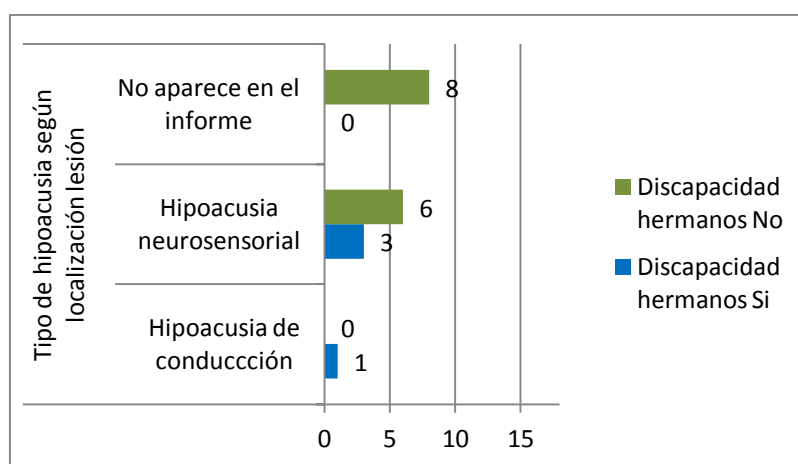


Gráfico 16: Relación tipo de hipoacusia según localización y discapacidad hermanos

▪ AUDICIÓN DE LOS PADRES Y MADRES

Los resultados obtenidos en la prueba Chi-cuadrado para la variable “Audición padres” y el resto de variables aparecen reflejadas en la tabla 10.

Variables	N	% válido	Valor	gl	Significación
Audición padres*Composición familiar	33	100,0	4,991	3	,172
Audición padres*Nivel implicación familiar	31	93,9	0,627	1	,428
Audición padres*Grado autonomía familiar	31	93,9	1,431	2	,489
Audición padres*Nivel socioeconómico familiar	31	93,9	0,903	2	,637
Audición padres*Tipo hipoacusia según localización de la lesión	32	97,0	0,310	2	,856
Audición padres*Tipo de hipoacusia según afectación oídos	33	100,0	0,229	1	,632
Audición padres*Grado pérdida	33	100,0	7,683	3	,053
Audición padres*Conocimiento causas hipoacusia	33	100,0	2,451	1	,117
Audición padres*Tipo causas hipoacusia	18	54,5	13,846	3	,003
Audición padres*Otras discapacidades asociadas	33	100,0	0,416	1	,519
Audición padres*Tipo de discapacidades asociadas	9	27,3	9,000	2	,011
Audición padres*Nivel asistencia IATYS	33	100,0	2,149	2	,342
Audición padres*Tipo atención IATYS	33	100,0	0,251	2	,882
Audición padres*Recibe comunicación signada	33	100,0	0,917	1	,338
Audición padres*Recibe atención psicológica	33	100,0	1,764	1	,184
Audición padres*Recibe estimulación	33	100,0	0,142	1	,706
Audición padres*Lleva audífonos	33	100,0	0,416	1	,519
Audición padres*Edad audífonos	24	72,7	4,645	2	,098
Audición padres*Grado aceptación audífonos	22	66,7	1,715	3	,634
Audición padres*Tiene implante coclear	33	100,0	5,738	1	,017
Audición padres*Edad implante coclear	9	27,3	1,238	2	,539
Audición padres*Desarrollo lingüístico y comunicativo	33	100,0	3,566	1	,059
Audición padres*Desarrollo cognitivo	33	100,0	0,000	1	1,000
Audición padres*Desarrollo motriz	33	100,0	0,646	1	,422

Tabla 10: Resultados variables audición padres*resto de variables Fuente: Elaboración propia

La asociación entre las variables “Audición padres” y “Tipo de causas de la hipoacusia” ($p=0,003$) muestra que la proporción de casos cuya hipoacusia está producida por causas genéticas es significativamente mayor en los casos cuyos padres son hipoacúsicos (5/6), puesto que en los casos cuyos padres son oyentes las causas genéticas solo están presentes en un sujeto. Asimismo, la hipoacusia en los casos cuyos padres son oyentes suele deberse en mayor medida a causas neonatales (6/13).

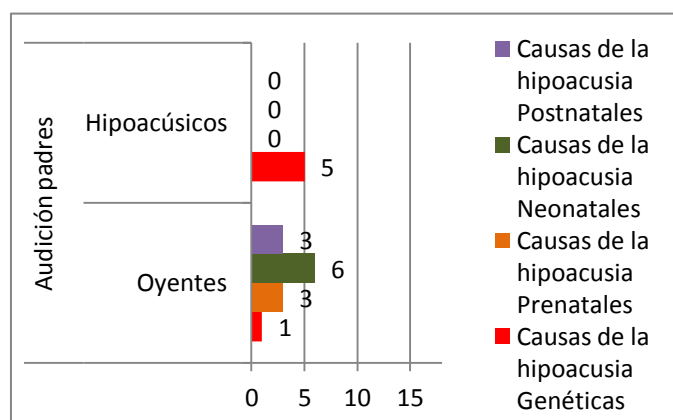


Gráfico 17: Relación audición padres y tipo de discapacidades asociadas

La asociación entre las variables “Audición padres” y “Tipo discapacidades asociadas” ($p=0,011$) nos señala que la proporción de sujetos que tienen discapacidades asociadas es significativamente mayor en el caso de los sujetos cuyos padres son oyentes (8/9). Además, también es mayor el número de sujetos que tienen una discapacidad psíquica asociada y cuyos padres son oyentes (7/7).

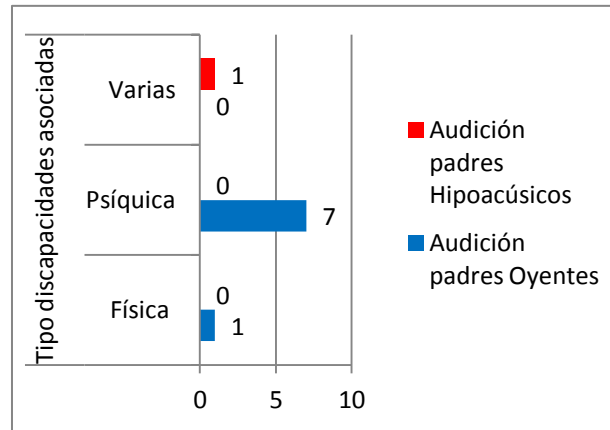


Gráfico 18: Relación audición padres y tipo discapacidades asociadas

La asociación entre las variables “Audición padres” y “Tiene implante coclear” ($p=0,017$) apunta que la proporción de sujetos que no lleva implante coclear y cuyos padres son oyentes (22/24) es significativamente mayor que la proporción de sujetos que no llevan implante coclear y cuyos padres son hipoacúsicos (2/24).

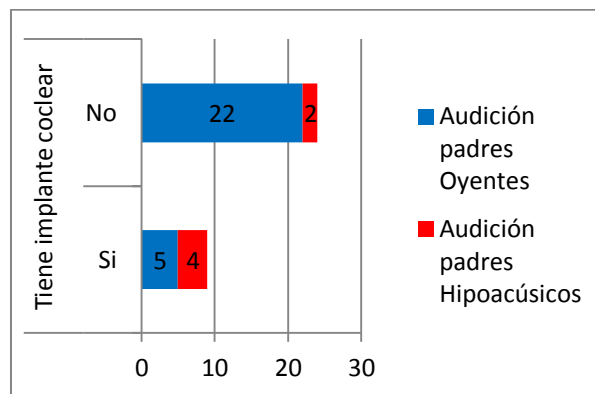


Gráfico 19: Relación audición padres y tiene implante coclear

▪ COMPOSICIÓN FAMILIAR

Los resultados obtenidos para la variable “Composición familiar” y el resto de variables del estudio, reflejados en la tabla 11, nos muestran que solamente es significativa la asociación con la variable “Nivel de implicación familiar”.

Variables	N	% válido	Valor	G1	Significación
Composición familiar*Nivel implicación familiar	31	93,9	6,627	2	,036
Composición familiar*Grado autonomía familiar	31	93,9	1,834	4	,766
Composición familiar*Nivel socioeconómico familiar	31	93,9	1,551	4	,818
Composición familiar*Conocimiento causas hipoacusia	33	100,0	6,111	3	,106
Composición familiar*Tipo causas hipoacusia	18	54,5	6,500	9	,689
Composición familiar*Nivel asistencia IATYS	33	100,0	6,448	6	,375
Composición familiar*Tipo de atención IATYS	33	100,0	1,974	6	,922
Composición familiar*Recibe comunicación signada	33	100,0	5,417	3	,144
Composición familiar*Recibe estimulación	33	100,0	1,011	3	,798
Composición familiar*Recibe atención psicológica	33	100,0	4,266	3	,234
Composición familiar*Lleva audífonos	33	100,0	2,750	3	,432
Composición familiar*Edad audífonos	24	72,7	5,915	6	,433
Composición familiar* Grado aceptación audífonos	22	66,7	2,734	6	,841
Composición familiar*Tiene implante coclear	33	100,0	1,816	3	,611
Composición familiar*Edad implante coclear	9	27,3	6,000	4	,199
Composición familiar*Desarrollo lingüístico y comunicativo	33	100,0	4,900	3	,179
Composición familiar*Desarrollo cognitivo	33	100,0	0,917	3	,821
Composición familiar*Desarrollo motriz	33	100,0	1,347	3	,718

Tabla 11: Resultados variables composición familiar*resto de variables Fuente: Elaboración propia

Existen diferencias significativas entre la variable “Composición familiar” y “Nivel de implicación familiar” ($p=0,036$) puesto que la mayoría de familias nucleares (21/27) y el total de familias extensas (2/2) se muestran colaboradoras, por el contrario el total de familias monomarentales (2/2) no colaboran.

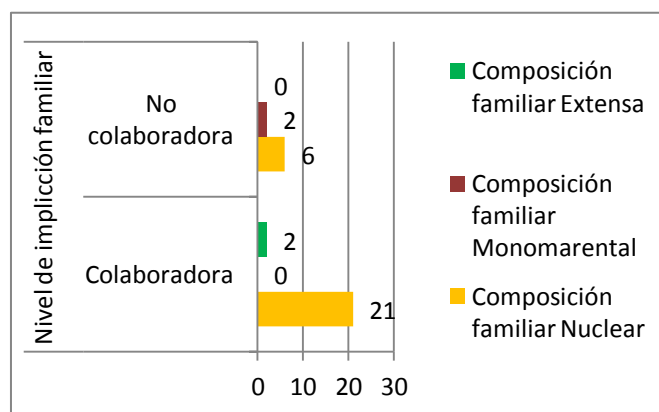


Gráfico 20: Relación composición familiar y nivel de implicación familiar

▪ NIVEL DE IMPLICACIÓN FAMILIAR

Los resultados obtenidos en la prueba Chi-cuadrado, presentados en la tabla, nos permiten conocer el grado de asociación entre la variable “Nivel de implicación familiar” y el resto de variables.

Además de las dos asociaciones significativas con las variables etnia y composición de la familia, comentadas en los epígrafes anteriores, hemos obtenido otras seis relaciones significativas.

Variables	N	% válido	Valor	gl	Significación
Nivel implicación familiar*Grado de autonomía familiar	31	93,9	8,150	2	,017
Nivel implicación familiar*Nivel socioeconómico familiar	31	93,9	7,777	2	,020
Nivel implicación familiar*Conocimiento causas	31	93,9	0,512	1	,474
Nivel implicación familiar*Nivel asistencia IATYS	31	93,9	18,958	2	,000
Nivel implicación familiar*Tipo atención IATYS	31	93,9	10,326	2	,006
Nivel implicación familiar*Recibe comunicación signada	31	93,9	0,518	1	,472
Nivel implicación familiar*Recibe estimulación	31	93,9	5,805	1	,016
Nivel implicación familiar*Recibe atención psicológica	31	93,9	0,256	1	,613
Nivel implicación familiar*Lleva audífonos	31	93,9	1,430	1	,232
Nivel implicación familiar*Edad audífonos	22	66,7	2,570	2	,277
Nivel implicación familiar*Grado aceptación audífonos	22	66,7	2,814	3	,421
Nivel implicación familiar*Tiene implante coclear	31	93,9	0,085	1	,771
Nivel implicación familiar*Edad implante coclear	9	27,3	2,250	2	,325
Nivel implicación familiar*Desarrollo lingüístico y comunicativo	31	93,9	11,501	1	,001
Nivel implicación familiar*Desarrollo cognitivo	31	93,9	1,553	1	,213
Nivel implicación familiar*Desarrollo motriz	31	93,9	0,375	1	,540

Tabla 12: Resultados variable nivel de implicación familiar*resto de variables Fuente: Elaboración propia

La asociación entre las variables “Nivel de implicación familiar” y “Grado de autonomía familiar” ($p=0,017$) nos indica que la mayoría de las familias autónomas, que no necesitan el apoyo de los Servicios Sociales, colaboran con el IATYS (15/18), así como también el total de las familias autónomas con apoyos sociales (5/5), las cuales precisan de ayudas provenientes de los Servicios Sociales. Sin embargo, una gran parte de las familias con ayudas sociales, que dependen de los Servicios Sociales, no colaboran con el IATYS (5/8).

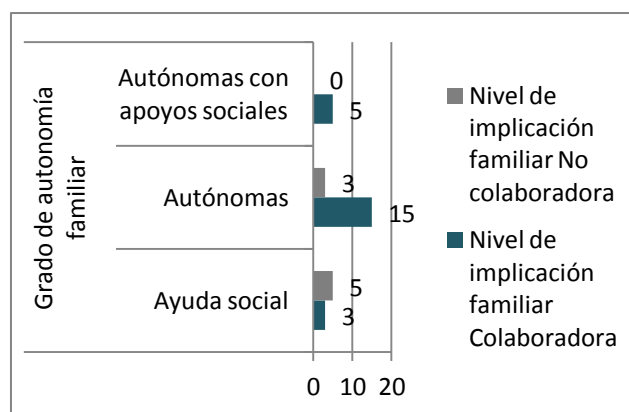


Gráfico 21: Relación nivel de implicación familiar y grado de autonomía familiar

Por lo tanto, las familias que colaboran son la mayoría de las familias autónomas, que no precisan de ayudas, y la totalidad de las familias autónomas con apoyos sociales. Las familias que no colaboran son la mayoría de familias con ayudas sociales, que dependen de los Servicios Sociales, y una pequeña parte de las familias autónomas, como nos muestra el gráfico 21.

Las variables “Nivel de implicación familiar” y “Nivel socioeconómico de la familia” presentan una asociación significativa ($p=0,020$) que nos muestra que el total

de las familias con un nivel socioeconómico alto se muestran colaboradoras (2/2), así como también la mayoría de las familias con un nivel socioeconómico medio (18/21). Sin embargo, la mayoría de familias con un nivel socioeconómico bajo se muestran no colaboradoras (5/8).

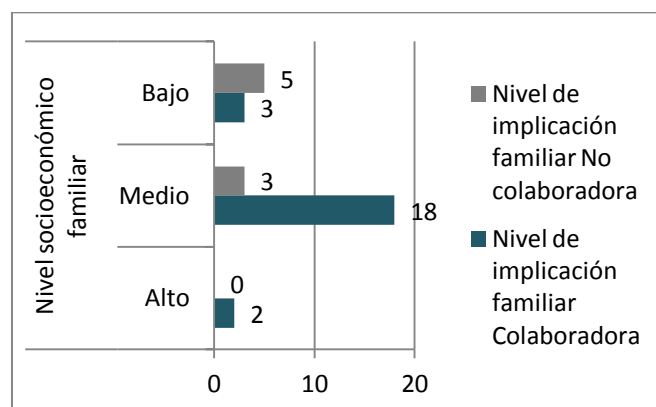


Gráfico 22: Relación nivel de implicación familiar y nivel socioeconómico familiar

Por ello, y en relación con las diferencias significativas encontradas en las variables anteriores, las familias que muestran colaboración son el total de las familias con un nivel socioeconómico alto y una gran parte de las que tiene un nivel medio.

La asociación significativa entre las variables “Nivel de implicación familiar” y “Nivel de asistencia al IATYS” ($p=0,000$) indica que la mayoría de familias que colaboran tienen un alto nivel de asistencia al IATYS (18/23). Sin embargo, la mayoría de familias que no colaboran tienen un bajo nivel de asistencia al IATYS (7/8).

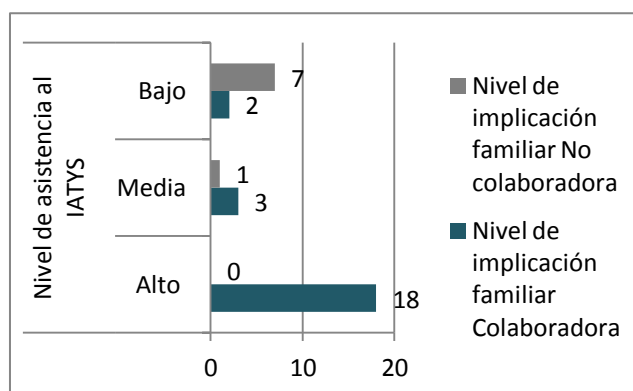


Gráfico 23: Relación nivel de implicación familiar y nivel de asistencia al IATYS

Las variables “Nivel de implicación familiar” y “Tipo de atención IATYS” nos muestran una asociación significativa ($p=0,006$) que nos señala que la mayoría de familias que tienen una atención intensiva se muestran colaboradoras (21/24). No obstante, las familias que reciben una atención combinada con otras unidades de atención temprana son en su mayoría no colaboradoras (4/6), al igual que la familia que recibe atención limitada que se muestra no colaboradora (1/1).

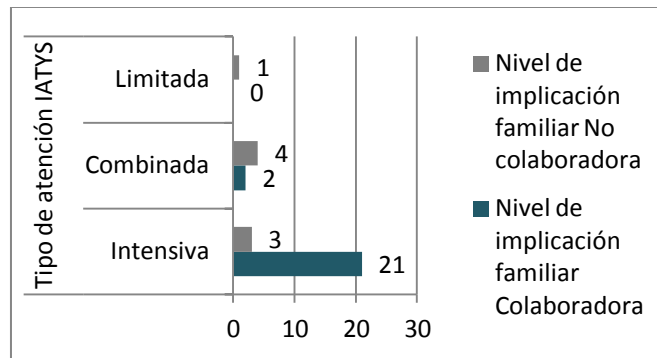


Gráfico 24: Relación nivel de implicación familiar y tipo de atención IATYS

Se puede observar como la mayoría de las familias que colaboran reciben una atención intensiva (21/23), mientras que la mayoría de las familias que no colaboran tienen una atención combinada con otras unidades de atención temprana (4/8).

El cruce de las variables “Nivel de implicación familiar” y “Recibe estimulación” nos indica que presentan una asociación significativa ($p=0,016$) y nos muestra que la proporción de sujetos que reciben estimulación y se muestran colaboradores (22/27) es significativamente mayor a la proporción de sujetos que reciben estimulación y no colaboran (5/27). Asimismo, el número de sujetos que no reciben estimulación y colaboran (1/4) es significativamente menor a los que no la reciben y no colaboran (3/4). Por lo tanto, los sujetos que colaboran en su mayoría reciben estimulación (22/23).

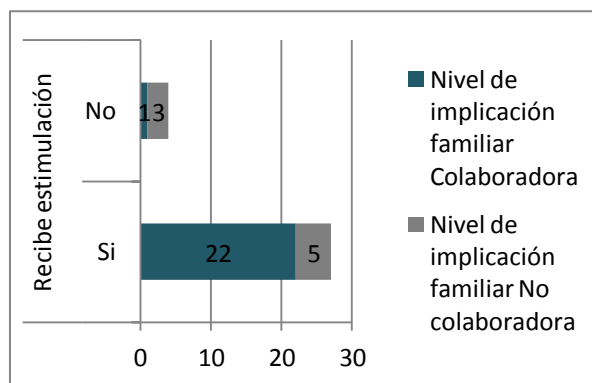


Gráfico 25: Relación entre nivel de implicación familiar y recibe estimulación

Las variables “Nivel de implicación familiar” y “Desarrollo lingüístico y comunicativo” presentan una asociación significativa ($p=0,001$) que nos muestra que la mayoría de sujetos con familias colaboradoras tienen un desarrollo lingüístico y comunicativo adecuado a su edad (16/23). Por el contrario, el total de sujetos con familias no colaboradoras tienen un desarrollo lingüístico y comunicativo inferior a su edad (8/8). Por lo tanto, podríamos afirmar que la implicación y colaboración de las familias influye de forma positiva en el desarrollo de los sujetos, incluso existen investigaciones que apoyan esta idea, llegando a afirmar: *“cuando los padres participan*

activamente en el centro escolar, los hijos incrementan su rendimiento académico” (Peralbo y Fernández, 2003:321). Asimismo, en la investigación realizada por Martínez (1992, citada por Martínez y Álvarez, 2000:139) afirma que la implicación de las familias con el centro escolar proporciona efectos positivos en el alumnado, produciendo un incremento de su rendimiento académico.

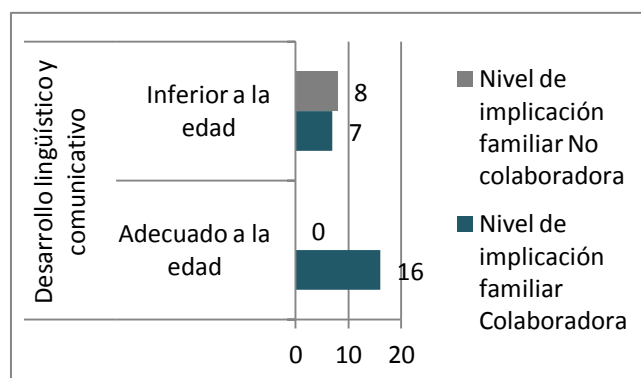


Gráfico 26: Relación entre el nivel de implicación familiar y el desarrollo lingüístico y comunicativo.

▪ GRADO DE AUTONOMÍA FAMILIAR

Los resultados obtenidos en la prueba Chi-cuadrado para las variables correspondientes aparecen resumidos en la siguiente tabla. Nos encontramos con cinco asociaciones significativas, además de las comentadas anteriormente, con las variables etnia y el nivel de implicación de las familias.

Variables	N	% válido	Valor	gl	Significación
Grado de autonomía familiar*Nivel socioeconómico familiar	31	93,9	22,412	4	,000
Grado de autonomía familiar*Conocimiento causas hipoacusia	31	93,9	6,363	2	,042
Grado de autonomía familiar*Nivel asistencia IATYS	31	93,9	20,853	4	,000
Grado de autonomía familiar*Tipo de atención IATYS	31	93,9	5,956	4	,202
Grado de autonomía familiar*Recibe comunicación signada	31	93,9	0,629	2	,730
Grado de autonomía familiar*Recibe estimulación	31	93,9	2,130	2	,345
Grado de autonomía familiar*Recibe atención psicológica	31	93,9	1,928	2	,381
Grado de autonomía familiar*Lleva audífonos	31	93,9	4,413	2	,110
Grado de autonomía familiar*Edad audífonos	22	66,7	12,359	4	,015
Grado de autonomía familiar*Grado aceptación audífonos	22	66,7	2,132	6	,907
Grado de autonomía familiar*Tiene implante coclear	31	93,9	1,515	2	,469
Grado de autonomía familiar*Edad implante coclear	9	27,3	6,750	4	,150
Grado de autonomía familiar*Desarrollo lingüístico y comunicativo	31	93,9	6,675	2	,036
Grado de autonomía familiar*Desarrollo cognitivo	31	93,9	0,403	2	,817
Grado de autonomía familiar*Desarrollo motriz	31	93,9	0,975	2	,614

Tabla 13: Resultados variables grado de autonomía familiar*resto de variables Fuente: Elaboración propia

Las variables “Grado de autonomía familiar” y “Nivel socioeconómico familiar” presentan una asociación significativa ($p=0,000$) y nos apuntan que las familias que precisan de ayudas sociales y dependen de los Servicios Sociales tienen en su mayoría un nivel socioeconómico bajo (7/8), que la mayoría de familias que son autónomas, es

decir, no dependen de los Servicios Sociales, tienen un nivel socioeconómico medio (15/18), y que la totalidad de familias autónomas pero que necesitan apoyos sociales tienen un nivel socioeconómico también medio (5/5).

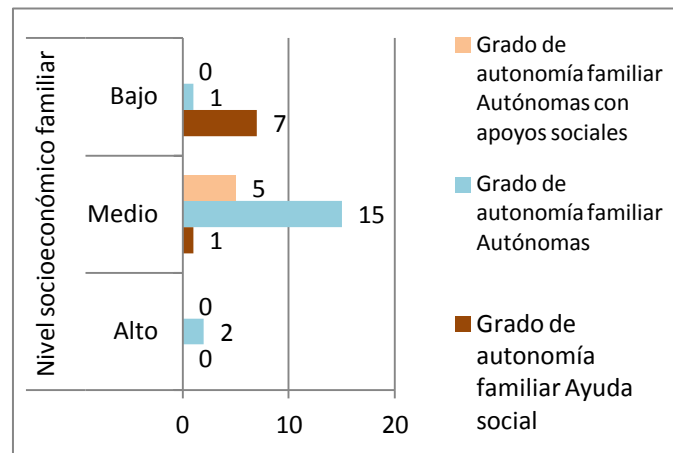


Gráfico 27: Relación grado de autonomía familiar y nivel socioeconómico familiar

Como podemos comprobar en el gráfico 27 las familias con un nivel socioeconómico alto son familias autónomas, las que presentan un nivel socioeconómico medio son en su mayoría también autónomas y las que presentan un nivel bajo son la mayor parte familias que necesitan ayudas sociales. Esto ocurre debido a que las familias que perciben ayudas sociales, es decir, dependen de los Servicios Sociales, necesitan acreditar un bajo nivel de recursos, por ello se encuentran en el nivel socioeconómico bajo.

Las variables “Grado de autonomía familiar” y “Conocimiento causas hipoacusia” presentan una asociación significativa ($p=0,042$) señalando que la mayoría de las familias que precisan ayudas sociales conocen las causas de la hipoacusia de sus hijos (5/8), al igual que ocurre con la mayoría de familias autónomas (11/18). Sin embargo, la totalidad de las familias autónomas pero que necesitan apoyos sociales desconocen las causas de la hipoacusia de sus hijos (5/5).

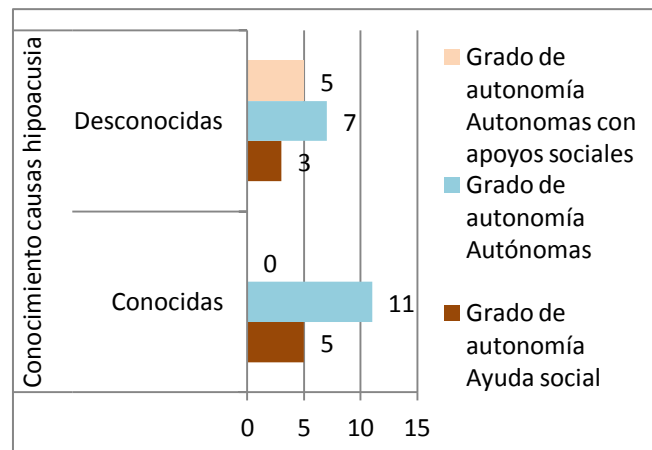


Gráfico 28: Relación grado de autonomía familiar y conocimiento causas hipoacusia

Máster en Intervención e Investigación Socioeducativa

La asociación entre las variables “Grado de autonomía familiar” y “Nivel asistencia IATYS” ($p=0,000$) muestra que la mayoría de familias que necesitan ayudas sociales presentan un bajo nivel de asistencia (7/8), y la mayoría de familias autónomas, que no dependen de los Servicios Sociales, y autónomas pero con ciertos apoyos sociales, presentan un nivel de asistencia alto.

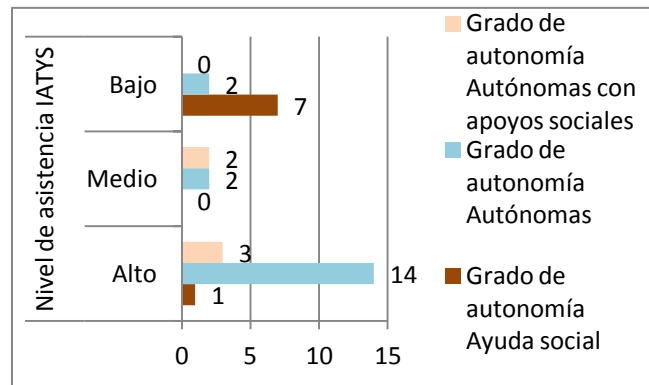


Gráfico 29: Relación grado de autonomía familiar y nivel de asistencia IATYS

La variables “Grado de autonomía familiar” y “Edad audífonos” ($p=0,015$) presentan una asociación significativa que indica que a la mayoría de los sujetos con familias que precisan ayudas sociales se les ponen los audífonos entre los 25 y 36 meses (5/8), a la mayoría de los casos con familias autónomas, que no dependen de los Servicios Sociales, se les ponen entre los 13 y 24 meses (8/11), al igual que a los sujetos con familias autónomas pero que precisan apoyos sociales (2/3).

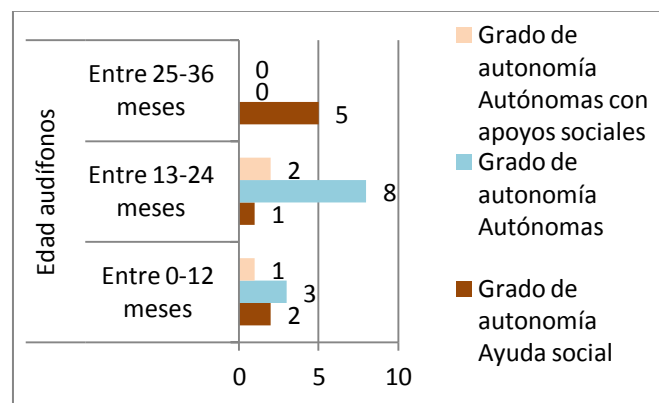


Gráfico 30: Relación grado de autonomía familiar y edad audífonos

La asociación entre las variables “Grado de autonomía familiar” y “Desarrollo lingüístico y comunicativo” ($p=0,036$) indica que la mayoría de los casos con familias que precisan ayuda social tiene un desarrollo lingüístico y comunicativo inferior a la edad (7/8). Por el contrario, la mayoría de los casos con familias autónomas, que no necesitan ayudas sociales, y con familias que a pesar de ser autónomas necesitan de apoyos sociales, tienen un desarrollo lingüístico y comunicativo adecuado a su edad.

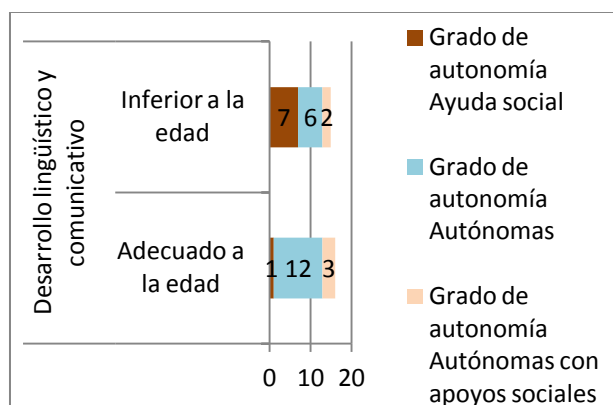


Gráfico 31: Relación grado de autonomía familiar y desarrollo lingüístico y comunicativo

▪ NIVEL SOCIOECONÓMICO FAMILIAR

Los resultados obtenidos para esta variable se presentan en la siguiente tabla. Hemos obtenido solamente dos asociaciones significativas, pero debemos tener en cuenta que también presenta asociaciones significativas con las variables “Etnia”, “Nivel de implicación familiar” y “Grado de autonomía”, que ya han sido comentadas anteriormente.

Variables	N	% válido	Valor	gl	Significación
Nivel socioeconómico familiar*Tipo hipoacusia según localización lesión	30	90,9	5,100	4	,277
Nivel socioeconómico familiar*Conocimiento causas hipoacusia	31	93,9	0,516	2	,773
Nivel socioeconómico familiar*Tipo causas hipoacusia	16	48,5	9,440	6	,150
Nivel socioeconómico familiar*Otras discapacidades asociadas	31	93,9	0,492	2	,782
Nivel socioeconómico familiar*Nivel asistencia IATYS	31	93,9	18,770	4	,001
Nivel socioeconómico familiar*Tipo de atención IATYS	31	93,9	4,867	4	,301
Nivel socioeconómico familiar*Recibe comunicación signada	31	93,9	1,177	2	,555
Nivel socioeconómico familiar*Recibe estimulación	31	93,9	0,333	2	,847
Nivel socioeconómico familiar*Recibe atención psicológica	31	93,9	4,177	2	,124
Nivel socioeconómico familiar*Lleva audífonos	31	93,9	4,537	2	,103
Nivel socioeconómico familiar*Edad audífonos	22	66,7	6,331	4	,176
Nivel socioeconómico familiar*Grado aceptación audífonos	22	66,7	3,012	6	,807
Nivel socioeconómico familiar*Tiene implante coclear	31	93,9	2,717	2	,257
Nivel socioeconómico familiar*Edad implante coclear	9	27,3	3,938	2	,140
Nivel socioeconómico familiar*Desarrollo lingüístico y comunicativo	31	93,9	7,666	2	,022
Nivel socioeconómico familiar*Desarrollo cognitivo	31	93,9	0,519	2	,771
Nivel socioeconómico familiar*Desarrollo motriz	31	93,9	3,150	2	,207

Tabla 14: Resultados variables nivel socioeconómico familiar*resto de variables Fuente: Elaboración propia

La asociación entre las variables “Nivel socioeconómico familiar” y “Nivel de asistencia IATYS” ($p=0,001$) muestra que los sujetos cuyas familias tienen un nivel socioeconómico alto su nivel de asistencia es también alto (2/2), la mayoría de los sujetos cuyas familias tienen un nivel socioeconómico medio su nivel de asistencia es alto (15/21), en cambio los sujetos cuyas familias tienen un nivel socioeconómico bajo su nivel de asistencia es también bajo (7/8).

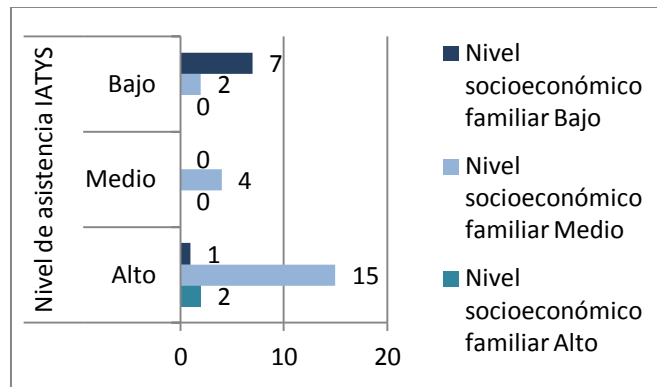


Gráfico 32: Relación entre el nivel socioeconómico y el nivel de asistencia IATYS

La asociación entre las variables “Nivel socioeconómico familiar” y “Desarrollo lingüístico y comunicativo” ($p=0,022$) indica que en el total de los casos cuyo nivel socioeconómico familiar es alto su desarrollo lingüístico y comunicativo es adecuado a la edad (2/2), en la mayoría de los casos con un nivel socioeconómico familiar medio su desarrollo lingüístico y comunicativo también es adecuado a la edad (13/21), en cambio la mayoría de los casos con un nivel socioeconómico familiar bajo tienen un desarrollo lingüístico y comunicativo inferior a la edad (7/8).

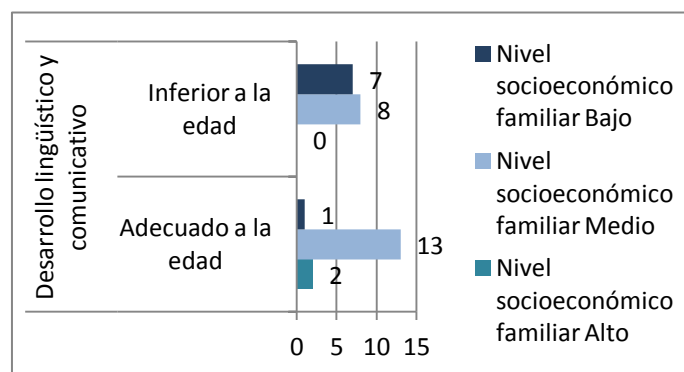


Gráfico 33: Relación entre el nivel socioeconómico y el desarrollo lingüístico y comunicativo

6.1.3. DIMENSIÓN III: AUDICIÓN

La dimensión audición está formada por 2 variables que son constantes, una de ellas es la variable “Tipo de hipoacusia según momento de aparición”, puesto que todos los sujetos tienen hipoacusia prelocutiva, es decir, en todos los sujetos la hipoacusia apareció antes de la adquisición del lenguaje, esto es normal, debido a que nos encontramos en la etapa de la atención temprana. La otra variable constante es “Programa *screening* auditivo”, a todos los casos se les ha realizado este programa para detectar la hipoacusia, lo que indica que se está llevando de forma correcta la detección precoz.

Por lo tanto, no existen diferencias significativas entre los sujetos en cuanto al tipo de hipoacusia según el momento de la aparición y a la realización del programa *screening* auditivo.

El resto de variables que conforman esta dimensión presentan relaciones significativas salvo la variable “Tipo de hipoacusia según la afectación del oído”, ya que todos los sujetos presentan hipoacusia bilateral salvo un caso que tiene hipoacusia unilateral, lo cual hace que no aparezcan diferencias significativas entre los sujetos debidas a esta variable.

La variable sobre el tipo de hipoacusia según la localización de la lesión presenta una relación significativa con la variable “Discapacidad hermanos”, comentada anteriormente.

▪ GRADO DE LA PÉRDIDA AUDITIVA

Los resultados obtenidos en la prueba Chi-cuadrado se muestran en la tabla 15.

Variables	N	% válido	Valor	gl	Significación
Grado pérdida auditiva*Conocimiento causas hipoacusia	33	100,0	0,838	3	,840
Grado pérdida auditiva* Tipo causas hipoacusia	18	54,5	11,036	9	,273
Grado pérdida auditiva*Otras discapacidades asociadas	33	100,0	1,350	3	,717
Grado pérdida auditiva*Tipo discapacidades asociadas	9	27,3	10,286	6	,113
Grado pérdida auditiva*Nivel asistencia IATYS	33	100,0	9,252	6	,160
Grado pérdida auditiva*Tipo atención IATYS	33	100,0	5,736	6	,453
Grado pérdida auditiva*Recibe comunicación signada	33	100,0	17,491	3	,001
Grado pérdida auditiva*Recibe estimulación	33	100,0	6,863	3	,076
Grado pérdida auditiva*Recibe atención psicológica	33	100,0	9,958	3	,019
Grado pérdida auditiva*Lleva audífonos	33	100,0	9,330	3	,025
Grado pérdida auditiva*Edad audífonos	24	72,7	10,494	6	,105
Grado pérdida auditiva*Grado aceptación audífonos	22	66,7	8,990	9	,438
Grado pérdida auditiva*Tiene implante coclear	33	100,0	21,386	3	,000
Grado pérdida auditiva*Edad implante coclear	9	27,3	1,768	2	,413
Grado pérdida auditiva*Desarrollo lingüístico y comunicativo	33	100,0	4,922	3	,178
Grado pérdida auditiva*Desarrollo cognitivo	33	100,0	3,816	3	,282
Grado pérdida auditiva*Desarrollo motriz	33	100,0	4,714	3	,194

Tabla 15: Resultados variable grado pérdida auditiva*resto de variables Fuente: Elaboración propia

La asociación entre las variables “Grado de pérdida auditiva” y “Recibe comunicación signada” ($p=0,001$) muestra que el porcentaje de sujetos que recibe comunicación signada es significativamente superior en el grado de pérdida profunda (7/11) que en el resto de los grados de pérdida. Por el contrario el porcentaje de sujetos que no recibe comunicación signada es significativamente superior en la pérdida moderada (11/22). Esto ocurre debido a que cuanto mayor es la pérdida auditiva los sujetos necesitan mayores apoyos visuales para poder adquirir el lenguaje oral, por lo tanto es necesario apoyarse en el lenguaje de signos para iniciarse en el conocimiento y adquisición del lenguaje oral.

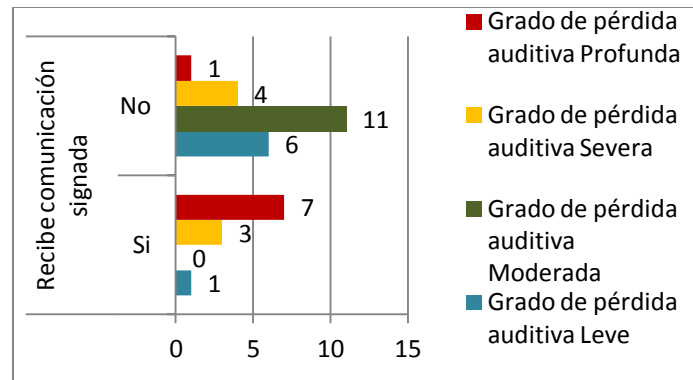


Gráfico 34: Relación grado de pérdida auditiva y recibe comunicación signada

La asociación entre las variables “Grado de pérdida auditiva” y “Recibe atención psicológica” ($p=0,019$) señala que el porcentaje de sujetos que recibe atención psicológica es significativamente superior en el grado de pérdida profunda (7/14) que en el resto de los grados de pérdida, por el contrario el porcentaje de sujetos que no recibe atención psicológica es significativamente superior en la pérdida moderada (8/19), seguida de la pérdida leve (6/19). Esto ocurre debido a que, como veremos más adelante, la mayoría de los sujetos que tienen pérdidas profundas necesitan implante coclear, por lo que sus familias van a necesitar atención psicológica para prepararse para esa operación.

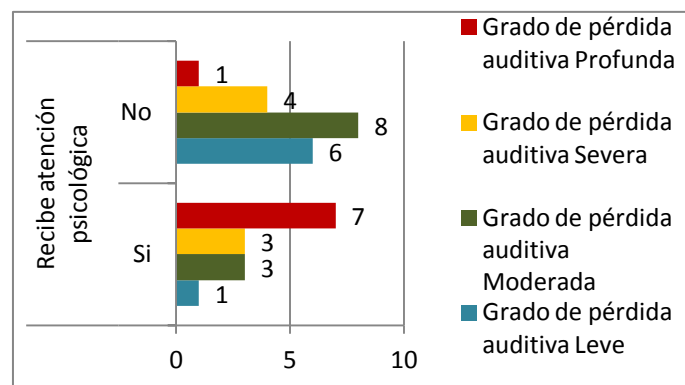


Gráfico 35: Relación grado de pérdida auditiva y recibe atención psicológica

Las variables “Grado de pérdida auditiva” y “Lleva audífonos” presentan una relación significativa ($p=0,025$) y nos muestran que la mayoría de los casos que llevan audífonos pertenecen al grado de pérdida moderada (10/24), en cambio la mayoría de los sujetos que no llevan audífonos pertenecen al grado de pérdida leve (5/9). Esta asociación nos indica que los sujetos con pérdidas leves no necesitan audífonos, y sin embargo, la mayoría de sujetos con pérdida moderada, severa y profunda si los necesitan, debido a que su pérdida es mayor.

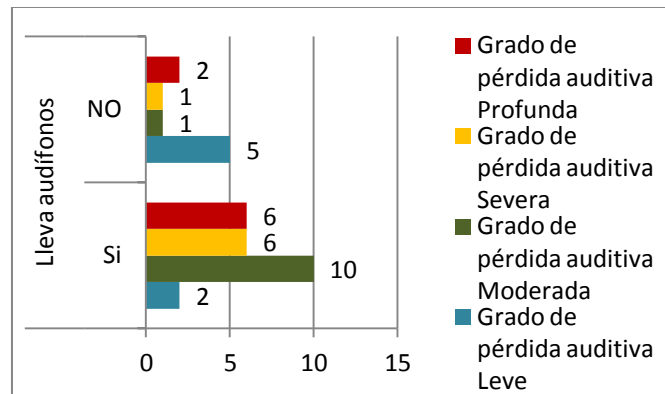


Gráfico 36: Relación grado de pérdida auditiva y lleva audífonos

Las variables “Grado de pérdida auditiva” y “Tiene implante coclear” muestran una asociación significativa ($p=0,000$) e indican que la proporción de sujetos que tienen implante coclear es significativamente mayor en el caso de los sujetos con una pérdida auditiva profunda (7/9). Por el contrario, la proporción de sujetos que no tienen implante coclear es significativamente mayor en la pérdida moderada (11/24). Ello implica que a los sujetos con mayor pérdida auditiva no les sirven los audífonos para oír y es necesario realizar implantes cocleares, esto es demostrado en el estudio realizado por la CODEPEH (1999) que afirma que más del 40% de sujetos con pérdidas profundas y severas son candidatos a implante coclear.

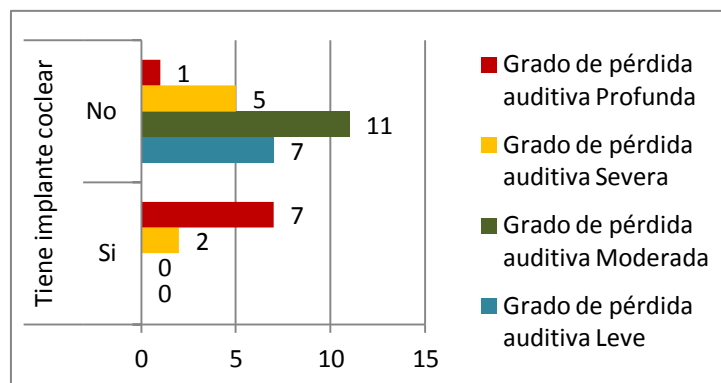


Gráfico 37: Relación grado de pérdida auditiva y tiene implante coclear

▪ CONOCIMIENTO DE LAS CAUSAS DE LA HIPOACUSIA

En la siguiente tabla se presentan los resultados obtenidos en la prueba Chi-cuadrado para la variable “Conocimiento causas hipoacusia”, que solamente muestra dos asociaciones significativas, una de ellas ya comentada anteriormente, y la otra con la variable “Edad implante coclear” ($p=0,031$).

Variables	N	% válido	Valor	gl	Significación
Conocimiento causas hipoacusia*Otras discapacidades asociadas	33	100,0	0,005	1	,943
Conocimiento causas hipoacusia*Tipo discapacidades asociadas	9	27,3	2,057	2	,358
Conocimiento causas hipoacusia*Nivel asistencia IATYS	33	100,0	0,988	2	,610
Conocimiento causas hipoacusia*Tipo de atención IATYS	33	100,0	1,345	2	,508
Conocimiento causas hipoacusia*Recibe comunicación signada	33	100,0	0,550	1	,458
Conocimiento causas hipoacusia* Recibe estimulación	33	100,0	0,038	1	,846
Conocimiento causas hipoacusia*Recibe atención psicológica	33	100,0	0,203	1	,653
Conocimiento causas hipoacusia*Lleva audífonos	33	100,0	0,509	1	,475
Conocimiento causas hipoacusia*Edad audífonos	24	72,7	2,184	2	,336
Conocimiento causas hipoacusia*Grado aceptación audífonos	22	66,7	2,169	3	,538
Conocimiento causas hipoacusia*Tiene implante coclear	33	100,0	0,509	1	,475
Conocimiento causas hipoacusia*Edad implante coclear	9	27,3	6,975	2	,031
Conocimiento causas hipoacusia*Desarrollo lingüístico y comunicativo	33	100,0	0,036	1	,849
Conocimiento causas hipoacusia*Desarrollo cognitivo	33	100,0	0,550	1	,458
Conocimiento causas hipoacusia*Desarrollo motriz	33	100,0	0,172	1	,678

Tabla 16: Resultados variables conocimiento causas hipoacusia*resto de variables Fuente: Elaboración propia

La asociación entre esas dos variables nos indica que la proporción de sujetos que son implantados entre los 13 y 24 meses son en su totalidad sujetos que tienen conocimiento de las causas de su hipoacusia (3/3), sin embargo en el caso de los sujetos que no conocen las causas de la hipoacusia su implante se realiza mayoritariamente entre los 25 y 36 meses (4/5).

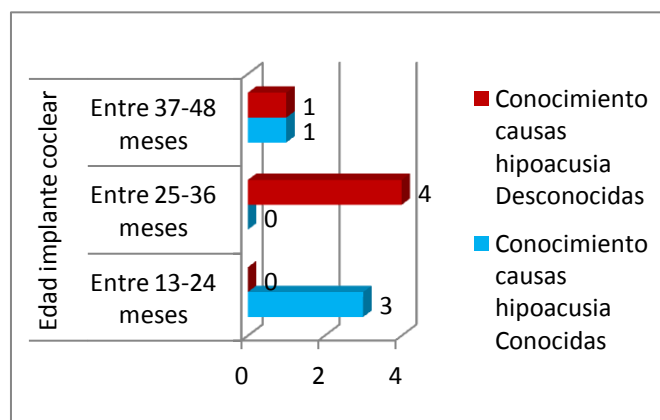


Gráfico 38: Relación conocimiento causas y edad implante coclear

Por lo tanto, podemos afirmar que a los niños y niñas que conocen las causas de la hipoacusia se les implanta antes que a aquellos que las desconocen, esto indica que es importante conocer las causas de la hipoacusia.

▪ TIPOS DE CAUSAS DE LA HIPOACUSIA

Tras el análisis de la variable “Tipos de causas hipoacusia” en relación con el resto de variables de nuestra investigación hemos obtenido los datos que aparecen

recogidos en la tabla 17 Se reflejan dos asociaciones significativas, sin incluir la comentada anteriormente, con la variable “Audición padres”.

Variables	N	% válido	Valor	gl	Significación
Tipo de causas hipoacusia*Otras discapacidades asociadas	18	54,5	3,877	3	,275
Tipo de causas hipoacusia*Tipo discapacidades asociadas	5	15,2	6,667	4	,155
Tipo de causas hipoacusia*Nivel asistencia IATYS	18	54,5	10,800	6	,095
Tipo de causas hipoacusia*Tipo atención IATYS	18	54,5	3,600	3	,308
Tipo de causas hipoacusia*Recibe comunicación signada	18	54,5	1,385	3	,709
Tipo de causas hipoacusia*Recibe estimulación	18	54,5	4,500	3	,212
Tipo de causas hipoacusia*Recibe atención psicológica	18	54,5	2,571	3	,463
Tipo de causas hipoacusia*Lleva audífonos	18	54,5	1,607	3	,658
Tipo de causas hipoacusia*Edad audífonos	14	42,4	6,222	6	,399
Tipo de causas hipoacusia*Grado aceptación audífonos	12	36,4	12,400	9	,192
Tipo de causas hipoacusia*Tiene implante coclear	18	54,5	4,500	3	,212
Tipo de causas hipoacusia*Edad implante coclear	4	12,1	0,444	1	,505
Tipo de causas hipoacusia*Desarrollo lingüístico y comunicativo	18	54,5	12,000	3	,007
Tipo de causas hipoacusia*Desarrollo cognitivo	18	54,5	3,877	3	,275
Tipo de causas hipoacusia*Desarrollo motriz	18	54,5	8,250	3	,041

Tabla 17: Resultado variables tipo causas hipoacusia*resto de variables Fuente: Elaboración propia

La relación entre la variable “Tipo de causas hipoacusia” y “Desarrollo lingüístico y comunicativo” ($p=0,007$) indica que el total de sujetos con hipoacusia genética tienen un desarrollo lingüístico y comunicativo inferior a la edad (6/6), al igual que la mayoría de sujetos con hipoacusia producida por causas postnatales (2/3). Sin embargo, el total de sujetos con hipoacusia producida por causas prenatales (3/3) muestran un desarrollo lingüístico y comunicativo adecuado a la edad, al igual que la mayoría de sujetos con hipoacusia producida por causas neonatales (5/6).

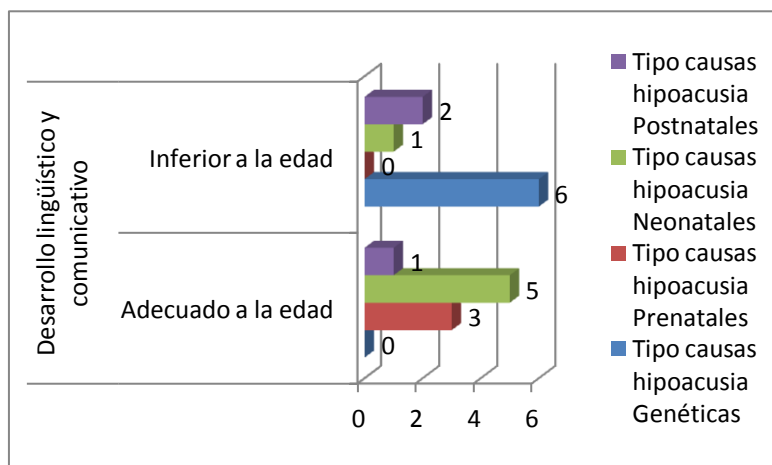


Gráfico 39: Relación tipo de causas hipoacusia y desarrollo lingüístico y comunicativo

En el gráfico 39 podemos observar las diferencias significativas que existen entre los cuatro tipos de causas de la hipoacusia en cuanto al desarrollo lingüístico y comunicativo de los niños y niñas, y se puede afirmar que las hipoacusias genéticas y

las postnatales tienen mayores consecuencias negativas sobre la comunicación de los sujetos.

La asociación entre las variables “Tipo causas hipoacusia” y “Desarrollo motriz” ($p=0,041$) apunta que el total de sujetos con hipoacusia producida por causas prenatales tiene un desarrollo motriz adecuado a la edad (3/3). Asimismo, la mayoría de sujetos con causas genéticas y neonatales tienen también un desarrollo motriz adecuado a su edad. Por el contrario, los sujetos con hipoacusia producida por causas postnatales tienen un desarrollo motriz inferior a la edad (3/3). Por lo tanto, las causas postnatales son las que mayores consecuencias negativas ejercen sobre el desarrollo motriz.

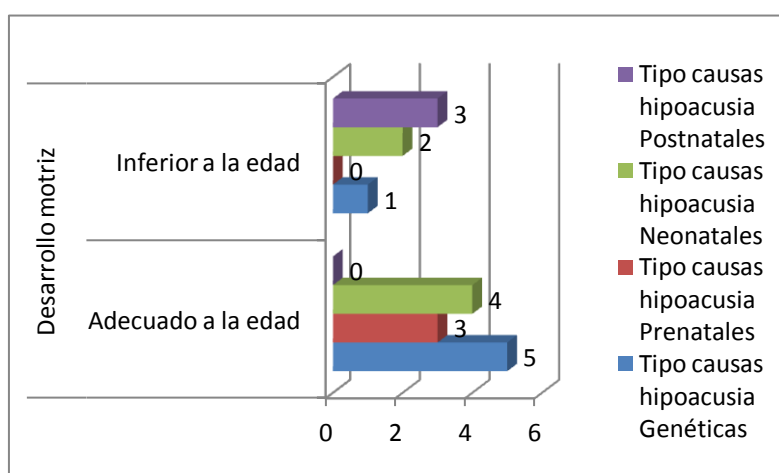


Gráfico 40: Relación tipo de causas y desarrollo motriz

En el gráfico 40 quedan reflejadas las diferencias significativas entre los cuatro tipos de causas de la hipoacusia en lo que se refiere a su influencia en el desarrollo motriz de los sujetos.

▪ OTRAS DISCAPACIDADES ASOCIADAS

Los resultados obtenidos en la prueba Chi-cuadrado para la variable “Otras discapacidades asociadas” y el resto de variables se muestran resumidos en la tabla 18.

Variables	N	% válido	Valor	G1	Significación
Otras discapacidades asociadas*Nivel asistencia IATYS	33	100,0	0,533	2	,766
Otras discapacidades asociadas*Tipo de atención IATYS	33	100,0	0,488	2	,784
Otras discapacidades asociadas*Recibe comunicación signada	33	100,0	0,688	1	,407
Otras discapacidades asociadas*Recibe estimulación	33	100,0	0,012	1	,913
Otras discapacidades asociadas*Recibe atención psicológica	33	100,0	0,874	1	,350
Otras discapacidades asociadas*Lleva audífonos	33	100,0	4,991	1	,025
Otras discapacidades asociadas*Edad audífonos	24	72,7	1,625	2	,444
Otras discapacidades asociadas*Grado aceptación audífonos	22	66,7	0,900	3	,826
Otras discapacidades asociadas*Tiene implante coclear	33	100,0	0,159	1	,690
Otras discapacidades asociadas*Edad implante coclear	9	27,3	0,804	2	,669
Otras discapacidades asociadas*Desarrollo lingüístico y comunicativo	33	100,0	0,248	1	,619

Otras discapacidades asociadas*Desarrollo cognitivo	33	100,0	6,188	1	,013
Otras discapacidades asociadas*Desarrollo motriz	33	100,0	7,748	1	,005

Tabla 18: Resultado variables otras discapacidades asociadas*resto de variables Fuente: Elaboración propia

La variable “Otras discapacidades asociadas” y “Lleva audífonos” presentan una asociación significativa ($p=0,025$) que muestra que el porcentaje de sujetos que lleva audífonos y no tiene discapacidades asociadas (20/24) es significativamente superior al de los sujetos que llevan audífonos y tiene discapacidades asociadas (4/24).

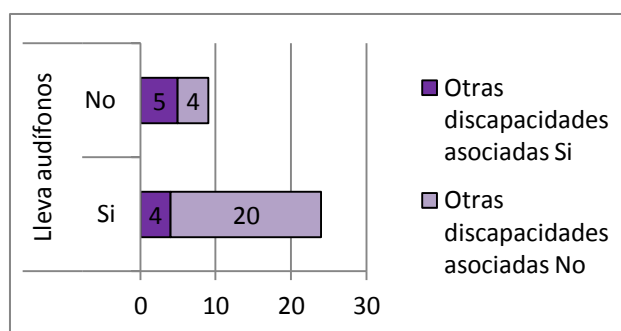


Gráfico 41: Relación otras discapacidades asociadas y lleva audífonos

La asociación entre las variables “Otras discapacidades asociadas” y “Desarrollo cognitivo” ($p=0,013$) nos indica que la proporción de sujetos que tienen otras discapacidades asociadas y un desarrollo cognitivo adecuado (3/9) es significativamente inferior a la proporción de sujetos que no tienen discapacidades asociadas y tienen un desarrollo cognitivo adecuado (19/24).

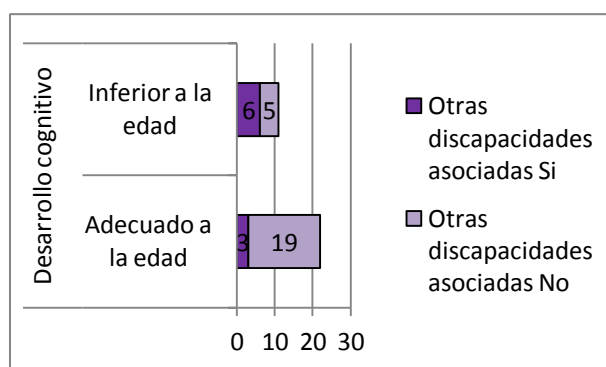


Gráfico 42: Relación otras discapacidades asociadas y desarrollo cognitivo

Como se refleja en el gráfico 42 los sujetos que tienen un desarrollo cognitivo adecuado a su edad son en su mayoría niños y niñas que no tienen discapacidades asociadas, debido a que muchas de estas discapacidades asociadas son psíquicas e influyen en el nivel cognitivo de los sujetos.

La relación entre las variables “Otras discapacidades asociadas” y “Desarrollo motriz” ($p=0,005$) muestra que la proporción de casos con discapacidades asociadas y un desarrollo motriz inferior a la edad (6/9) es significativamente superior a la

proporción de sujetos sin discapacidades asociadas y con el desarrollo motriz inferior (4/24).

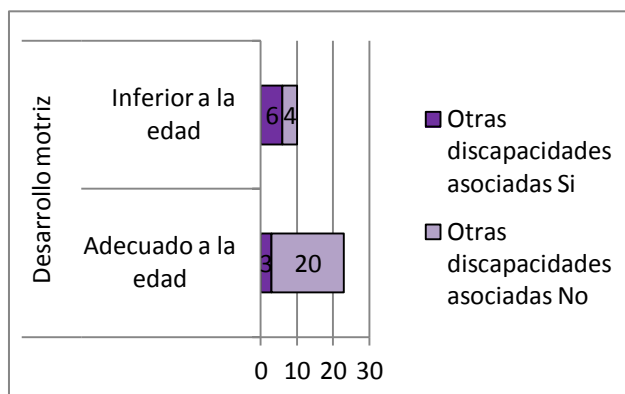


Gráfico 43: Relación otras discapacidades asociadas y desarrollo motriz

Por ello, el gráfico 43 nos muestra que la mayoría de los sujetos que tienen un desarrollo motriz adecuado no tienen otras discapacidades asociadas.

▪ TIPO DE DISCAPACIDAD ASOCIADA

En la siguiente tabla presentamos los resultados obtenidos en la prueba Chi-cuadrado que permite conocer el grado de asociación entre la variable “Tipo de discapacidad” y el resto de variables. Además, de las asociaciones significativas que nos muestra la tabla, esta variable presenta otra asociación significativa con la variable “Audición padres”, comentada anteriormente.

Variables	N	% válido	Valor	G1	Significación
Tipo discapacidad asociada*Nivel asistencia IATYS	9	27,3	4,629	4	,328
Tipo discapacidad asociada*Tipo de atención IATYS	9	27,3	4,041	2	,133
Tipo discapacidad asociada*Recibe comunicación signada	9	27,3	0,735	2	,693
Tipo discapacidad asociada*Recibe estimulación	9	27,3	9,000	2	,011
Tipo discapacidad asociada*Recibe atención psicológica	9	27,3	2,057	2	,358
Tipo discapacidad asociada*Lleva audífonos	9	27,3	2,057	2	,358
Tipo discapacidad asociada*Edad audífonos	4	12,1	4,000	1	,046
Tipo discapacidad asociada*Grado aceptación audífonos	4	12,1	4,000	3	,261
Tipo discapacidad asociada*Tiene implante coclear	9	27,3	4,041	2	,133
Tipo discapacidad asociada*Edad implante coclear	2	6,1	2,000	1	,157
Tipo discapacidad asociada*Desarrollo lingüístico y comunicativo	9	27,3	2,057	2	,358
Tipo discapacidad asociada*Desarrollo cognitivo	9	27,3	2,571	2	,276
Tipo discapacidad asociada*Desarrollo motriz	9	27,3	2,571	2	,276

Tabla 19: Resultados variable tipo discapacidad asociada*resto de variables Fuente: Elaboración propia

La asociación entre las variables “Tipo discapacidad asociada” y “Recibe estimulación (p=0,011) muestra que el total de los sujetos que tienen alguna discapacidad asociada tanto de tipo psíquica como física reciben estimulación, mientras que el sujeto que tiene varias discapacidades asociadas no recibe estimulación.

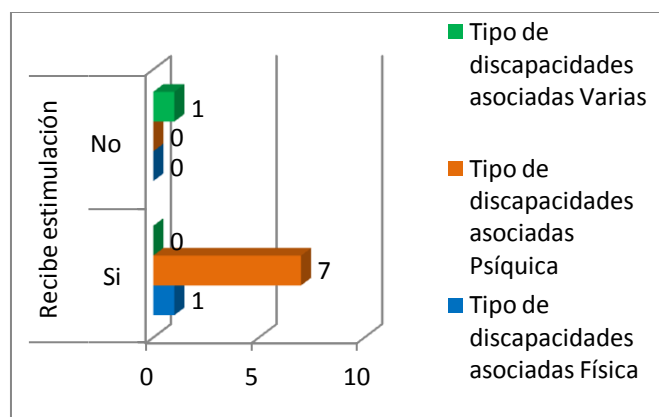


Gráfico 44: Relación tipo de discapacidades asociadas y recibe estimulación

La relación entre las variables “Tipo discapacidad asociada” y “Edad audífonos” ($p=0,046$) indica que a los sujetos con discapacidades psíquicas se les pone antes los audífonos que a los sujetos con discapacidades físicas.

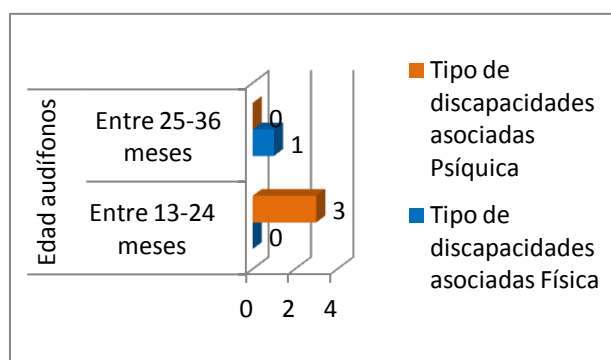


Gráfico 45: Relación tipo de discapacidades asociadas y edad audífonos

6.1.4. DIMENSIÓN IV: ATENCIÓN TEMPRANA IATYS

En esta dimensión, al igual que en la anterior, dos de las variables son constantes, una de ellas la variable “Recibe logopedia”, puesto que todos los sujetos que acuden al IATYS independientemente de sus características acuden a sesiones de logopedia, y la variable “Recibe atención a familias”, debido a que todas las familias que acuden al centro e incluso las educadoras que acuden con los sujetos que se encuentran en centros de acogida reciben información y orientación familiar. Por lo tanto, estas dos variables no presentan diferencias significativas.

El resto de variables, por el contrario si presentan diferencias significativas entre los sujetos.

▪ NIVEL DE ASISTENCIA AL IATYS

La tabla 20 resume los resultados obtenidos en las pruebas Chi-cuadrado en el cruce de variable “Nivel de asistencia IATYS” con el resto de variables, sin mencionar

las variables que ya han sido cruzadas anteriormente con ella, en las que encontramos cuatro relaciones significativas, con las variables “Etnia” y nivel de implicación, grado de autonomía y nivel socioeconómico de las familias.

Variables	N	% válido	Valor	GI	Significación
Nivel asistencia IATYS*Tipo atención IATYS	33	100,0	9,511	4	,050
Nivel asistencia IATYS*Recibe comunicación signada	33	100,0	3,158	2	,206
Nivel asistencia IATYS*Recibe estimulación	33	100,0	5,330	2	,070
Nivel asistencia IATYS*Recibe atención psicológica	33	100,0	2,326	2	,313
Nivel asistencia IATYS*Lleva audífonos	33	100,0	1,177	2	,412
Nivel asistencia IATYS*Edad audífonos	24	72,7	8,443	4	,077
Nivel asistencia IATYS*Grado aceptación audífonos	22	66,7	5,963	6	,427
Nivel asistencia IATYS*Tiene implante coclear	33	100,0	2,868	2	,238
Nivel asistencia IATYS*Edad implante coclear	9	27,3	2,250	2	,325
Nivel asistencia IATYS*Desarrollo lingüístico y comunicativo	33	100,0	15,552	2	,000
Nivel asistencia IATYS*Desarrollo cognitivo	33	100,0	3,389	2	,184
Nivel asistencia IATYS*Desarrollo motriz	33	100,0	2,897	2	,235

Tabla 20: Resultados variables nivel de asistencia IATYS*resto de variables Fuente: Elaboración propia

La asociación entre las variables “Nivel de asistencia IATYS” y “Desarrollo lingüístico y comunicativo” ($p=0,000$) indica que los sujetos que tienen un desarrollo lingüístico y comunicativo adecuado a la edad son en su mayoría sujetos que tienen un nivel de asistencia alto (15/17). Por el contrario, los sujetos que tienen un desarrollo lingüístico y comunicativo inferior a la edad presentan mayoritariamente un bajo nivel de asistencia (9/16). Esta relación es muy importante, debido a que los profesionales del IATYS tienen más tiempo para trabajar con los sujetos y de esta forma mejorar el desarrollo lingüístico de los mismos.

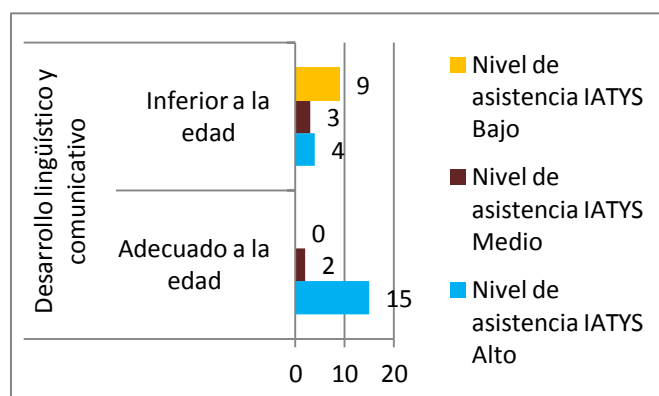


Gráfico 46: Relación nivel de asistencia IATYS y desarrollo lingüístico y comunicativo

▪ TIPO DE ATENCIÓN PROPORCIONADA EN EL IATYS

La tabla 21 muestra los resultados obtenidos para el cruce de la variable “Tipo de atención IATYS” con el resto de variables que no hemos analizado hasta el

momento. Por lo que, además de la asociación significativa con la variable del nivel de implicación de las familias encontramos otras dos.

Variables	N	% válido	Valor	gl	Significación
Tipo de atención IATYS*Recibe comunicación significativa	33	100,0	0,519	2	,771
Tipo de atención IATYS*Recibe estimulación	33	100,0	20,483	2	,000
Tipo de atención IATYS*Recibe atención psicológica	33	100,0	1,088	2	,580
Tipo de atención IATYS*Lleva audífonos	33	100,0	0,488	2	,784
Tipo de atención IATYS*Edad audífono	24	72,7	10,400	4	,034
Tipo de atención IATYS*Grado de aceptación audífonos	22	66,7	3,388	6	,759
Tipo de atención IATYS*Tiene implante coclear	33	100,0	0,488	2	,784
Tipo de atención IATYS*Edad implante coclear	9	27,3	0,804	2	,669
Tipo de atención IATYS*Desarrollo lingüístico y comunicativo	33	100,0	2,254	2	,324
Tipo de atención IATYS*Desarrollo cognitivo	33	100,0	3,231	2	,199
Tipo de atención IATYS*Desarrollo motriz	33	100,0	0,464	2	,793

Tabla 21: Resultados variables tipo de atención*resto de variables Fuente: Elaboración propia

La asociación entre las variables “Tipo de atención IATYS” y “Recibe estimulación” ($p=0,000$) muestra que el total de los sujetos que reciben una atención intensiva acuden a estimulación (26/26), lo mismo ocurre con el sujeto que recibe una atención limitada (1/1). Sin embargo, la mayoría de los sujetos que tienen una atención combinada no reciben estimulación (4/6), puesto que al ser combinada esta estimulación es facilitada en el otro centro que trata al sujeto.

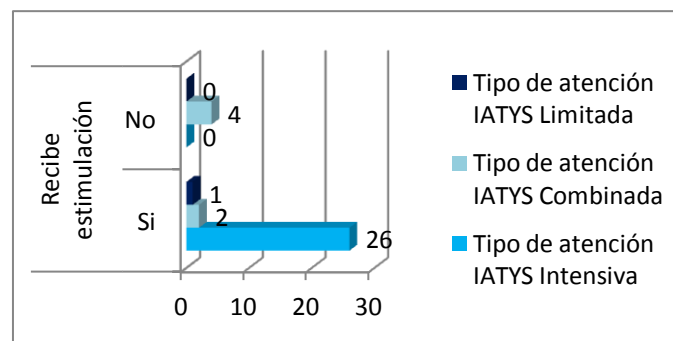


Gráfico 47: Relación tipo de atención IATYS y recibe estimulación

Las variables “Tipo de atención IATYS” y “Edad audífonos” presentan una asociación significativa ($p=0,034$) y expresan que la mayoría de sujetos que reciben una atención intensiva se le suelen poner los audífonos entre los 13-24 meses (13/19), en cambio los sujetos que reciben una atención limitada se les suelen poner entre los 25-36 meses (1/1). Mientras que sobre los sujetos con atención combinada no podemos emitir ningún juicio ya que el porcentaje de sujetos es el mismo para esos dos periodos.

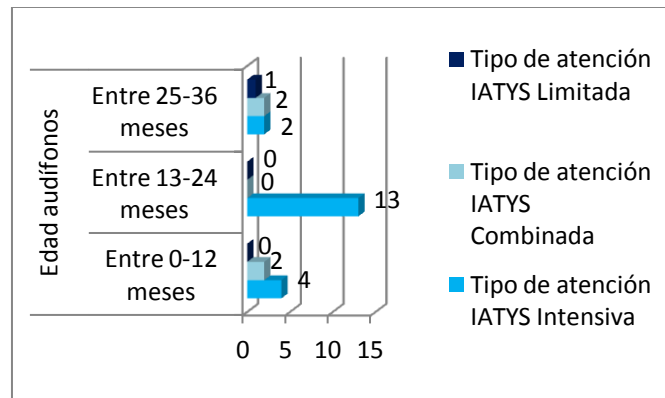


Gráfico 48: Relación entre tipo de atención IATYS y edad audífonos

RECIBE COMUNICACIÓN SIGNADA

Los resultados de la prueba Chi-cuadrado para esta variable se muestran en la tabla siguiente, sin incluir los resultados para las variables ya comentadas, y en las que ya habíamos encontrado dos relaciones significativas para esta variable.

Variables	N	% válido	Valor	gl	Significación
Recibe comunicación signada*Recibe estimulación	33	100,0	0,569	1	,451
Recibe comunicación signada*Recibe atención psicológica	33	100,0	3,039	1	,081
Recibe comunicación signada*Tiene audífono	33	100,0	0,688	1	,407
Recibe comunicación signada*Edad audífono	24	72,7	3,345	2	,188
Recibe comunicación signada*Grado aceptación audífono	22	66,7	4,419	3	,220
Recibe comunicación signada*Tiene implante coclear	33	100,0	11,000	1	,001
Recibe comunicación signada*Edad implante coclear	9	27,3	2,250	2	,325
Recibe comunicación signada*Desarrollo lingüístico y comunicativo	33	100,0	0,243	1	,622
Recibe comunicación signada*Desarrollo cognitivo	33	100,0	0,273	1	,602
Recibe comunicación signada*Desarrollo motriz	33	100,0	1,148	1	,284

Tabla 22: Resultados variables recibe comunicación signada*resto variables Fuente: Elaboración propia

La asociación entre las variables “Recibe comunicación signada” y “Tiene implante coclear” ($p=0,001$) señala que la proporción de sujetos que reciben comunicación signada y llevan implante coclear (7/11) es significativamente mayor que la proporción de aquellos sujetos que reciben comunicación signada pero no llevan implante coclear (4/11).

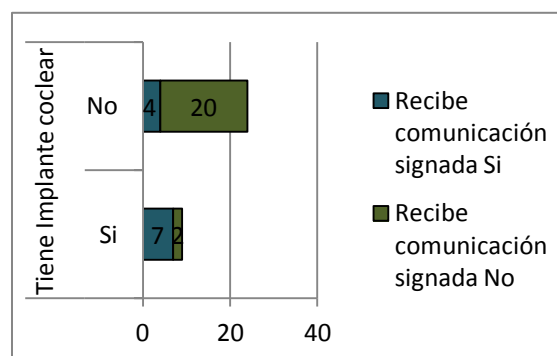


Gráfico 49: Relación recibe comunicación signada y tiene implante coclear

Del gráfico 49 podemos concluir que la mayoría de sujetos que tienen implante coclear reciben comunicación signada, esto es así ya que los sujetos que tienen implante coclear tiene una pérdida auditiva más grave por lo que necesitan apoyarse en lenguaje de signos para adquirir el lenguaje oral, o utilizar la lengua de signos como medio de comunicación.

▪ RECIBE ATENCIÓN PSICOLÓGICA

Los resultados obtenidos en la prueba Chi-cuadrado para el cruce entre esta variable y el resto se muestran en la tabla 23. Destacar que ya habíamos obtenido otra relación significativa con la variable que nos indica el grado de la pérdida auditiva.

Variables	N	% válido	Valor	GI	Significación
Recibe atención psicológica*Lleva audífonos	33	100,0	0,874	1	,350
Recibe atención psicológica*Edad audífonos	24	72,7	3,082	2	,214
Recibe atención psicológica*Grado aceptación audífonos	22	66,7	1,316	3	,725
Recibe atención psicológica*Tiene implante coclear	33	100,0	16,795	1	,000
Recibe atención psicológica*Edad implante coclear	9	27,3	Recibe atención psicológica es una constante		
Recibe atención psicológica*Desarrollo lingüístico y comunicativo	33	100,0	0,022	1	,881
Recibe atención psicológica*Desarrollo cognitivo	33	100,0	0,248	1	,618
Recibe atención psicológica*Desarrollo motriz	33	100,0	0,907	1	,341

Tabla 23: Resultados recibe atención psicológica*resto de variables Fuente: Elaboración propia

La asociación entre las variables “Recibe atención psicológica” y “Tiene implante coclear” ($p=0,000$) expresa que la proporción de sujetos que recibe atención psicológica y tiene implante coclear (9/14) es significativamente mayor a la de los sujetos que no reciben atención psicológica y tienen implante coclear (0/19). Por lo tanto, el total de sujetos que no reciben atención psicológica no tienen implante coclear.

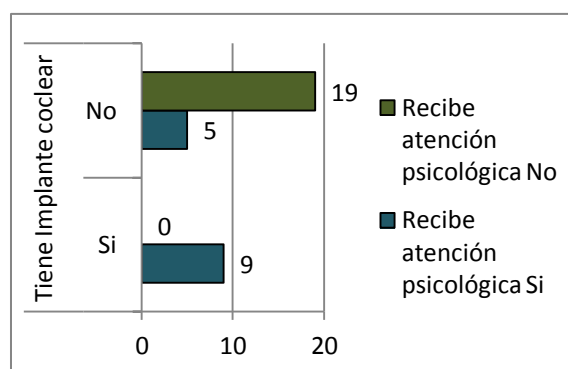


Gráfico 50: Relación recibe atención psicológica y tiene implante coclear

6.1.5. DIMENSIÓN V: PRÓTESIS AUDITIVAS

De las variables por las que está compuesta la dimensión prótesis auditivas solamente dos de ellas presentan relaciones significativas. No hay diferencias

significativas entre los sujetos en cuanto al grado de aceptación de los audífonos, esta variable es independiente del resto.

La variable que indica si lleva audífonos y la que nos muestra la edad a la que se les pone el implante coclear tiene relación significativas explicadas anteriormente.

▪ EDAD A LA QUE SE LES PONE LOS AUDÍFONOS

La tabla 24 muestra los resultados obtenidos para la variable que nos aporta los datos sobre la edad con la que se les pone los audífonos, con el resto de variables que faltan por analizar, por lo que ya no mostramos las cuatro asociaciones significativas que esta variable presenta con las anteriores.

Variables	N	% válido	Valor	gl	Significación
Edad audífonos*Grado de aceptación	21	63,6	1,722	2	,423
Edad audífonos*Implante coclear	24	72,7	7,863	2	,020
Edad audífonos*Edad implante coclear	6	18,2	6,000	2	,050
Edad audífonos*Desarrollo lingüístico y comunicativo	24	72,7	1,722	2	,423
Edad audífonos*Desarrollo cognitivo	24	72,7	0,848	2	,654
Edad audífonos*Desarrollo motriz	24	72,7	0,754	2	,686

Tabla 24: Resultados variables edad audífonos*resultados variables Fuente: Elaboración propia

Las variables “Edad audífonos” y “Tiene implante coclear” presentan una asociación significativa ($p=0,020$), señalando que a los sujetos que tienen implante coclear se les colocan antes los audífonos que a los sujetos que no llevan implante coclear. Como podemos comprobar en el gráfico 51, la mayoría de sujetos a los que se les ponen los audífonos entre los 0 y 12 meses llevan implante coclear (4/6), sin embargo la mayoría de sujetos con los audífonos colocados entre los 13 y 24 meses no llevan implante coclear (11/13), y por último la totalidad de sujetos con audífonos puestos entre los 25 y 36 meses son sujetos que no tienen implante coclear (5/5).

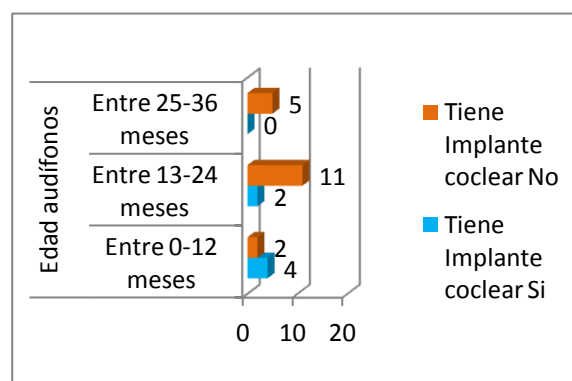


Gráfico 51: Relación edad audífonos y tiene implante coclear

▪ TIENE IMPLANTE COCLEAR

Los resultados obtenidos para esta variable se presentan en la tabla siguiente.

Variables	N	% válido	Valor	gl	Significación
Tiene implante coclear*Desarrollo lingüístico y comunicativo	33	100,0	0,248	1	,619
Tiene implante coclear*Desarrollo cognitivo	33	100,0	0,688	1	,407
Tiene implante coclear*Desarrollo motriz	33	100,0	5,380	1	,020

Tabla 25: Resultados variables tiene implante coclear*resto variables Fuente: Elaboración propia

Las variables “Tiene implante coclear” y “Desarrollo motriz” presentan una asociación significativa ($p=0,020$) y muestran diferencias en cuanto al desarrollo motriz de los sujetos que tienen implante coclear y de aquellos que no lo tienen, el total de los sujetos que llevan implante coclear tienen un desarrollo motriz adecuado a la edad (9/9). Sin embargo, una gran parte de los sujetos que no tienen implante coclear muestran un desarrollo motriz inferior a su edad (10/24).

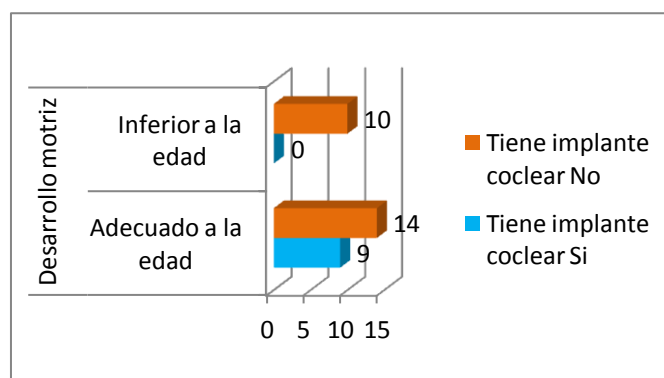


Gráfico 52: Relación tiene implante coclear y desarrollo motriz

Además, de la asociación significativa con esta variable también presenta otras con las variables “Audición padres” y “Grado de pérdida auditiva”, que ya han sido comentadas anteriormente.

6.1.6. DIMENSIÓN VI: DESARROLLO INTEGRAL DEL NIÑO

En esta dimensión hemos encontrado diferencias significativas entre las tres variables que nos aportan información sobre el desarrollo lingüístico, cognitivo y motriz de los sujetos. Sin embargo, cabe destacar que no hemos encontrado diferencias significativas entre los tres tipos de desarrollo y el grado de pérdida auditiva, lo cual quiere decir que estos desarrollos varían independientemente del tipo de pérdida auditiva, contrastando de esta forma la gran diversidad existente entre los sujetos con hipoacusia, puesto que no existe ninguna tendencia entre esas variables.

Hay que mencionar que la mayoría de estas variables ya han sido comentadas en las asociaciones significativas que presentan con las variables anteriores.

▪ DESARROLLO LINGÜÍSTICO Y COMUNICATIVO

En la siguiente tabla se presentan los resultados obtenidos en la prueba Chi-cuadrado para la variable que nos indica el desarrollo lingüístico y el resto de variables que todavía no han sido analizadas

Variables	N	% válido	Valor	gl	Significación
Desarrollo lingüístico y comunicativo*Desarrollo cognitivo	33	100,0	7,340	1	,007
Desarrollo lingüístico y comunicativo*Desarrollo motriz	33	100,0	2,659	1	,103

Tabla 26: Resultados variables desarrollo lingüístico y comunicativo*resto variables Fuente: Elaboración propia

La asociación entre las variables “Desarrollo lingüístico y comunicativo” y “Desarrollo cognitivo” ($p=0,007$) indica que la mayoría de sujetos que presenta un desarrollo lingüístico y comunicativo adecuado a la edad también tienen un desarrollo cognitivo adecuado (15/17), asimismo la mayoría de sujetos que presentan un desarrollo lingüístico y comunicativo inferior a la edad también muestran un desarrollo cognitivo inferior a la edad (9/16).

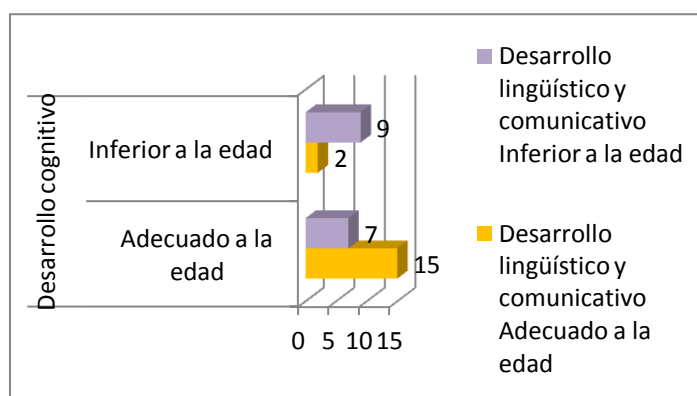


Gráfico 53: Relación desarrollo lingüístico y comunicativo y desarrollo cognitivo

▪ DESARROLLO COGNITIVO

Destacar que la variable “Desarrollo cognitivo” solamente muestra dos asociaciones significativas, la primera de ellas con la variable “Otras discapacidades asociadas”, ya que existen diversos sujetos con otras discapacidades asociadas que les producen algún retraso en el desarrollo cognitivo, de ahí que nos muestren un desarrollo cognitivo inferior a la edad, como pudimos ver cuando analizamos la variable “Otras discapacidades asociadas”. La segunda variable con la que presenta relación es el “Desarrollo motriz”, que explicaremos a continuación, y cuyos valores presentamos en la tabla 27.

Esto nos indica que los sujetos con hipoacusia del IATYS no tienen grandes diferencias en cuanto a su nivel cognitivo, salvo aquellos que presentan una discapacidad asociada y algún retraso en el desarrollo motriz, con ello podemos afirmar que muchas de las creencias sociales que indican que las personas con hipoacusia tienen un nivel cognitivo inferior es totalmente falso.

Variable	N	% válido	Valor	gl	Significación
Desarrollo cognitivo*Desarrollo motriz	33	100,0	14,061	1	,000

Tabla 27: Resultados variables desarrollo cognitivo*desarrollo motriz Fuente: Elaboración propia

La asociación entre las variables “Desarrollo cognitivo” y “Desarrollo motriz” ($p=0,000$) expresa que la mayoría de los sujetos que muestran un adecuado desarrollo cognitivo también tienen un adecuado desarrollo motriz (20/22), asimismo los sujetos que presentan un desarrollo cognitivo inferior a la edad también muestran un desarrollo motriz inferior a la edad (8/11).

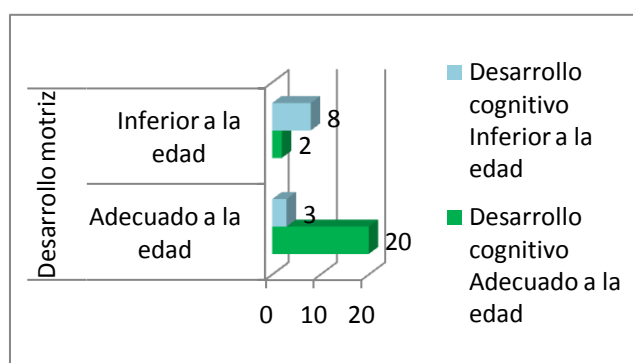


Gráfico 54: Relación desarrollo cognitivo y desarrollo motriz

7. CONCLUSIONES

Como resultado del estudio teórico del tema que nos atañe, de la planificación de la investigación, así como de la recogida de información y del posterior análisis de los datos obtenidos, presentamos a continuación las principales conclusiones acerca de los sujetos con hipoacusia que acuden al IATYS de la Fundación Vinjoy. Se señalan además las limitaciones encontradas al llevar a cabo este estudio y futuras líneas de trabajo. Por último, se indican posibles propuestas de mejora sobre lo estudiado.

En un primer momento, es necesario describir las características más relevantes de los sujetos que componen nuestra muestra y que acuden al IATYS de la Fundación Vinjoy. La mayoría de los sujetos son del sexo femenino (57,6%) que viven mayoritariamente en un entorno urbano (54,5%) y que a pesar de ello, no suelen acudir a la guardería (60,6%). Más de una cuarta parte de estos casos son de etnia gitana (27,3%), un porcentaje bastante elevado si tenemos en cuenta que el resto de niños y niñas de etnia no gitana conforman un 72,7% del total. Este dato es habitual en la mayoría de las investigaciones, según Tuset, Roca, Alamillo, y Martorell (2012) existen numerosos estudios que afirman la prevalencia de la hipoacusia hereditaria en la población de etnia gitana, debido a las altas tasas de consanguinidad que este colectivo presenta,

Destacar que en Asturias se realiza una adecuada detección temprana, ya que la mayoría de sujetos acuden al IATYS con una edad comprendida entre los 0 y los 12 meses (69,7%) y al total de ellos se les ha realizado el programa *screening* en el hospital.

La mayoría de los padres y madres de los sujetos son oyentes (81,8%), frente al 18,2% de padres que son hipoacúsicos. Este resultado va en concordancia con los datos obtenidos por la CODEPEH (1999), que muestran que más del 90% de los niños con hipoacusia tienen padres oyentes. Además, cabe destacar que de los sujetos que tienen hermanos con discapacidad (21,1%), el 75% presentan discapacidad auditiva.

En relación a la implicación de las familias, más de la mitad de estas familias se muestran colaboradoras con los profesionales del IATYS (74,2%), aún así el porcentaje de familias no colaboradoras es elevado (25,8%). Destacar que la mayoría de estas familias son autónomas, no necesitan ayudas sociales, (58,1%), aunque también es alto el porcentaje de familias que dependen de los Servicios Sociales (25,8%). Este dato está en relación con el nivel socioeconómico familiar, puesto que la mayoría de las familias presentan un nivel socioeconómico medio (67,7%), seguidas de las familias con un nivel socioeconómico bajo (25,8%), estas últimas se corresponden en su mayoría con las familias que precisan ayudas de los Servicios Sociales.

En lo que se refiere al tipo de hipoacusia, es necesario destacar que casi todos los sujetos tienen hipoacusia bilateral (97,0%), salvo el 3,0% que tienen hipoacusia unilateral. Por lo tanto, podemos ver un predominio general de la hipoacusia bilateral. El tipo de hipoacusia según la localización de la lesión no suele aparecer en los informes médicos (53,1%), por lo que se debería investigar sobre este aspecto, para saber las causas de la falta de información médica. En los que sí aparece, la mayoría padecen hipoacusias neurosensoriales (43,8%), frente al 3,1% que sufren hipoacusias de conducción, aquellas que como vimos en la parte teórica son más leves que las neurosensoriales y se pueden solucionar con el método quirúrgico. En consonancia con nuestros resultados, los estudios de Benito y Silva (2013) afirman que la hipoacusia neurosensorial es la discapacidad sensorial más frecuente.

Destacar la gran diversidad existente en relación al grado de la pérdida auditiva, puesto que existen unos porcentajes muy similares de sujetos con pérdida leve (21,2%), moderada (33,3), severa (21,2%) y profunda (24,2%). Por ello no podemos establecer que exista prevalencia de alguno de los cuatro tipos de pérdida auditiva. Aspecto que está en consonancia con los resultados de la CODEPEH (1999), que afirman que cinco de cada mil recién nacidos padecen una sordera de distinto grado.

Un dato relevante para centrarnos en futuras investigaciones es el conocimiento de las causas de la hipoacusia, puesto que el 54,5% de los sujetos conocen las causas de la hipoacusia, pero el 45,5% no las conocen, por ello se deberían tomar medidas para

fomentar el conocimiento de estas causas. Existe diversidad también el tipo de las causas que han producido la hipoacusia, ya que los porcentajes de sujetos con causas genéticas (33,3%), prenatales (16,7%), neonatales (33,3%) y postnatales (16,7%) están muy igualados.

En el IATYS se proporciona una atención mayoritariamente intensiva (78,8%), aunque es elevado el porcentaje de sujetos que necesitan una atención combinada con otras unidades de atención temprana (18,2%), sin embargo, los sujetos que reciben atención limitada ocupan un porcentaje muy bajo (3,0%). Más importante aún es la asistencia al IATYS, ya que la mayoría de sujetos tiene un alto nivel de asistencia (57,6%), no obstante los sujetos con un nivel de asistencia bajo ocupan un porcentaje que no supera al anterior, pero que podemos considerar elevado (27,3).

El IATYS proporciona a todos los sujetos sesiones de logopedia (100%), así como también orientación e información a las familias de los sujetos (100%), incluso a aquellas educadoras que acuden con los sujetos que se encuentran en centros de acogida. No obstante, solamente el 33,3% de los sujetos necesitan sesiones de comunicación signada, y aquellos sujetos que necesitan atención psicológica conforman el 42,4% del total. Por último, es mayor el porcentaje de sujetos que necesitan sesiones de estimulación (87,9%)

En cuanto a las prótesis auditivas, la mayoría de los sujetos llevan audífonos (72,7%), los cuales generalmente se les ponen entre los 13 y 24 meses (54,2%). Al contrario ocurre con el implante coclear, puesto que la mayoría no lo llevan (72,7%), y generalmente se les suele poner el implante coclear entre los 25 y 36 meses (44,4%).

Por último, se puede afirmar que la mayoría de los sujetos tienen un desarrollo lingüístico y comunicativo adecuado a la edad (51,5%), aunque el porcentaje de sujetos con un desarrollo inferior a la edad (48,5%) es bastante alto. No obstante, la mayoría de sujetos tienen un desarrollo cognitivo (66,7%) y motriz (69,7%) adecuado a la edad. Lo que indica que las repercusiones de la hipoacusia son más graves en el desarrollo lingüístico y comunicativo que en el desarrollo motriz y cognitivo.

En los siguientes párrafos y para ser coherente con nuestro estudio, presentaremos las conclusiones siguiendo las dimensiones que lo conforman (Sociodemográfica, Familia, Audición, Atención temprana IATYS, Prótesis auditivas y Desarrollo integral), y relacionando los resultados de estas dimensiones con la parte teórica de este estudio, en la que se han realizado las revisiones bibliográficas de los principales documentos relacionados con el tema, y que dada su importancia, no podemos obviar.

La Dimensión I: Sociodemográfica está compuesta por las variables de clasificación, y de la asociación entre ellas podemos afirmar que no existen diferencias

entre los sujetos en cuanto al sexo y al entorno, sin embargo sí que existen diferencias entre los sujetos debidas a la etnia y a la asistencia a la guardería. El sexo no influye en la prevalencia de la hipoacusia, como podemos comprobar en la investigación realizada por Rodríguez (2013).

La etnia está asociada a diversas variables que tienen que ver con el ámbito familiar, la mayoría de sujetos de etnia gitana poseen familias cuyo nivel socioeconómico es bajo, debido a que son familias en su mayoría que precisan de ayuda social, y familias compuestas mayoritariamente por un gran número de hermanos. Este aspecto aparece reflejado en los estudios realizados por Tuset, Roca, Alamillo, y Martorell (2012), expresando que numerosos artículos de investigación muestran que la etnia gitana presenta desigualdades sociales y económicas respecto al resto de la población, y afirman que en diferentes estudios (Pavlič, Zelko, Kersnik, y Lolić, 2011; Casals, Pila, Langohr, Millet, y Cayla, 2012) se indica que la población gitana presenta altos niveles de pobreza y altas tasas de desempleo.

Además, la mayoría de las familias de sujetos de etnia gitana, no muestran colaboración con los profesionales del IATYS, y su nivel de asistencia al mismo es bajo. Esta baja asistencia e implicación familiar puede ser la causante de que la mayoría de sujetos de etnia gitana tengan un desarrollo lingüístico y comunicativo inferior a la edad. También cabe destacar que la totalidad de los sujetos de etnia gitana llevan audífonos, debido a que no hay casos de sujetos de etnia gitana que tengan una pérdida leve y no necesiten los audífonos. Asimismo, la etnia también influye en la asistencia a la guardería, ya que la mayoría de sujetos de etnia gitana no asisten a la guardería.

Sin embargo, no existen diferencias en cuanto a la atención recibida en el IATYS ni al tipo de hipoacusia que presentan, por lo tanto el centro se muestra integrador y evidentemente el tipo o grado de hipoacusia no tiene asociación con la etnia.

La asistencia a la guardería influye en la comunicación signada, la mayoría de sujetos que no asisten a la guardería tampoco reciben comunicación signada, aunque desde el centro no se puede controlar la primera de las variables. Quizás las familias que son más reacias a llevar a sus hijos a la guardería también lo son a la hora de enseñarles el lenguaje de signos, ya que como vimos en la parte teórica, este no está muy aceptado entre las personas oyentes.

La Dimensión II: Familia, está formada por las variables que determinan las características de las familias de los sujetos. Se puede afirmar que el total de los sujetos cuyos padres son hipoacúsicos tienen hipoacusia genética, puesto que la han heredado de sus padres, además la mayoría de estos sujetos tienen implante coclear, al contrario que los sujetos de padres oyentes los cuales la mayoría no llevan implante coclear. Esto puede estar debido a que la mayoría de sujetos con padres hipoacúsicos tienen tendencia a una mayor pérdida auditiva.

Máster en Intervención e Investigación Socioeducativa

La composición de la familia influye en el nivel de implicación, puesto que las familias monomarentales no se muestran colaboradoras mientras que las familias extensas y una gran proporción de las familias nucleares muestran colaboración con los profesionales del IAYTS.

Siguiendo con la determinación de la implicación familiar, las familias que colaboran son en su mayoría familias autónomas, que presentan un nivel socioeconómico alto y medio, y cuyo nivel de asistencia al IATYS es alto, suelen ser familias que reciben en su mayoría una atención intensiva o combinada. Además, los sujetos con familias que no colaboran presentan un desarrollo lingüístico y comunicativo inferior a su edad, debido a la falta de asistencia e implicación. Esta idea es defendida por los autores Peralbo y Fernández (2003), afirmando que la participación y colaboración de los padres en el centro influye de forma positiva en el rendimiento académico de los hijos/as. Asimismo, también es apoyada por Martínez (1992, citada por Martínez y Álvarez, 2000:139) que afirma que la implicación de las familias con el centro escolar proporciona un incremento del rendimiento académico del alumnado.

En cuanto al grado de autonomía, la mayoría de familias autónomas y autónomas con apoyos sociales tienen un nivel socioeconómico medio mientras que las familias que precisan de ayudas sociales tienen un nivel socioeconómico bajo. Lo mismo ocurre con el nivel de asistencia al IATYS, las familias autónomas mayoritariamente tienen un nivel de asistencia alto, mientras que las familias que precisan de ayudas sociales tienen en su mayoría un nivel de asistencia bajo. Esto explica porque a los sujetos con familias que necesitan ayudas sociales se les pone los audífonos más tarde que al resto de los sujetos, ya que la atención proporcionada desde el IATYS es la misma, pero su asistencia es más baja, lo que hace que vayan con retraso respecto a los demás sujetos. Como consecuencia, podemos justificar el hecho de que los sujetos con familias que precisan ayudas sociales tengan en su mayoría un desarrollo lingüístico y comunicativo inferior a la edad.

Podemos afirmar, que la mayoría de familias con un nivel socioeconómico bajo tienen también un nivel de asistencia bajo, y por lo tanto un desarrollo lingüístico y comunicativo inferior a la edad, no se muestran colaboradoras y necesitan de ayudas sociales.

La Dimensión III: Audición, tiene que ver con el tipo y grado de hipoacusia, con el tipo de causas de la misma y de discapacidades asociadas que pueden presentar los sujetos. Hay que destacar que en la mayoría de los casos no se especifica en los informes médicos el tipo de hipoacusia según la localización de la lesión, aspecto importante que debe tener en cuenta el profesional audioprotesista del centro, por lo que desde la Unidad de Hipoacusia Infantil se debería mejorar este aspecto. Todos los sujetos que hemos analizado tienen hipoacusia prelocutiva puesto que nos encontramos en la etapa de la atención temprana, cuando todavía no han adquirido el lenguaje oral,

asimismo todos los sujetos han pasado el *screening* auditivo que se les realiza en el hospital, lo cual quiere decir que este programa se está llevando a cabo de forma correcta. La mayoría de los sujetos presentan hipoacusia bilateral frente un sujeto que padece hipoacusia unilateral, por lo que podemos deducir que es más frecuente la hipoacusia bilateral.

En lo referente al grado de pérdida auditiva, la mayoría de sujetos con pérdida profunda reciben comunicación signada y atención psicológica, y llevan audífonos e implante coclear, ya que la mayoría tienen prótesis combinadas de audífono e implante. Sobre los sujetos con pérdida severa podemos afirmar que existe una proporción muy igualitaria de aquellos que reciben comunicación signada y aquellos que no la reciben, lo mismo ocurre con la atención psicológica, sin embargo, podemos afirmar que mayoritariamente llevan audífonos y no llevan implante coclear. La mayoría de sujetos con pérdidas moderadas y leves no reciben comunicación signada ni atención psicológica, ningún sujeto tiene implante coclear, y en el caso de la pérdida moderada la mayoría de los sujetos llevan audífonos, sin embargo en la pérdida leve no los llevan. Por lo tanto, podemos afirmar que la mayoría de sujetos con pérdidas profundas llevan implante coclear, dato corroborado en el estudio realizado por la CODEPEH (1999), que afirma que más del 40% de sujetos con pérdidas profundas son candidatos a implante coclear. Aquí podemos ver la diversidad que existe entre los sujetos con hipoacusia, acentuada aún más por la inexistencia de asociaciones significativas entre el grado de la pérdida y los tres tipos de desarrollo. Aspecto que entra en contradicción con los estudios de Conrad (1979, citado por Marchesi, Coll y Palacios, 1990:230) que afirma que esta es la variable más influyente en el desarrollo integral de los sujetos. No obstante la CODEPEH (1999), afirma que existe una gran diversidad entre la población con discapacidad auditiva y que incluso con un mismo grado de pérdida auditiva, son muchas las variables que intervienen para determinar que el desarrollo de un sujeto evolucione de una u otra forma.

Cabe mencionar también, que los sujetos que conocen las causas de su hipoacusia se les pone el implante coclear antes que aquellos que las desconocen, por lo que un aspecto importante y sobre el que se debería investigar es el conocimiento de las causas de la hipoacusia, puesto que aproximadamente sólo la mitad de los sujetos conocen esas causas. El tipo de las causas de la hipoacusia influye en el desarrollo lingüístico y comunicativo y en el motriz de los sujetos, pues las causas genéticas y las postnatales tienen peores consecuencias sobre el desarrollo lingüístico, y estas últimas también sobre el motriz. En cambio la mayoría de los sujetos con causas prenatales y neonatales tienen un desarrollo lingüístico y motriz adecuado a la edad.

Un poco más de una cuarta parte de los sujetos tienen otras discapacidades asociadas y estas influyen en su desarrollo cognitivo y motriz, puesto que la mayoría de los sujetos con otras discapacidades presentan un desarrollo cognitivo y motriz inferior a la edad, puesto que estas discapacidades suelen ser psíquicas o físicas.

La Dimensión IV: Atención temprana IATYS está formada por las variables que describen los servicios y la atención que se presta desde el IATYS. La asistencia a IATYS es decisiva para los sujetos, puesto que los sujetos con bajo nivel de asistencia tienen un desarrollo lingüístico y comunicativo inferior a la edad, mientras que la mayoría de los que tienen un alto nivel de asistencia tienen un desarrollo adecuado. Esto ocurre porque debido a esa falta de asistencia los profesionales del IATYS tienen menos tiempo para trabajar con estos sujetos. Este nivel de asistencia como ya hemos comentado, está asociado a numerosos factores familiares.

En cuanto a las sesiones que se prestan desde el IATYS, a todos los sujetos independientemente de su grado de pérdida auditiva se les proporciona logopedia, ya que necesitan en mayor o menor medida ayuda para adquirir el lenguaje oral, lo que demuestra que este centro trata de forma igualitaria a todos sus integrantes. Lo mismo ocurre con la atención a familias, todas las familias reciben orientación e información incluso aquellas educadoras que acuden con sujetos que se encuentran en centros de acogida, lo que demuestra el compromiso del IATYS por mantener a las familias informadas sobre cualquier aspecto relacionado con sus hijos e hijas y con su hipoacusia, y mantener una buena relación con ellas, para que se impliquen en el tratamiento de sus hijos/as y de esta forma estos últimos salgan beneficiados.

Siguiendo con los servicios del IATYS, la mayoría de sujetos reciben sesiones de estimulación, sin embargo menos de la mitad de los sujetos reciben comunicación signada y atención psicológica. Esto ocurre porque la mayoría de los sujetos que reciben comunicación signada y atención psicológica son sujetos que llevan implante coclear, ya que los sujetos implantados tienen hipoacusias más graves, por lo que necesitan el lenguaje de signos para comunicarse o para adquirir el lenguaje oral, y sus familias necesitan atención psicológica a la hora de pasar por la etapa del implante, ya que es necesario intervenir de forma quirúrgica al sujeto.

El tipo de atención que reciben los sujetos es en su mayoría intensiva, es decir, acuden a dos sesiones semanales, sin embargo existen 6 sujetos con atención combinada con otra unidad de atención temprana más cercana al domicilio del sujeto o más específica de acuerdo con las discapacidades asociadas que presenta el sujeto, y por último existe un sujeto con atención limitada, que por sus características específicas sólo puede acudir al centro una vez cada dos semanas. Por lo que podemos comprobar, que desde el centro se tiende a proporcionar la mejor atención a los sujetos. La mayoría de los sujetos que tienen atención combinada no acuden a las sesiones de estimulación, probablemente porque ya se les proporciona la otra unidad de atención temprana a la que acuden.

La Dimensión V: Prótesis auditivas, recoge las variables relacionadas con los audífonos y el implante coclear. La mayoría de los sujetos llevan audífonos, pero menos de una cuarta parte lleva implante coclear, además la mayoría de los que llevan implante

coclear tienen también audífonos, es decir, tienen prótesis combinadas. En cuanto, al grado de aceptación de los audífonos por parte de las familias mayoritariamente suele ser bueno.

Cabe señalar, que a la mayoría de sujetos que llevan implante coclear se les colocan primero los audífonos que al resto de sujetos, supuestamente esto se debe a que los sujetos con implante coclear tienen hipoacusias más graves, por lo que se les detecta antes, lo que hace que vayan con ventaja respecto al resto de sujetos.

La Dimensión VI: Desarrollo integral del sujeto, está compuesta por las variables que recogen información sobre el desarrollo de los niños y niñas. Como hemos visto en la parte teórica de nuestro trabajo, una de las consecuencias más graves de la hipoacusia es su afectación negativa al lenguaje, por lo tanto me parece muy positivo para el IATYS que más de la mitad de los sujetos presenten un desarrollo lingüístico y comunicativo al comenzar el colegio, lo que quiere decir que se trabaja de forma adecuada con los sujetos. Destacar que también la mayoría de sujetos presentan un desarrollo cognitivo y motriz adecuado a la edad. Estos desarrollos como vimos están condicionados por diversos factores familiares, por las causas que han producido la hipoacusia y por las discapacidades asociadas que presentan los sujetos.

No podemos olvidar que estos desarrollos mantienen asociaciones entre ellos, puesto que la mayoría de sujetos que tienen un desarrollo cognitivo adecuado a la edad también presentan un desarrollo lingüístico y comunicativo adecuado; lo mismo ocurre con el desarrollo motriz, la mayoría de sujetos que presentan un desarrollo motriz adecuado a la edad también muestran un desarrollo cognitivo adecuado.

Podemos concluir, que existe una gran diversidad entre los sujetos no sólo en lo que se refiere a las características de la hipoacusia y a su desarrollo sino también a las características familiares. Sin embargo, en la atención proporcionada desde el IATYS existe mayor homogeneidad, lo que implica que tratan de evitar desigualdades entre los sujetos.

Como **limitaciones de nuestra investigación** hay que señalar que la muestra es demasiado reducida, aspecto que debemos tener en cuenta a la hora de trabajar con los resultados, incluso la muestra se reduce aún más en determinadas variables, que solamente cumplen unos pocos sujetos.

De haber dispuesto de un plazo de tiempo más amplio, se podría haber seleccionado una muestra mayor, más representativa, y profundizar con mayor detenimiento en algunas cuestiones. Además, cabe destacar que la selección de la muestra ha estado condicionada, debido a que de los sujetos acogidos por el IATYS, debían de ser sujetos que acudiesen a atención temprana, por lo que la muestra aún quedó más reducida.

Máster en Intervención e Investigación Socioeducativa

En caso de continuar investigando en esta línea en un futuro, además de mejorar las limitaciones de este estudio, sería conveniente poder tener acceso a las familias de los sujetos y al centro educativo al que acuden actualmente, así podríamos recoger información sobre su situación actual. También sería interesante poder investigar la detección y el diagnóstico llevado a cabo por la Unidad de Hipoacusia Infantil del hospital.

Por último, cabe incluir alguna **propuesta de mejora** sobre el tema investigado con este estudio, sería importante mejorar las ayudas a las familias de etnia gitana así como proponer alguna medida que consiga una asistencia continuada de los mismos al centro, lo que favorecería la colaboración con los profesionales del centro y el desarrollo del sujeto. Esta medida podría ser a nivel general, no a nivel del centro, ya que la falta de asistencia de los sujetos con etnia gitana suele ocurrir en muchos centros, como colegios, institutos, etc.

También se deberían mejorar los informes proporcionados por la Unidad de Hipoacusia Infantil, puesto que no están muy completos. Sería necesario investigar sobre las causas de la hipoacusia de los sujetos, para darlas a conocer en el centro, ya que de esta forma se detectarían antes los sujetos que necesitan implante coclear, por lo que se adelantaría la edad de realización del implante.

Desde el centro, se debería fomentar en las familias la importancia que tiene la asistencia continuada y la colaboración con los profesionales del centro para el adecuado desarrollo del sujeto.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acosta, V.M. (Coord.). (2005). *La sordera desde la diversidad cultural y lingüística. Construyendos centros inclusivos en la educación del alumnado con sordera*. Barcelona: MASSON .
- Benito, J.I. y Silva, J.C. (2013). Hipoacusia: identificación e intervención precoces. *Pediatr Integral*, vol. 17, (nº5), pp. 330-342. Recuperado el 25 de junio de 2014, de: <http://www.pediatriaintegral.es/numeros-antteriores/publicacion-2013-06/hipoacusia-identificacion-e-intervencion-precoces/>
- Bisquerra, R. (Coord.). (2004). *Metodología de la Investigación Educativa*. Madrid: La Muralla.
- Bixquert, V., Jáudenes, C. y Patiño, I. (2003). Incidencia y repercusiones de la hipoacusia en niños. Federación Española de Asociaciones de Padres y Amigos de los sordos (FIAPAS). En: J. Marco, y S. Matéu. (Coords.). *Libro Blanco sobre la Hipoacusia. Detección precoz de la Hipoacusia en recién nacidos*. (pp. 13-24). Madrid: Ministerio de Sanidad y consumo, Secretaria General Técnica, Centro de Publicaciones. Recuperado el 21 de marzo de 2014, de: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/maternoInfantil/docs/hipoacusia.pdf>
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Cambridge: Harvard University Press. Citado en: F. A. García. (2001). *Modelo Ecológico/ Modelo Integral de Intervención en Atención Temprana*. Mesa redonda: Conceptualización del desarrollo y la Atención Temprana desde las diferentes escuelas psicológicas. XI Reunión Interdisciplinar sobre Poblaciones de Alto Riesgo de Deficiencias Factores emocionales del desarrollo temprano y modelos conceptuales de la intervención temprana (pp. 1-12). Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad.
- Casals, M., Pila, P., Langohr, K., Millet, J.P., Cayla, J.A. (2012) Incidence of infectious diseases and survival among the Roma population: a longitudinal cohort study. *European Journal of Public Health*, vol. 22 (nº2), pp. 262-266. Citado en: Mª.G. Tuset, A. Roca, P. Alamillo, Mª.A. Martorell. (2012) La salud y las creencias del pueblo gitano en Europa: revisión bibliográfica. *Cultura de los cuidados*, vol. 16 (nº34), pp. 71-80. Recuperado el 25 de junio de 2014, de: <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2012.34.09>

CODEPEH (Comisión Detección Precoz Hipoacusia Infantil) (1999). Propuesta para la Detección e Intervención Precoz de la Hipoacusia Infantil. Rev. FIAPAS n.º 71, (Separata). Citado en: Marco, J. y Matéu, S. (Coords.). (2003). *Libro Blanco sobre la Hipoacusia. Detección precoz de la Hipoacusia en recién nacidos*. Madrid: CODEPEH, Ministerio de Sanidad y Consumo, Secretaría General Técnica, Centro de Publicaciones. Recuperado el 21 de marzo de 2014, de: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/maternoInfantil/docs/hipoacusia.pdf>

Conrad, R. (1979). *The deaf schoolchild*. Londres: Harper Row. Citado en: A. Marchesi, C. Coll, y J. Palacios, (1990). *Desarrollo Psicológico y Educación, III Necesidades educativas especiales y aprendizaje escolar*. Madrid: Alianza Psicología Editorial.

Constitución Española (1978).

Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, de las Naciones Unidas, de 13 de diciembre de 2006.

Domínguez, A., y Alonso, P. (2004). *La educación de los alumnos sordos hoy. Perspectivas y respuestas educativas*. Málaga: Ediciones Aljibe.

Elizalde, M. J. (Coord.). (2004). *La Atención Infantil Temprana en Asturias*. Asturias: Gobierno del Principado de Asturias, Consejería de Vivienda y Bienestar Social. Recuperado el 27 de marzo de 2014, de: https://www.asturias.es/Asturias/DOCUMENTOS%20EN%20PDF/PDF%20DE%20PARATI/atencion_infantil_temprana.pdf

Eyaralar, B. y Bruno, J. (Coords.). (2002). *Programa de Atención al Déficit Auditivo Infantil*. Asturias: Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, Dirección General de Salud Pública. Recuperado el 27 de marzo de 2014, de: <http://www.asturias.es/Astursalud/Articulos/Profesionales/Atenci%C3%B3n%20de%20salud/Prevenci%C3%B3n/Plan%20PADAI/Ficheros/padai.pdf>

Ferrández, J. y Villalba, A. (1996). *Atención educativa de los alumnos con necesidades educativas especiales derivadas de una deficiencia auditiva*. Valencia: Conselleria de Cultura, Educació i Ciència. Recuperado el 21 de marzo de 2014, de: http://www.cece.gva.es/ocd/areacd/docs/esp/d_auditiva.pdf

García, F. A. (2001). *Modelo Ecológico/ Modelo Integral de Intervención en Atención Temprana*. Mesa redonda: Conceptualización del desarrollo y la Atención Temprana desde las diferentes escuelas psicológicas. XI Reunión Interdisciplinar sobre Poblaciones de Alto Riesgo de Deficiencias Factores emocionales del

desarrollo temprano y modelos conceptuales de la intervención temprana. (pp.1-12). Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad.

García, F. J. y Herrero, J. (Coords.). (2008). *Manual de atención al alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo derivadas de la deficiencia auditiva*. Andalucía: Junta de Andalucía, Consejería de Educación, Dirección General de Participación e Innovación Educativa. Recuperado el 21 de marzo de 2014, de: http://www.juntadeandalucia.es/averroes/~29070760/images/manuales_neae/7_a_uditiv.pdf

González, I., Torre, G. y Vázquez, R. (2006). *Guía de Recursos de la Deficiencia Auditiva*. Asturias: ADAPA-ASTURIAS. Recuperado el 21 de marzo de 2014, de: <http://www.apada.es/documentos/guia.pdf>

Grupo de Atención Temprana. (2000). *Libro Blanco de la Atención Temprana*. Madrid: Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía. Recuperado el 27 de marzo de 2014, de: https://www.fcsd.org/fichero-69992_69992.pdf

Jáudenes, C. y Patiño, I. (Coords.). (2010). *Manual Básico de Formación Especializada sobre Discapacidad Auditiva. (4a ed.)*. Madrid: Confederación Española de Familias de Personas Sordas-FIAPAS-. Recuperado el 21 de marzo de 2014, de: <http://www.aspasleehablacomunica.com/wp-content/uploads/2013/09/MANUAL-BASICO-DE-FORMACION-ESPECIALIZADA-SOBRE-DISCAPACIDAD-AUDITIVA.pdf>

Kim, K., Relkin, N. & Hirsch, J. (1997): “Distinct cortical areas associated with native and second languages”, en *Nature*, 388, págs. 171-175. Citado en: C. Jáudenes, y I. Patiño. (2010). *Manual Básico de Formación Especializada sobre Discapacidad Auditiva*. Madrid: Confederación Española de Familias de Personas Sordas-FIAPAS. Recuperado el 21 de marzo de 2014, de: <http://www.aspasleehablacomunica.com/wp-content/uploads/2013/09/MANUAL-BASICO-DE-FORMACION-ESPECIALIZADA-SOBRE-DISCAPACIDAD-AUDITIVA.pdf>

Kusché, C.A. & Greenber, M.T. (1983). Evaluative understanding and role-taking ability: A comparison of deaf and hearing children. *Chil Dev* 54:141-147. Citado en: N. Silvestre, C. Cambra, C. Laborda, A. Mies, A. Ramspott, N. Rosich y otros. (2000). *Sordera. Comunicación y aprendizaje*. Barcelona: MASSON S.A.

Kyle, J. (1981). Reading development in deaf children. *Journal of Research in Reading*, 3:86-87. Citado en: J. Marco, y S. Matéu. (Coords.) (2003). *Libro Blanco sobre la Hipoacusia. Detección precoz de la Hipoacusia en recién nacidos*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Secretaría General Técnica, Centro de

Publicaciones. Recuperado el 21 de marzo de 2014, de: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/maternoInfantil/docs/hipoacusia.pdf>

Lee, D. S., Oh, S. H., Kim, S. & Chung, J. (2001): "Cross-modal plasticity and cochlear implants", *Nature*, 409, pp. 149-150 (informe breve). Citado en: C. Jáudenes, y I. Patiño. (2010). *Manual Básico de Formación Especializada sobre Discapacidad Auditiva*. Madrid: Confederación Española de Familias de Personas Sordas-FIAPAS. Recuperado el 21 de marzo de 2014, de: <http://www.aspasleehabla.com/wp-content/uploads/2013/09/MANUAL-BASICO-DE-FORMACION-ESPECIALIZADA-SOBRE-DISCAPACIDAD-AUDITIVA.pdf>

Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos. Boletín Oficial del Estado, de 30 de abril de 1982, nº103, pp. 11106-11112.

Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de Igualdad de Oportunidades, No Discriminación y Accesibilidad Universal de las Personas con Discapacidad. Boletín Oficial del Estado, de 3 de diciembre de 2003, nº 289, pp. 43187-43195.

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia. Boletín Oficial del Estado, de 15 de diciembre de 2006, nº 299, pp. 44142-44156.

Ley 27/2007, de 23 de octubre, por la que se reconocen las lenguas de signos españolas y se regulan los medios de apoyo a la comunicación oral de las personas sordas, con discapacidad auditiva y sordociegas. Boletín Oficial del Estado, de 24 de octubre de 2007, nº 255, pp. 43251-43259.

Ley 26/2011, de 1 de agosto, de adaptación normativa a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Boletín Oficial del Estado, de 2 de agosto de 2011, nº 184, pp. 87478-87494.

Liesa, M. y Vived, E. (2010). Discapacidad, Edad Adulta y Vida Independiente. Un Estudio de Casos. *Educación y Diversidad*, vol.4 (nº1), pp.101-124. Recuperado el 17 de marzo de 2014, de: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3140523>

Lizasoain, L. y Joaristi, L. (2003). *Gestión y análisis de datos con SPSS. Versión 11*. Madrid: Thomson.

Marchesi, A. (1993). *El desarrollo cognitivo y lingüístico de los niños sordos*. Madrid: Alianza Psicología Editorial.

- Marchesi, A., Coll, C. y Palacios, J. (1990). *Desarrollo psicológico y educación, III Necesidades educativas especiales y aprendizaje escolar*. Madrid: Alianza Psicología Editorial.
- Marco, J. y Matéu, S. (Coords.). (2003). *Libro Blanco sobre la Hipoacusia. Detección precoz de la Hipoacusia en recién nacidos*. Madrid: CODEPEH, Ministerio de Sanidad y Consumo, Secretaría General Técnica, Centro de Publicaciones. Recuperado el 21 de marzo de 2014, de: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/maternoInfantil/docs/hipoacusia.pdf>
- Martínez, M. A, Seguí, M. y Fernández, J. (2007) .Conceptos de Medicina Preventiva y salud pública en Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Navarra. Citado en: G. Trinidad, y C. Jáudenes. (Coords.). (2012). *Sordera Infantil. Del diagnóstico precoz a la inclusión educativa. Guía práctica para el abordaje interdisciplinar*. Madrid: Confederación Española de Familias de Personas Sordas-FIAPAS. Recuperado el 17 de marzo de 2014, de: http://www.ciapat.org/biblioteca/pdf/898Sordera_infantil_del_diagnostico_precoz_a_la_inclusion_educativa_Guia_practica.pdf
- Martínez, R.A. (1992). Exploración diagnóstica de las necesidades de cooperación entre familia y centro escolar. *Entemu*, pp.63-80. Gijón, Centro Asociado de la UNED en Asturias. Citado en: R. A. Martínez, y L. Álvarez. (2005). Fracaso y abandono escolar en Educación Secundaria Obligatoria: implicación de la familia y los centros escolares. *Aula Abierta*, vol.85, pp. 127-146. Recuperado el 25 de julio de 2014, de: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2044877>
- Martínez, R. A. y Álvarez, L. (2005). Fracaso y abandono escolar en Educación Secundaria Obligatoria: implicación de la familia y los centros escolares. *Aula Abierta*, vol.85, pp. 127-146. Recuperado el 25 de julio de 2014, de: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2044877>
- Marugán, M., Carbonero, M., León, B., y Galán, M. (2013). Análisis del uso de estrategias de recuperación de la información por alumnos con alta capacidad intelectual (9-14 años) en función del género, edad, nivel educativo y creatividad. *Revista de Investigación Educativa*, vol. 31 (nº1), pp. 185-198.
- Maz, A., Barcho, R., Torralbo, M., Gutiérrez, M., Jiménez, N., y Adamuz, N. (2012). Redes académicas generadas por las tesis doctorales de educación matemática en España. *Revista de Investigación Educativa*, vol. 30 (nº2), pp. 271-286.
- Mendieta, P. y García Sánchez, F.A. (1998). Modelo Integral de Intervención en Atención Temprana: organización y coordinación de servicios. *Siglo Cero*, vol.

29 (nº4), pp. 11-22. Citado en: F. A. García. (2001). *Modelo Ecológico/ Modelo Integral de Intervención en Atención Temprana*. Mesa redonda: Conceptualización del desarrollo y la Atención Temprana desde las diferentes escuelas psicológicas. XI Reunión Interdisciplinar sobre Poblaciones de Alto Riesgo de Deficiencias Factores emocionales del desarrollo temprano y modelos conceptuales de la intervención temprana (pp. 1-12). Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad.

Monsalve, A. (2011). *Guía de Intervención logopédica en las deficiencias auditivas*. Madrid: Síntesis.

Muñoz, P. C., Fuentes J. E., y González, M. (2012). Necesidades formativas del profesorado universitario en infografía y multimedia. *Revista de Investigación Educativa*, vol.30 (nº2), pp. 303-321.

Oficina Internacional de audiofonología. Bureau International D' Audiophonologie (BIAP). Recomendaciones. Recuperado el 16 de abril del 2014 de http://www.biap.org/index.php?option=com_content&view=article&id=5%3Arecommandation-biap-021-bis&catid=65%3Act-2-classification-des-surdites&Itemid=19&lang=es

Organización Mundial de la Salud. (2014). Recuperado el 16 de abril de 2014, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs300/es/>

Palacios, A., y Romañach, J. (2008). El modelo de la diversidad: Una nueva visión de la bioética desde la perspectiva de las personas con diversidad funcional (discapacidad). *Intersticios: Revista Sociológica de Pensamiento Crítico*, vol. 2 (nº2), pp.37-47. Recuperado el 17 de marzo de 2014, de: <http://www.intersticios.es/article/view/2712/2122>

Pavlič, D.R., Zelko, E., Kersnik, J., Lolić, V. (2011) Health beliefs and practices among Slovenian roma and their response to febrile illnesses: A qualitative study. *Zdravstveno Varstvo*, vol. 50 (nº3), pp.169-174. Citado en: M^a.G. Tuset, A. Roca, P. Alamillo, M^a.A. Martorell. (2012) La salud y las creencias del pueblo gitano en Europa: revisión bibliográfica. *Cultura de los cuidados*, vol. 16 (nº34), pp. 71-80. Recuperado el 25 de junio de 2014, de: <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2012.34.09>

Peralbo, M. y Fernández, M.L. (2003). Estructura familiar y rendimiento escolar en educación secundaria obligatoria. *Revista Galego-Portuguesa de Psicoloxía e Educación*, vol. 8 (nº7), pp. 309-322. Recuperado el 25 de junio de 2014, de: http://ruc.udc.es/dspace/bitstream/2183/6933/1/RGP_9-23.pdf

- Pérez, I. (2005). Atención Temprana en niños con sordera. En: V. Acosta, (coord.). *La sordera desde la diversidad cultural y lingüística. Construyendo centros inclusivos en la educación del alumnado con sordera* (pp.57-72). Barcelona: MASSON.
- Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de Derechos de las Personas con Discapacidad y de su Inclusión Social. Boletín Oficial del Estado, de 3 de diciembre de 2013, nº 289, pp.95635-95673.
- Rivas, A. (2008). *Fundación Vinjoy. Aproximación a la Fundación y a su historia. Modelo Vinjoy de Intervención. Proyecto General de Intervención (IV Época)*. Asturias: Fundación Vinjoy.
- Rodríguez, V. (2013). Mutaciones de las conexinas 26 y 30. Correlación audiológica. [Tesis doctoral]. Universitat de Valencia, 2013. Recuperado el 25 de junio de 2014, de: http://dspace.usc.es/bitstream/10347/7386/1/pg_144-163_agora30_1.pdf
- Sameroff, A.J. (1983). Developmental system: Context and evolution. En W. Kessen (Ed.) *Handbook of child psychology: Vol.I. History, theories, and methods* (pp. 238-294). Nueva York: Wiley. Citado en: F. A. García, (2001). *Modelo Ecológico/ Modelo Integral de Intervención en Atención Temprana*. Mesa Redonda: Conceptualización del desarrollo y la Atención Temprana desde las diferentes escuelas psicológicas. XI Reunión Interdisciplinar sobre Poblaciones de Alto Riesgo de Deficiencias Factores emocionales del desarrollo temprano y modelos conceptuales de la intervención temprana (pp. 1-12). Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad.
- Sameroff, A.J. (1987). The social context of development. En Eisenberg (Ed.). *Contemporary topics in developmental psychology* (pp. 273-291). Nueva York: Wiley. Citado en: F. A. García. (2001). *Modelo Ecológico/ Modelo Integral de Intervención en Atención Temprana*. Mesa redonda: Conceptualización del desarrollo y la Atención Temprana desde las diferentes escuelas psicológicas. XI Reunión Interdisciplinar sobre Poblaciones de Alto Riesgo de Deficiencias Factores emocionales del desarrollo temprano y modelos conceptuales de la intervención temprana (pp. 1-12). Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad.
- Sameroff, A.J. & Chandler, M.J. (1975). Reproductive risk and the continuum of caretaking casualty. En F. Horowitz, M. Hetherington, S. Soarr-Salapatek, y G. Siegel (Eds.). *Review of child development* (vol. 4, pp. 187-244). Chicago: University of Chicago Press. Citado en: F. A. García, (2001). *Modelo Ecológico/ Modelo Integral de Intervención en Atención Temprana*. Mesa redonda:

Conceptualización del desarrollo y la Atención Temprana desde las diferentes escuelas psicológicas. XI Reunión Interdisciplinar sobre Poblaciones de Alto Riesgo de Deficiencias Factores emocionales del desarrollo temprano y modelos conceptuales de la intervención temprana (pp. 1-12). Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad.

Sameroff, A.J. & Fiese, B.H. (1990). Transaccional regulation and early intervention. En S.J. Meisels y J.P. Shonkoff (Eds.). *Handbook of early childhood intervention* (pp. 119-149). Cambridge: Cambridge University Press. Citado en: F. A. García, (2001). *Modelo Ecológico/ Modelo Integral de Intervención en Atención Temprana*. Mesa redonda: Conceptualización del desarrollo y la Atención Temprana desde las diferentes escuelas psicológicas. XI Reunión Interdisciplinar sobre Poblaciones de Alto Riesgo de Deficiencias Factores emocionales del desarrollo temprano y modelos conceptuales de la intervención temprana (pp. 1-12). Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad.

Sánchez, S. (n.d.). *Guía para la atención educativa de los alumnos y alumnas con discapacidad auditiva*. Andalucía: Consejería de Educación y Ciencia. Orientación Educativa y Solidaridad.

Seeman, P. & SisKova, D. (2006) Autosomal Recessive Ethnical Diseases of Czech Roma Population. *Casopis Lekarů Ceskych*, vol. 145 (nº 7), pp. 557-560. Citado en: M^a.G. Tuset, A. Roca, P. Alamillo, M^a.A. Martorell. (2012) La salud y las creencias del pueblo gitano en Europa: revisión bibliográfica. *Cultura de los cuidados*, vol. 16 (nº34), pp. 71-80. Recuperado el 25 de junio de 2014, de: <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2012.34.09>

Seoane, J. A. (2011). ¿Qué es una persona con discapacidad? *Ágora-Papeles de Filosofía*-, vol. 30 (nº 1), pp. 143-161. Recuperado el 14 de marzo de 2014, de: http://dspace.usc.es/bitstream/10347/7386/1/pg_144-163_agora30_1.pdf

Servicio de Programas Educativos y Atención a la Diversidad, Equipos de Atención a Deficientes Auditivos de la Comunidad Autónoma de Extremadura. (n.d.). *Guía para la Atención Educativa del Alumnado con Deficiencia Auditiva*. Extremadura: Consejería de Educación, Ciencia y Tecnología. Dirección General de Formación Profesional y Promoción Educativa. Recuperado el 17 de marzo de 2014, de: <http://recursos.educarex.es/pdf/recursos-diversidad-DGCEE/guiadefaud.pdf>

Silvestre, N., Cambra, C., Laborda, C., Mies, A., Ramspott, A., Rosich, N., y otros. (2000). *Sordera. Comunicación y aprendizaje*. Barcelona: MASSON.

Torres, S., Urquiza, R., y Santana, R. (1999). *Deficiencia auditiva. Guía para profesionales y padres*. Málaga: Ediciones Aljibe.

- Tuset, M^a.G., Roca, A., Alamillo, P., Martorell, M^a.A. (2012) La salud y las creencias del pueblo gitano en Europa: revisión bibliográfica. *Cultura de los cuidados*, vol. 16 (nº34), pp. 71-80. Recuperado el 25 de junio de 2014, de: <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2012.34.09>
- Trinidad, G. y Jáudenes, C. (Coords.). (2012). *Sordera Infantil. Del diagnóstico precoz a la inclusión educativa. Guía práctica para el abordaje interdisciplinar.*(2a ed.). Madrid: Confederación Española de Familias de Personas Sordas-FIAPAS. Recuperado el 17 de marzo de 2014, de: [http://www.ciapat.org/biblioteca/pdf/898Sordera infantil del diagnostico precoz a la inclusion educativa Guia practica.pdf](http://www.ciapat.org/biblioteca/pdf/898Sordera%20infantil%20del%20diagnostico%20precoz%20a%20la%20inclusi%20n%20educativa%20Guia%20practica.pdf)
- Valmaseda, M. (1993). Interacción, desarrollo social y características de personalidad del niño sordo. En: Marchesi A., *El desarrollo cognitivo y lingüístico de los niños sordos* (pp.153-164). Madrid: Alianza Psicología Editorial.
- Vázquez, J.L. (Coord.). (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

