



■ Reportaje

Las personas con sordera en situaciones de riesgo y emergencia
Un compromiso urgente con la accesibilidad

Por Equipo Técnico FIAPAS



■ En Profundidad

Las nuevas posibilidades de adquisición de una L2 oral en alumno/as con discapacidad auditiva implantados precozmente, en el contexto de una escuela inclusiva

Por AA.VV.

fi FIAPAS

CONFEDERACIÓN ESPAÑOLA DE FAMILIAS DE PERSONAS SORDAS

Nº 179 / AÑO 2022

■ ESPECIAL

**Presbiacusia y Teoría de la Mente.
Estudio sobre las limitaciones de las
personas con presbiacusia para
comprender las intenciones
de su interlocutor**

Por J. Valero-García, I. Ivern,
C. Mumbardó, L. Iglesias,
J.M. Vila-Rovira y M.A. Pellicena.



GAES JUNIOR: EL NUEVO MUNDO MÁGICO DE LOS SONIDOS

Una buena audición es **fundamental** para el desarrollo de los más **pequeños**, pero visitar un centro auditivo puede ser todo un desafío para ellos. Por eso, en GAES, hemos **rediseñado nuestros centros especializados** en audiología infantil: profesionales, nueva gama de audífonos, procedimientos y espacios.

Cada detalle, hoy, está pensado para convertir el cuidado auditivo en una experiencia tan mágica, como agradable.



Infórmate
en gaesjunior.com

GAES
junior
una marca amplifon





MED-EL

¿Cómo suena un Implante Coclear?

¿Metálico? ¿Robótico? ¿Poco natural? Los implantes cocleares que buscan la audición natural no deberían sonar de esa manera. En MED-EL, creemos que te mereces escuchar los sonidos como deberían ser escuchados. Por ello, hemos desarrollado un enfoque único para la tecnología de implante coclear que imita cómo funciona la audición natural. ¿El resultado? Proporcionar con nuestros sistemas de implantes cocleares la percepción auditiva más próxima posible a la audición natural.



Conozca más aquí:
go.medel.com/NaturalHearing-p

Superar el conformismo que acecha al paso de los años

El aumento de la población con más de 65 años en nuestro país hace necesario el diseño y planificación de políticas públicas, de toda índole, dirigidas a prevenir situaciones de discapacidad añadida a otras de vulnerabilidad propiciadas por la edad, junto con el agravamiento de dolencias previas, para preservar y mejorar, en todo caso, la calidad de vida de este segmento de la población.

En relación con la audición, la pérdida de la capacidad auditiva (presbiacusia) afecta al 30% de la población entre los 65-70 años, alcanzando al 80% de personas mayores de 75 años. Sin embargo, los problemas auditivos en estas edades son asumidos, en general, por las propias personas que los tienen y por sus familias, con cierto grado de resignación por entenderse que “es lo natural” y así hay que aceptarlo.

Sin embargo, tal como nos demuestran estudios recientes, no hay razones para pensar que se trata de situaciones que irremediablemente tienen que ir a peor, ni que se esté abocado a aceptar sin más. No hay que conformarse y hay que demandar el acceso a la información y a los recursos que permiten mantener una vida activa y saludable, autónoma y participativa, con pleno ejercicio de derechos.

Los recursos de apoyo para la accesibilidad auditiva, a la información y a la comunicación de las personas mayores con sordera en cualquier ámbito (sanitario, cultural, ocio, transporte, medios audiovisuales...), les mantienen en contacto con el entorno, previenen del aislamiento, la soledad y el mayor deterioro cognitivo provocados por la falta de información y de la motivación para la interacción y la comunicación. Si se cuenta con estos recursos, disminuyen también las probabilidades de desarrollar demencias, trastornos del estado de ánimo y/o sufrir desorientación espacial y caídas al carecer, en este caso, de las referencias para la deambulación que proporciona la audición.

Por todo ello, sobreponerse al conformismo individual y/o familiar ante esta pérdida de la capacidad auditiva generada por la edad, y superar los estereotipos y creencias que persisten en la sociedad sobre el paso de los años y la vejez, es tarea a la que desde FIAPAS queremos contribuir. Así, hace ya un breve tiempo que hemos iniciado el recorrido por una senda que nos lleve, de la mano de sus protagonistas, a plantear las necesidades y reclamar las demandas necesarias para que la toma de conciencia sobre la salud auditiva, la tecnología audiológica y protésica, la aplicación de los productos de apoyo y la accesibilidad auditiva, se enmarquen en el bienestar saludable también de las personas con sordera en la madurez y la ancianidad. 

Las personas con sordera en situaciones de riesgo y emergencia

Un compromiso urgente con la accesibilidad



La falta de accesibilidad a la información y a la comunicación en situaciones de riesgo y emergencia colocan a las personas con discapacidad auditiva en una posición de vulnerabilidad frente al resto de la ciudadanía. Desde FIAPAS instamos a la sociedad a comprometerse teniendo en cuenta las necesidades y demandas de las personas con sordera.

■ Por Equipo Técnico FIAPAS.

La pandemia provocada por el Covid-19, el temporal Filomena, la erupción del volcán de La Palma, los incendios forestales, terremotos, inundaciones o la última situación de guerra vivida por la invasión de Ucrania, han puesto en evidencia las dificultades y los riesgos a los que se exponen las personas con sordera en situaciones de emergencia por falta de acceso a los avisos, a la información acerca de lo que sucede o a las indicaciones de actuación proporcionadas a toda la población para su seguridad y protección.

Por ello, durante 2022, FIAPAS ha centrado parte de su objetivo de comunicación en denunciar la falta de accesibilidad en estas situaciones y en demandar los recursos para solventar el mayor riesgo, inseguridad y vulnerabilidad en que se sitúa a las personas con sordera si estos medios y medidas no se implementan. Su campaña “Que Lo Escuche Todo El Mundo” (www.queoescuchetodoelmundo.com) giró en torno a este tema, así como su Manifiesto institucional emitido con motivo del Día Internacional de las Personas Sordas (https://bit.ly/manifiesto_fiapas2022).

Consecuencias de la falta de accesibilidad auditiva, a la información y a la comunicación

En la práctica, la falta de conocimiento sobre las personas con sordera y su realidad, ha puesto a estas personas no sólo en una situación de desventaja frente al resto de la ciudadanía, sino de aislamiento y riesgo, carentes de la seguridad y del acceso a las vías de solución, respuesta, rescate... precisas, tal como se ha podido comprobar en las circunstancias antes citadas, ya que ni se previó ni se respondió a tiempo activando medidas de accesibilidad que tuvieran en cuenta sus necesidades y demandas.

La falta de conocimiento sobre las personas con discapacidad auditiva y su realidad provoca que las personas con sordera no puedan acceder, al mismo tiempo que el resto de la ciudadanía, a las comparecencias públicas, las ruedas de prensa o las declaraciones institucionales de los diferentes responsables. Tampoco pueden conocer las indicaciones y recomendaciones ofrecidas sobre el terreno a la población en general en cada situación crítica, por no poder acceder a las advertencias y anuncios realizados a través de megafonía y/o avisos sonoros.

Por otro lado, contactar con los diferentes números de teléfono previstos para las situaciones de emergencia y con el servicio de emergencias 112 desde una Comunidad Autónoma distinta a la de residencia resulta casi imposible para aquellas personas con sordera que no pueden utilizar el teléfono de forma convencional, más aún cuando es necesario, en la actualidad, un registro previo en cada territorio.

Todavía existe un gran desconocimiento acerca de las necesidades comunicativas de las personas con

sordera (sean usuarias de lengua oral o de lengua de signos), de cuáles son las mejores estrategias de comunicación con ellas, de las prestaciones y funcionalidades de las prótesis auditivas y de los productos de apoyo a la audición y a la comunicación oral que éstas utilizan, lo que dificulta la asistencia, el rescate, la evacuación y una respuesta eficaz en situaciones de riesgo y emergencias.

Un paso adelante

Una sociedad avanzada, comprometida, solidaria e inclusiva no puede permitir que más de un millón doscientas mil personas con discapacidad auditiva y casi tres millones de personas con problemas auditivos que limitan su comunicación, se vean excluidas y expuestas a mayores riesgos para su integridad física y emocional que cualquier otro ciudadano, por la falta de conocimiento, voluntad o previsión de medidas que posibiliten su accesibilidad auditiva y el acceso a la información y a la comunicación, en igualdad de condiciones que los demás.

La falta de conocimiento sobre las personas con sordera y su realidad, pone a estas personas en una situación de desventaja, aislamiento y riesgo, carentes de la seguridad y del acceso a las vías de solución, respuesta y rescate precisas

La labor de FIAPAS, por tanto, se centra en promover la toma de conciencia acerca de la situación de vulnerabilidad, dificultades y riesgos que viven las personas con sordera, tanto si comunican en lengua oral y usan prótesis auditivas (audífonos e implantes), como si lo hacen en lengua de signos. Particularmente, por ser lo más ignorado por la sociedad, se quieren dar a conocer las medidas y recursos de apoyo a la audición y para el acceso a la información y a la comunicación oral, con el fin de influir en la previsión y planificación de recursos y actuaciones en situaciones de emergencia para que las personas con sordera y sus familias no se vean excluidas y expuestas a mayores riesgos que el resto de la ciudadanía. 

Cómo prevenir la falta de accesibilidad en situaciones de emergencia

- Para que la **información** sea **accesible**, debe de contar con subtítulos e interpretación en lengua de signos si se trata de soporte audiovisual. Cuando se trate de avisos a la población, se pueden utilizar mensajes vía móvil, información escrita y rotulación en espacios públicos, y alarmas visuales.
- Los **teléfonos de información y emergencias** también deben estar al alcance y acondicionados para asistir a las personas con sordera, quienes podrán elegir por qué canal quieren ser atendidas, sin tener que registrarse previamente y pudiendo comunicarse a través de texto, voz, e imagen (videollamada con subtítulos e interpretación de lengua de signos).
- En cuanto a los **profesionales de seguridad y emergencias**, deben estar preparados para trabajar con las personas con discapacidad auditiva, preparándose y formándose previamente, conociendo pautas y estrategias básicas de comunicación con personas sordas, así como el manejo de los productos de apoyo que utilizan dichas personas.

Durante la situación de emergencia

- Sobre todo, es muy recomendable anticiparse y tranquilizar a la persona con sordera, interesándose por cuál es la vía que prefiere para comunicarse, saber si lleva audífonos o implantes cocleares, información que deberá trasladarse a quienes vayan a atender a la persona después e incluso custodiar, con el consentimiento de la persona sorda, su prótesis auditiva para preservarla de posibles daños durante el rescate o la movilización en la emergencia.
- Al establecer la comunicación, en estos casos suele haber obstáculos que se pueden salvar si se tiene en cuenta, entre otras cosas, que las mascarillas, los cascos de protección y los ruidos de fondo afectan y dificultan la comunicación entre personas.
- Por ello se recomienda, entre otras pautas: hablar con naturalidad, ni muy rápido ni muy despacio, vocalizando cuanto sea posible; dejar el rostro al descubierto, mirando a la persona de frente, a su altura; utilizar un lenguaje sencillo y acompañar el mensaje con gestos sencillos y naturales. Si es necesario, se puede escribir el mensaje o repetirlo utilizando otras palabras, siempre asegurándose de que la otra persona nos ha entendido perfectamente.



Derrumbes, temporales e incendios son algunas situaciones de emergencia.

EMERGENCIAS ACCESIBLES. RECOMENDACIONES EN RELACIÓN CON LAS PERSONAS CON SORDERA EN SITUACIONES DE RIESGO Y EMERGENCIA

**En situaciones
de riesgo y
emergencia...
¿Cómo debe
facilitarse la
información**

**accesible a las
personas con
sordera?**



**Medios de comunicación
y soportes audiovisuales:
subtitulado e
interpretación en lengua
de signos**



**Avisos a la población: mensajes
de texto vía telefonía móvil;
información escrita y
rotulación en espacios públicos;
alarmas visuales**

**En situaciones
de riesgo y
emergencia...
¿Cómo habilitar
los teléfonos de**

**información y
emergencias?**



**Servicios telefónicos:
comunicación a través
de texto (mensajería
instantánea, chat...), voz
e imagen (videollamada
con subtítulos
automáticos e
interpretación en
lengua de signos)**



**Necesidades y
preferencias del usuario:
la llamada siempre debe
ser respondida a través
del canal elegido por la
persona con sordera. Y
sin necesidad de que ésta
se encuentre incluida en
un registro previo**



**Difusión de los
servicios telefónicos
accesibles: deben
darse a conocer a toda
la población de
manera reiterada la
existencia de dichos
servicios**

**En situaciones
de riesgo y
emergencia
social... ¿Qué
deben hacer los
profesionales de**

**seguridad y
emergencias?**



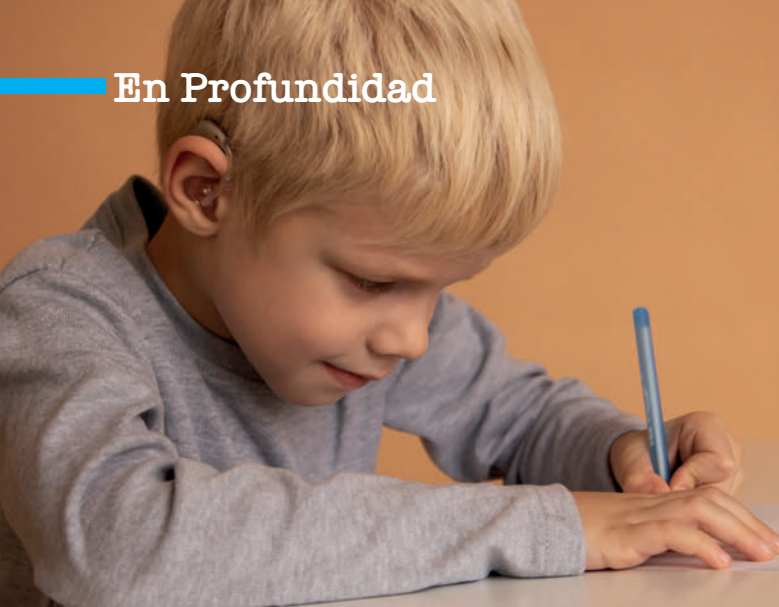
**Incluir las necesidades de las
personas con discapacidad
auditiva en su formación, en
sus protocolos de actuación y
en la previsión de recursos en
el desempeño habitual de su
labor.**



**Conocer pautas y
estrategias básicas de
comunicación con personas
con sordera, así como el
manejo de los productos de
apoyo a la audición y a la
comunicación oral.**

Puedes descargar la infografía completa en
nuestra Biblioteca Virtual FIAPAS





Las nuevas posibilidades de adquisición de una **L2 ORAL** en alumno/as con discapacidad auditiva implantados precozmente, en el contexto de una escuela inclusiva

Bajo el paradigma de investigación-acción, y a través del estudio comparativo entre alumnos con discapacidad auditiva y alumnos oyentes de un mismo centro educativo en pruebas de comprensión léxica a lo largo de cuatro cursos escolares (entre los 5-9 años), se pretende aportar datos acerca del aprovechamiento del programa de un segundo idioma oral en inglés (L2) y, paralelamente, del desarrollo léxico del idioma nativo común, el castellano. Dichos datos parecen indicar una evolución paralela entre ambas poblaciones, aunque con cierta discrepancia entre los niveles alcanzados por cada población a favor de los alumnos oyentes, lo que debería hacernos pensar en la necesidad de seguir ajustando los programas educativos en desarrollo del lenguaje y de la comunicación. Los resultados de este trabajo se han confirmado con una evaluación de seguimiento en ambas poblaciones, tres años más tarde¹.

■ Por M. Monfort, A. Juárez Sánchez, I. Monfort, R. Amezcua, A. Arial, N. Baker, M.D. Bermejo, R. Gascón, E. Onrubia, L. Rodríguez y O. Sánchez.

Introducción

El concepto de bilingüismo en el contexto de la educación de personas con discapacidad auditiva (en adelante d.a.) se ha centrado esencialmente desde los años 70 en el uso paralelo de dos lenguas, la lengua de signos y una determinada lengua oral (Marschark *et al.*, 2014), incluyendo perspectivas e implicaciones que superan ampliamente el marco habitual de investigación del bilingüismo en población oyente con un aprendizaje simultáneo o sucesivo de dos o más idiomas orales y sus ventajas o inconvenientes de cara al desarrollo (Gómez Ruiz, 2011).

El bilingüismo “tradicional” de varios idiomas orales adquiridos simultáneamente en contextos naturales se ha estudiado menos en el ámbito de los niños con d.a. Varios estudios han analizado la situación de alumnos con d.a. que son bilingües orales por su origen familiar: usan el idioma mayoritario en la escuela y en el entorno social, pero otro idioma en casa (Watzman *et al.*, 2003; McConkey Robbins, 2007; Thomas *et al.*, 2008; McAfee, 2015). Estos datos no se refieren al impacto de una metodología de enseñanza dentro del centro escolar, sino a una adquisición “natural” de un idioma en un entorno determinado, distinto al de la escuela. A menudo es un tema sesgado ya que, en muchas situaciones, el segundo idioma adquirido en casa está asociado a determinadas condiciones sociales, generalmente, aunque no siempre, desfavorecidas, y a un estatus de este segundo idioma oral distinto al del idioma mayoritario, con alumnos hispanos en EE. UU. (McConkey Robbins, 2007; Bunta *et al.*, 2016) o con alumnos inmigrantes que hablan francés en la escuela y otro idioma en casa (Deliaz *et al.*, 2014). La cuestión de si es conveniente un apoyo logopédico en ambos idiomas o sólo en el mayoritario ha suscitado controversia entre los partidarios de la primera opción y de la segunda.

Debido a sus limitaciones en comprensión auditiva, en la calidad del habla y a sus dificultades para aprender (en vez de adquirir) una lengua oral, hasta hace algunos años, el aprendizaje de un segundo idioma oral ni siquiera se intentaba en la escuela y muchas legislaciones educativas preveían entonces una exención de L2 en el currículo escolar para alumnos con d.a.

En la universidad para estudiantes sordos Gallaudet, en Washington, reciben cada año candidatos no angloparlantes que, después de un año dedicado exclusivamente al aprendizaje de la lengua de signos de EE. UU. y del inglés escrito, siguen a continuación estudios universitarios, junto a sus compañeros con d.a. de habla inglesa nativa. Existen otros ejemplos en ese sentido en países como Polonia o Hungría (Gulati, 2015).

¹Limitaciones del estudio. Por el número limitado de participantes y su circunscripción a una experiencia educativa determinada, no necesariamente representativa de la población de alumnos con d.a., se considera que los resultados alcanzados deben validarse con muestras más amplias e instrumentos más variados.

Responsabilidades éticas. Confidencialidad de los datos y Consentimiento informado. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre publicación de datos de alumnos. Los autores declaran que cuentan con la autorización de las familias para la realización de los estudios.

Conflicto de intereses. Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

La generalización del implante coclear (IC) precoz ha cambiado las condiciones de adquisición de la primera lengua oral en niños sin audición funcional natural. Muchos obtienen resultados equiparados a los oyentes en pruebas cuantitativas que miden el desarrollo del lenguaje oral y del habla en torno a los 7/8 años (Geers *et al.*, 2009). Sin embargo, el nivel medio de los niños con d.a. sigue presentando discrepancias discretas o, a veces, significativas respecto a las medias alcanzadas por los oyentes (Ruben, 2018). En situación de bilingüismo natural, la calidad de audición que proporciona el IC está permitiendo a muchos niños con d.a. desarrollar simultáneamente los dos idiomas, aunque los datos sobre el nivel alcanzado en cada uno de ellos son aún escasos e imprecisos. Sin embargo, el consenso general señala que esa situación bilingüe no supone un freno al desarrollo del idioma oral mayoritario.

Este cambio ha impulsado a la mayor parte de los centros escolares a reincorporar el aprendizaje de la L2 oral al currículo de los alumnos con d.a. con el objetivo de proporcionarles, a medio y largo plazo, un nivel equiparable al que estos centros alcanzan con sus alumnos oyentes (Pritchard, 2013; Mc Afee, 2015; Domagala-Zysk y Kontra, 2016).

El objetivo consiste por lo tanto en eliminar otra barrera comunicativa que limitaba a las personas con d.a. el acceso a estudios superiores y al mercado laboral en igualdad de condiciones. En países como Noruega o Hungría, un segundo idioma oral (inglés o alemán) se ha incluido oficialmente en el currículo de alumnos con d.a. desde los años 90 (Gulati, 2015).

Existen no obstante muy pocos estudios empíricos relativos al aprovechamiento de la enseñanza escolar de una L2 en la escuela para los alumnos con d.a. Una tesis doctoral que recoge casos de alumnos hispano-parlantes que aprenden inglés, centrado en un análisis descriptivo de las estrategias aplicadas en el aula, concluye que *la virtud más importante de este estudio es, sin lugar a dudas, la demostración de que los alumnos sordos e hipoacúsicos incluidos en la escuela común pueden llegar a lograr un nivel óptimo en la producción escrita del inglés, como lengua extranjera, y que el rol del profesor y el comportamiento estratégico del alumno son factores fundamentales para lograrlo* (Muñoz, 2015).

Hay publicaciones que recogen recomendaciones acerca de las condiciones que se estiman necesarias para que los alumnos con d.a. aprovechen las clases de L2 (Bunta *et al.*, 2016) y diversos testimonios de profesores de inglés que relatan su propia experiencia (Fusellier-Souza, 2003; François, 2016). En el libro de Domagala-Zysk y Kontra (2016), se exponen distintas experiencias y propuestas metodológicas para la enseñanza del inglés como segundo idioma oral, desde el uso de la Palabra Complementada, distintos apoyos visuales, la interpretación paralela en lengua de signos y/o los programas de inmersión.

Carecemos de un número suficiente de datos empíricos objetivos acerca del dominio del idioma inglés por parte de alumnos con d.a. respecto a compañeros oyentes que siguen un mismo

programa de enseñanza. Son datos que parecen indispensables de cara a poder tomar decisiones acerca de las posibles adaptaciones necesarias en el ámbito escolar, con el objetivo de proporcionar a todos los alumnos las mismas oportunidades. Es especialmente necesario en nuestro país donde la modalidad de colegios bilingües se está generalizando con rapidez.

El objeto de este trabajo se centra precisamente en esta condición especial de bilingüismo: un segundo idioma oral aprendido en el marco escolar, con todas las implicaciones y limitaciones que supone respecto al bilingüismo “natural”.

Objetivo del estudio

Las experiencias educativas en este campo tienen lógicamente aún poco recorrido y existe mucho interés en analizar si este objetivo legítimo de que los alumnos con d.a. aprendan el segundo idioma oral en la escuela, como sus compañeros oyentes, se está consiguiendo, hasta qué punto es factible y qué condiciones contribuyen a dichos logros.

Este estudio preliminar pretende ofrecer unos primeros resultados de un programa de aprendizaje del idioma inglés en el seno de una escuela ordinaria inclusiva, el colegio Tres Olivos de Madrid, comparando la respuesta de alumnos con d.a. respecto a la que ofrecen compañeros/as oyentes que siguen un programa similar.

Material y métodos

El marco de actuación de los profesionales de la educación difiere sensiblemente del que rige los parámetros de la investigación en estudios empíricos de tipo universitario. Sus limitaciones no deben sin embargo hacer olvidar la necesidad de introducir procesos de verificación objetiva de las decisiones metodológicas que los colegios van adoptando, aunque sea dentro del marco propuesto, por ejemplo, desde el paradigma de la investigación-acción (Elliot, 1990) en el que se inscribe este estudio. En este paradigma, el conocimiento no se desprende únicamente de un procedimiento técnico, sino de confrontaciones entre informaciones y experiencias específicas. Da menos énfasis al empleo de instrumentos técnicos de estadística y muestreo, pero permite aprovechar mejor los recursos disponibles, desarrollar un análisis crítico en el mismo ámbito de trabajo y decidir sobre la adopción de decisiones educativas.

Participantes

Han participado los alumnos del colegio concertado Tres Olivos de Madrid, fundado en 2001 por la Fundación Dales la Palabra con el objetivo explícito de facilitar una respuesta inclusiva para alumnos con d.a. Estos representan aproximadamente un 10 % de la población total del colegio (unos 100 sobre un total de unos 1100 alumnos) y cuentan con un equipo especializado de profesores de audición y lenguaje y logopedas. También con pedagogas con d.a., encargadas del seguimiento y apoyo, así como de la orientación a las familias.

Los alumnos seleccionados para este estudio asisten al centro desde el primer ciclo de infantil, menos dos que llegaron más tarde; se ha elegido para cada alumno con d.a. un compañero del mismo género, de la misma edad y de la misma aula para formar un grupo control, excluyendo en su caso los que tuvieran una experiencia bilingüe oral en inglés, en casa.

En el grupo de alumnos con d.a., hay uno que es bilingüe castellano-lengua de signos española, por lo tanto, con lengua materna en casa, distinta de la lengua oral.

La población se compone de 23 alumnos con d.a. y 23 alumnos oyentes emparejados por género, edad y aula. Entre los alumnos con d.a., 21 presentan una d.a. profunda corregida con IC precoz (antes de los 2 años), de los cuales 19 llevan doble implante y 2 un implante más una prótesis; 2 alumnos presentan una d.a. severa del 2º grupo (clasificación del Bureau International d'Audiophonologie - BIAP) y llevan prótesis digitales bilaterales.

De la población existente en el colegio, no se han incluido alumnos/as d.a. con trastorno asociado, por la imposibilidad de emparejarlos con un alumno oyente con características similares.

■ Condiciones de la estimulación lingüística de los/las alumnos/as con d.a.

El colegio Tres Olivos sigue una metodología basada en la estimulación intensiva de la audición y del lenguaje oral dentro de una filosofía de Comunicación Total, que incluye el uso de la Comunicación Bimodal, de la Palabra Completada y la introducción precoz del lenguaje escrito, como sistemas aumentativos, y la aplicación sistemática del programa *Algo que Decir*, centrado en la interacción familiar (Juárez y Monfort, 2001).

■ Condiciones de aplicación del programa de enseñanza de la L2

Los alumnos con d.a. reciben clases ordinarias de inglés con sus compañeros oyentes desde los 3 años; las aulas tienen entre 25 y 28 alumnos; los alumnos con d.a. van equipados de FM para asegurar la mejor calidad acústica posible a través de sus IC o de sus prótesis auditivas.

Las cuatro profesoras de inglés han recibido en el centro una formación específica en el uso de la Comunicación Bimodal, es decir el uso de signos manuales que siguen el orden sintáctico del idioma oral que están manejando en ese momento (Monfort *et al.*, 2006). Al igual que el resto de los profesores, en la etapa infantil (3-6 años), las tutoras usan la Comunicación Bimodal durante todas las clases y, especialmente en las clases de inglés, todos los alumnos, con d.a. y oyentes, la usan en sus ejercicios de repetición (canciones, diálogos...). Por lo tanto, el conocimiento de los signos manuales (se usan los mismos para ambos idiomas orales) suele ser anterior a su uso en las clases de inglés.

Este sistema aumentativo de visualización de una lengua oral facilita el hecho de que la metodología de enseñanza del inglés sea muy funcional y aplicada a situaciones realmente comunicativas. Las profesoras de inglés no recurren nunca al idioma castellano en sus clases, apoyándose en el contexto, en mucho material concreto y visual y en los signos manuales para facilitar la comprensión y adquisición del nuevo idioma. Varios estudios han señalado el efecto facilitador de los signos manuales en el aula para el aprendizaje lingüístico tanto en niños de desarrollo típico como en niños con dificultades (Daniels, 2001; Toth, 2009; Mueller y Acosta, 2014). La comunicación bimodal durante las clases de inglés beneficia por lo tanto a los oyentes como a los niños con d.a.

Los alumnos de infantil reciben 7 horas semanales de inglés; en primaria reciben 8 horas semanales para el conjunto de la población de este estudio, con audición típica o con d.a.

■ Instrumentos

Para la evaluación del programa, hemos elegido una prueba similar para ambos idiomas para la cual se podía disponer de baremos fiables, tanto en castellano como en inglés. Se trata de un test muy utilizado de comprensión léxica: el PPVT de Dunn y Dunn, habitualmente llamado el test Peabody (Dunn y Dunn, 2006; Dunn y Dunn, 2007). En esta prueba, el niño debe señalar un dibujo entre cuatro que se le presenta, al oír una determinada palabra. Se suman los éxitos y se comparan los resultados a los baremos publicados por estas pruebas. Como todos los tests, el Peabody ofrece ciertas limitaciones, sobre todo en cuanto a la estabilidad de su sensibilidad a los cambios y a su progresividad a lo largo del tiempo, pero, a las ventajas antes mencionadas, se añade el hecho de que es una prueba muy utilizada en el ámbito clínico y educativo en España y, por lo tanto, muy cercana a la práctica.

Procedimiento de evaluación y resultados

En la población experimental, la prueba castellana fue aplicada individualmente a toda la población por el equipo de logopedia del centro en 3º de infantil y 1º, 2º y 3º de primaria. Las palabras se presentan de forma exclusivamente oral: el alumno está situado frente al adulto. La prueba en inglés fue aplicada de forma similar por las profesoras de inglés.

Los resultados en las pruebas vienen expresados en edades equivalentes, según los baremos publicados para población española en castellano e inglesa en el idioma inglés (2006 y 2007), porque ofrecían mayor visibilidad a la hora de establecer comparaciones. El primer conjunto de cuadros refleja los resultados directos (número de aciertos) de alumnos de 3º de infantil, 1º, 2º y 3º de primaria, con d.a. y oyentes; las edades aparecen expresadas en meses.

Cuadro 1

3º de infantil

D.A.	E.C	E.E. Cast.	E.E. Inglés	Oyente	E.C	E.E. Cast.	E.E. Inglés
1	70	74	50	1A	70	97	41
2	71	65	25	2A	71	106	50
3	71	66	29	3A	71	89	57
Media	71	68	35		71	97	49

1º primaria

D.A.	E.C	E.E. Cast.	E.E. Inglés	Oyente	E.C	E.E. Cast.	E.E. Inglés
4	85	97	46	4A	86	99	35
5	82	98	48	5A	82	96	52
6	88	86	41	6A	87	99	61
7	88	117	38	7A	88	118	55
8	77	74	26	8A	76	102	56
Media	84	94	40		84	103	52

2º primaria

D.A.	E.C	E.E. Cast.	E.E. Inglés	Oyente	E.C	E.E. Cast.	E.E. Inglés
9	91	117	47	9A	91	124	34
10	89	97	32	10A	89	98	79
11	88	117	44	11A	88	115	46
12	94	96	39	12A	94	126	89
13	94	102	31	13A	94	139	67
14	93	97	42	14A	94	128	29
Media	92	104	39		92	122	57

3º primaria

D.A.	E.C	E.E. Cast.	E.E. Inglés	Oyente	E.C	E.E. Cast.	E.E. Inglés
15	103	99	30	15A	103	124	98
16	105	121	53	16A	105	131	74
17	100	121	27	17A	100	142	57
18	109	134	69	18A	109	100	59
19	107	115	65	19A	107	119	57
20	100	121	63	20A	102	118	48
21	105	106	68	21A	104	140	41
22	101	95	46	22A	102	119	27
23	112	90	49	23A	111	116	59
Media	105	111	52		105	123	58

*Datos y resultados en las pruebas, expresados en meses (E.C: edad cronológica ; E.E.: edad equivalente en los tests)

Mediante un análisis de la variancia de un factor, se puede hacer un contraste de igualdad de medias para ver si las

diferencias esperadas entre EC y EE son iguales entre los cuatro grupos de edad (separando DA de oyente).

Cuadro 2. Diferencias de resultados en castellano entre alumnos con d.a. y oyentes

Castellano (DA)

3º infantil	1º primaria	2º primaria	3º primaria
4	12	26	-4
-6	16	8	16
-5	-2	29	21
	29	2	25
	-3	8	8
		4	21
			1
			-6
			-22

El p-valor de contraste ($p=0.4423$) indica que, en el idioma castellano, y para el grupo de alumnos con d.a., no hay diferencias significativas entre las diferencias entre E.C. y E.E a lo largo de los cursos. Es decir que no cambia con la edad. Ocurre lo mismo en el idioma inglés.

Análisis de varianza de un factor

RESUMEN				
Grupos	Cuenta	Suma	Promedio	Varianza
3º infantil	3	-7	-2,33	30,33
1º primaria	5	52	10,40	178,30
2º primaria	6	77	12,83	135,37
3º primaria	9	60	6,67	245,50

Análisis de variante

Origen de las variaciones	Suma de cuadrados	Grados de libertad	Promedio de los cuadrados	F	Probabilidad	Valor crítico para F
Entre grupos	505,13	3,00	168,38	0,94	0,44	3,13
Dentro de los grupos	3414,70	19,00	179,72			
Total	3919,83	22,00				

Cuadro 3. Diferencias de resultados en inglés entre alumnos con d.a. y oyentes

Inglés (DA)

3º infantil		1º primaria	2º primaria	3º primaria
-20		-39	-44	-73
-46		-34	-57	-52
-42		-47	-44	-73
		-50	-55	-40
		-51	-63	-42
			-51	-37
				-37
				-55
				-63

El p-valor del contraste ($p=0.1599$) tampoco es significativo. Es decir, para el idioma inglés, la diferencia promedio de EC y EE no cambia con la edad en el grupo d.a.

Análisis de varianza de un factor

RESUMEN				
Grupos	Cuenta	Suma	Promedio	Varianza
3º infantil	3	-108,00	-36,00	196,00
1º primaria	5	-221,00	-44,20	54,70
2º primaria	6	-314,00	-52,33	56,67
3º primaria	9	-472,00	-52,44	213,03

Análisis de variante

Origen de las variaciones	Suma de cuadrados	Grados de libertad	Promedio de los cuadrados	F	Probabilidad	Valor crítico para F
Entre grupos	789,38	3,00	263,13	1,92	0,16	3,13
Dentro de los grupos	2598,36	19,00	136,76			
Total	3387,74	22,00				

Aparece también que hay menos diferencia entre oyentes y d.a. en los resultados en inglés que en castellano, algo que probablemente deriva del hecho de que el castellano es un idioma adquirido en condiciones sociales que pueden variar, pero que el inglés es un idioma aprendido en condiciones más similares.

Hemos extraído también de estos datos el número de alumnos con d.a. que obtienen resultados iguales o superiores a los de su pareja oyente en la prueba de inglés, para introducir un elemento que refleje también la variabilidad individual del alumnado en un colegio ordinario.

Cuadro 4. Alumnos con d.a. que obtienen resultados iguales o superiores a los de los alumnos oyentes equiparados.

3º de infantil	1º de primaria	2º de primaria	3º de primaria
Nº de alumnos/as con d.a. 3	5	6	9
Resultados iguales o superiores al de oyentes Castell. Inglés 0 1	Castell. Inglés 3 2	Castell. Inglés 3 3	Castell. Inglés 3 5

Discusión

Un primer dato se refiere a los resultados en la prueba de comprensión léxica en castellano. La media de los alumnos con d.a. se sitúa dentro de la dispersión media de los baremos o incluso por encima, desde 3º de infantil. Al mismo tiempo, estos alumnos mantienen una cierta discrepancia respecto al grupo control oyente (que también se sitúa por encima de la media del baremo). Son datos que coinciden con la mayor parte de los estudios sobre el desarrollo del lenguaje oral en niños con d.a. profunda desde la generalización del implante coclear precoz y que han utilizado referencias “estándar” de las pruebas aplicadas: *“muchos, pero no todos alcanzan resultados normales”* (Ruben, 2018).

En nuestro caso, la discrepancia no aparece respecto a los baremos de las pruebas, sino respecto al nivel medio de una población oyente de características socioculturales similares. Un segundo dato se refiere a los resultados en la prueba de comprensión léxica en inglés: se produce una evolución a lo largo de los cursos en ambas poblaciones, bastante paralela entre los alumnos oyentes y con d.a. Estos últimos mantienen una discrepancia negativa estable respecto a sus compañeros oyentes.

En los resultados en la prueba en inglés, existe una dispersión mayor que en castellano, tanto en oyentes como en niños con d.a. Por ejemplo, en la población de 3º de primaria, los extremos se sitúan entre edades equivalentes de 2;6 años y 5;9 años en los niños con d.a. y entre 2;3 años y 8;2 años en oyentes.

Hay un número significativo de alumnos con d.a. (entre el 40 y el 50 %) que consigue obtener resultados similares al de sus parejas oyentes, tanto en las pruebas en castellano como en inglés. Los datos disponibles no permiten establecer cuáles son los factores que podrían predecir este tipo de evolución.

Son datos que confirman observaciones y experiencias individuales acerca de las posibilidades de equiparación

de resultados en determinados alumnos con d.a. respecto a los oyentes, en una proporción que parece señalar que disminuye el grado de “excepcionalidad” de estos casos “de excelencia” en épocas anteriores.

Este trabajo coincide en sus líneas generales con las publicaciones que defienden el aprendizaje de una L2 oral en los centros educativos que incluyen a alumnos con d.a. al mismo tiempo que muestran la necesidad de incrementar el esfuerzo para hacer desaparecer discrepancias iniciales en el ritmo de aprendizaje.

Conclusiones

Los resultados de este estudio apoyan la pertinencia de introducir sistemas de evaluación objetiva en el ámbito educativo porque ofrecen datos que parecen revelar dinámicas que pueden pasar desapercibidas en el continuum de las tareas diarias o la falta habitual de rigor de las calificaciones académicas tradicionales. A pesar de resultados situados dentro de las normas típicas en la población con d.a. respecto a los baremos oficiales de las pruebas aplicadas, se observan discrepancias en el aprendizaje, tanto del castellano, como del inglés, respecto a la población control de oyentes que está siguiendo el mismo programa educativo en un contexto sociocultural similar.

A partir de este primer intento, el equipo del colegio tiene previsto, en primer lugar, seguir la evolución de esta primera población de alumnos con d.a. (ver el estudio de seguimiento a continuación). En segundo lugar, generalizar el estudio a las generaciones siguientes ampliando el análisis con la aplicación de otras pruebas de lenguaje, sobre todo en cuanto a la vertiente expresiva y a la calidad e inteligibilidad del habla.

A más largo plazo y como sugerencia para estudios posteriores, sería interesante indagar qué factores determinan el distinto grado de éxito de los alumnos con d.a.

El paradigma investigación-acción implica por definición realizar actuaciones ligadas a los resultados. En el centro donde se realizó este estudio ya se han tomado decisiones como la organización, en el ciclo de primaria, de un grupo específico de refuerzo para los alumnos con d.a. que muestran un rendimiento insuficiente en el programa de inglés impartido en el aula.

Estudio de seguimiento

Se aplicaron las mismas pruebas, en idénticas condiciones, a los mismos alumnos (menos una pareja donde el alumno o y nte ya no estaba en el colegio), 3 años más tarde, con el objetivo de confirmar los resultados y de observar la evolución de los mismos.

Cuadro 5. Resultados en el test de comprensión de vocabulario, 3 años después de la primera aplicación.

3º de primaria. MEDIA DE EDAD: 106 meses

D.A		EE cast	EE ingl	Oyente	EE cast	EE ingl
1		86	56	1º	144	78
2		96	33	2º	136	65
3		99	35	3ª	144	117
Media		94	38		141	87

4º de primaria. MEDIA DE EDAD 119 meses

D.A	EE cast	EE ingl	Oyente	EE cast	EE. ingl
4	169	181	4A	136	84
5	144	91	5A	163	113
6	126	65	6A	148	81
7	141	80	7A	165	106
8	112	29	8A	171	143
Media	138	69		157	105

5º de primaria. MEDIA DE EDAD 122 meses

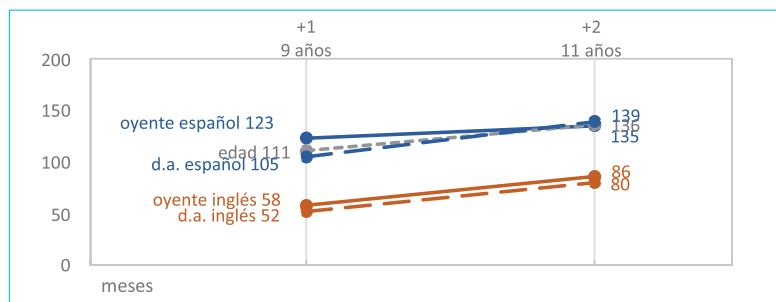
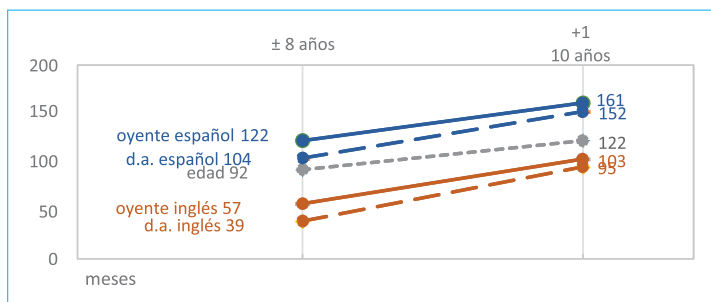
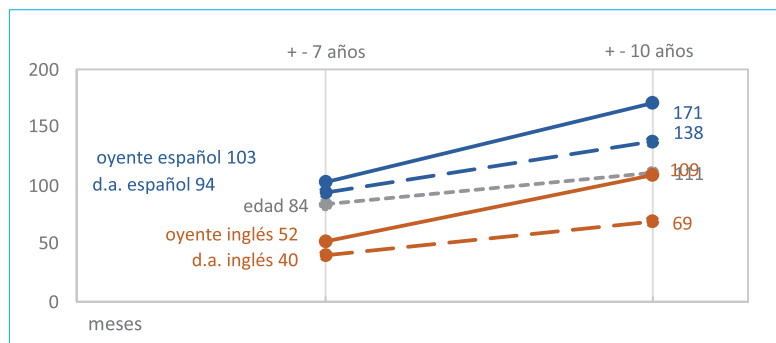
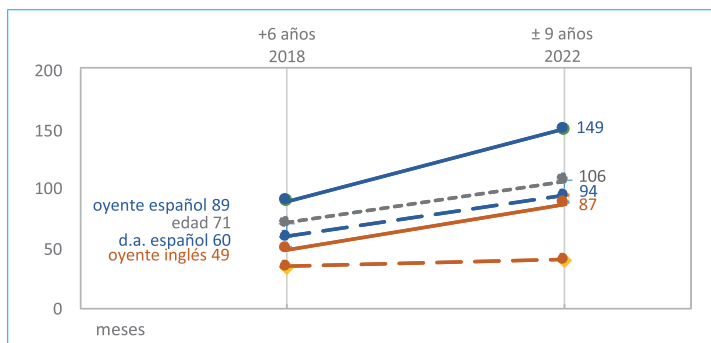
D.A	EE cast	EE ingl	Oyente	EE cast	EE. ingl
9	201	117	9A	148	96
10	142	96	10A	148	80
11	148	77	11A	202	103
12	169	97	12A	181	119
13	140	100	13A	173	139
14	119	81	14A	112	79
Media	152	95		161	103

6º de primaria. MEDIA DE EDAD 136 meses

DA	EE cast	EE ingl	Oyente	EE cast	EE. ingl
15	144	81	15A	144	95
16	145	93	16A	203	96
17	132	79	17A	150	69
18	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos
19	132	92	19A	121	81
20	150	94	20A	187	60
21	139	85	21A	144	95
22	130	61	22A	134	100
23	102	55	23A	123	90
Media	139	80		135	86

Resultados en el test de comprensión léxica Peabody, expresados en meses.

Cuadro 6. Evolución de los resultados en el test de comprensión léxica Peabody, en castellano y en inglés entre 2019 y 2022



De la comparación de los datos podemos extraer algunas conclusiones, aunque relativas debido una vez más al número muy limitado de los casos en cada subgrupo.

En primer lugar, se confirman los buenos resultados de los alumnos con d.a. en la prueba en castellano donde se siguen situando por encima de la media propuesta por la prueba y reduciendo la diferencia respecto a la media del grupo control de oyentes, llegando a coincidir los resultados en el grupo de 6º de primaria.

En segundo lugar, se observa que la evolución de los alumnos con d.a. en la prueba en inglés muestra progresos continuos, pero más lentos en los cursos inferiores y manteniendo una diferencia significativa respecto al grupo de oyentes incluso en el grupo de más edad.

En tercer lugar, se tiene la impresión de que aumenta la dispersión de los resultados, sobre todo en las clases de 4º y 5º de primaria, donde registramos alumnos con d.a. que ofrecen resultados adecuados a su edad en ambos idiomas y otros donde el desfase relativo va aumentando.

Son datos que permiten una mayor individualización de los resultados y deben ayudarnos a revisar puntualmente algunos programas.

En último lugar, cabe señalar que este periodo entre ambas evaluaciones coincidió con la pandemia del Covid-19, cuyos efectos evidentemente han afectado a los alumnos con más dificultad. Concretamente, el uso de la mascarilla (aunque fueran transparentes) ha supuesto una barrera suplementaria tanto para la comprensión como para la inteligibilidad del habla para los alumnos con d.a. 

REFERENCIAS

Bunta, F. *et al.* (2016). Dual language versus english-only support for bilingual children with hearing loss who use cochlear implants and hearing aids. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 51(4), 460-472. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12223>

Daniels, M. (2001). Sign language advantage. *Sign Language Studies*, 2(1), 5-19.

Deriaz, M. *et al.* (2014). Simultaneous development of 2 oral languages by child cochlear implant recipients. *Otology & Neurotology : Official Publication of the American Otological Society, American Neurotology Society [and] European Academy of Otology and Neurotology*, 35(9), 1541-4. <https://doi.org/10.1097/MAO.0000000000000497>

Domagala-Zysk Ewa, y Kontra, E. H. (Eds.). (2016). *English as a foreign language for deaf and hard-of-hearing persons : challenges and strategies*. Cambridge Scholars Publishing.

Dunn, L. M. y Dunn, D.M. (2006). *PPVT*. Madrid: TEA ediciones.

Dunn, L.M. y Dunn, D.M. (2007). *PPVT*. Tempel (USA) : Psychocorp.

Elliot, J. (1990). *La investigación-acción en educación*. Madrid: Morata.

François, M. (2016). Enseignement de l'anglais auprès d'enfants sourds en situation d'inclusion scolaire : quelles problématiques? *Connaissances surdité*, 56, 22-27.

Fusellier-Souza, I. (2003). Apprentissage institutionnel d'une troisième langue par les apprenants sourds. *Langue Française*, 137(1), 86-104.

Geers, A. E. *et al.* (2009). Spoken language scores of children using cochlear implants compared to hearing age-mates at school entry. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 14(3), 371-85. <https://doi.org/10.1093/deafed/enn046>

Gómez-Ruiz M.I. (2010). Bilingüismo y cerebro: mito y realidad. *Neurolog a*, 25(7), 443-452. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2010.04.008>

Gulati B. (2015). International experience of teaching deaf and hard of hearing students at university level-a short review. *Student Niepełnosprawny. Szkice i rozprawy*, 15(8), 151-156.

Juárez, A. y Monfort, M. (2001). *Algo que decir*. Madrid: Entha-ediciones.

McAfee, B. (2015). Bilingual spoken language proficiency in children who are deaf and hard of hearing. *Independent Studies and Capstones*. Paper 705. Washington University School of Medicine. http://digitalcommons.wustl.edu/pacs_capstones/705

Mc Conkey Robbins, A. (2007). Clinical Management of Bilingual Families and Children with Cochlear Implants. *Loud and Clear*. 1 . 1-12. https://amymcconkeyrobbins.com/PDF/Clinical_Management_of_Bilingual_Families.pdf

Marschark, M. (2014). *Bilingualism and bilingual deaf education* (Ser. Perspectives on deafness). Oxford University Press.

Monfort, M., Juárez, A. y Monfort, I. (2006). *Pr ctica de la Comunicación Bimodal*. Madrid: Entha-ediciones.

Mueller, V., y Acosta, A. (2015). Infants' use of baby sign to extract unfamiliar words from the speech stream. *Early Child Development and Care*, 185(6), 943-951. <https://doi.org/10.1080/03004430.2014.970184>

Muñoz, P.A. (2015). *La enseñanza del inglés como lengua extranjera a niños sordos e hipoacúsicos incluidos en educación común en la ciudad de San Juan, Argentina* [Tesis doctoral, Universidad Nacional de Cuyo. Facultad de Filosofía y Letras]. https://ediunc.bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/9226/tesismuoz-enseanzaingles.pdf

Pritchard, P. (2013). Teaching English to Deaf and Severely Hard-of-Hearing Pupils in Norway. En E. Domagala-Zysk Y Kontra, E. H. (Eds.). *English as a foreign language for deaf and hard of hearing persons in Europe*. (41-54). Wydawnictwo KUL.

Ruben, R. J. (2018). Language development in the pediatric cochlear implant patient. *Laryngoscope Investigative Otolaryngology*, 3(3), 209-213. <https://doi.org/10.1002/lio2.156>

Thomas, E., El-Kashlan, H., y Zwolan, T. A. (2008). Children with cochlear implants who live in monolingual and bilingual homes. *Otology & Neurotology : Official Publication of the American Otological Society, American Neurotology Society [and] European Academy of Otology and Neurotology*, 29(2), 230-234. <https://doi.org/10.1097/mao.0b013e31815f668b>

Toth, A. (2009). Bridge of Signs: Can Sign Language Empower Non-Deaf Children to Triumph over Their Communication Disabilities? *American Annals of the Deaf*, 154(2), 85-95. <https://doi.org/10.1353/aad.0.0084>

Waltzman, S. B. *et al.* (2003). Second oral language capabilities in children with cochlear implants. *Otology & neurotology: official publication of the American Otological Society, American Neurotology Society [and] European Academy of Otology and Neurotology*, 24(5), 757-763. <https://doi.org/10.1097/00129492-200309000-00012>

CONECTÉSE CON LOS MOMENTOS QUE AMA



Audífono Sky Link M de



Procesador Sky CI M



LA SOLUCIÓN DE DOS OÍDOS DISEÑADA PARA TRABAJAR EN CONJUNTO

Si su hijo utiliza un implante coclear y un audífono, con el procesador de sonido **Sky CI™ M** en una oreja y el audífono **Sky™ Link M** de Phonak en la otra conseguirá un sonido uniforme entre ambos dos oídos y le permitirá ajustar ambos dispositivos con un único control.

Para obtener una solución auditiva diseñada para sus necesidades únicas, tome la decisión evidente. Elija la potencia de Advanced Bionics y Phonak.



AdvancedBionics.es/**SkyCIM**



Premio FIAPAS 2022

Presbiacusia y Teoría de la Mente

Estudio sobre las limitaciones de las personas con presbiacusia para comprender las intenciones de su interlocutor

AUTORES:

Valero-Garcia, J.¹, Ivern, I.¹, Mumbardó, C.², Iglesias, L.¹, Vila-Rovira, J.M.¹ y Pellicena, M.A.¹

Grupo de Investigación en Comunicación y Salud -COMSAL-

¹FPCEE Blanquerna. Universitat Ramon Llull de Barcelona.

²Departamento de Cognición, Desarrollo y de Psicología de la Educación de la Universitat de Barcelona.

1. INTRODUCCIÓN

La presbiacusia o pérdida auditiva relacionada con la edad es la causa más común de hipoacusia (Gates, 2012). Se la considera la 3ª patología crónica más frecuente en las personas mayores, a partir de los 65 años suele afectar a un tercio de la población y su incidencia, a tenor del incremento en la esperanza de vida de la población mundial, va en aumento (World Health Organization [WHO], 2021).

Atendiendo al grado de afectación y a las lógicas diferencias individuales, la presbiacusia suele incidir negativamente sobre la calidad de vida (Borel, 2020; Manrique, 2021) y el bienestar psicológico de quien la padece (Humes *et al.*, 2020), especialmente en sus estadios más avanzados. También es frecuente la producción científica donde se destaca la elevada comorbilidad entre la presbiacusia y el deterioro mental o la demencia, sin que todavía sean concluyentes los términos que definen esta relación, ya que el propio envejecimiento puede ser una causa de estas enfermedades (Lin *et al.*, 2011; Amieva *et al.*, 2018; Uchida *et al.* 2019; Croll *et al.*, 2020). Su consecuencia más inmediata afecta la comprensión del habla, pero suelen verse también comprometidos el dominio de la pragmática y la participación social (Borel, 2020).

De este modo, además de problemas en la percepción del habla, la presbiacusia puede comportar dificultades para el reconocimiento de las intenciones de nuestro interlocutor al ver mermada nuestra capacidad para la comprensión del lenguaje no literal (Goy *et al.*, 2018; Pearlman-Avnion, *et al.*, 2018). Estos desajustes comunicativos que afectan a las personas con presbiacusia dificultan sin duda sus relaciones interpersonales (Borel, 2020).

Para facilitar la comunicación de las personas afectadas de presbiacusia una de las alternativas aportadas por la tecnología son las prótesis auditivas -audífonos o implantes cocleares-, si bien los estudios que analizan sus efectos sobre la mejora de la calidad de vida de las personas con presbiacusia no son todavía suficientes ni concluyentes. De hecho, algunos trabajos destacan que al menos dos tercios de las personas afectadas por esta problemática auditiva no utilizan ningún dispositivo electroacústico (Fischer, 2011). No obstante, la mayoría de los trabajos recientes suelen confirmar la premisa de que el uso de audífonos o de implantes cocleares contribuye a frenar el deterioro cognitivo y, en suma, a mejorar la calidad de vida de los usuarios (Monfort-Huarte *et al.*, 2016; Amieva y Ouvrard, 2020; Sarant *et al.*, 2020; Lassaletta *et al.*, 2021).

La comprensión del lenguaje no literal es una de las competencias que requiere la capacidad de mentalización o de Teoría de la Mente (ToM, en inglés). Este término se refiere a la capacidad para atribuir estados mentales a los

demás, diferenciándolos de los propios, y así predecir y explicar sus conductas, deseos, intenciones, creencias y sentimientos (Premack y Woodruff, 1978). Se trata, pues, de una habilidad que facilita las relaciones interpersonales y reduce el riesgo de incomprensiones comunicativas (Hughes y Leekam, 2004).

La ToM ha sido uno de los constructos psicológicos más complejos y estudiados en los últimos decenios. Para su evaluación se han concebido diferentes tareas, aunque la mayoría de ellas no están validadas. Así, son muy conocidas las tareas del reconocimiento facial de las emociones (Baron-Cohen *et al.*, 1999), o la comprensión de historias breves que requieren la inferencia de significados mentalistas como la atribución de falsas creencias, el sarcasmo, el comportamiento social inapropiado,... (Happé *et al.*, 1998 o Shamay-Tsoory y Aharon-Peretz, 2007).

La mayoría de los trabajos recientes suelen confirmar la premisa de que el uso de audífonos o de implantes cocleares contribuye a frenar el deterioro cognitivo y, en suma, a mejorar la calidad de vida de los usuarios

Respecto a la evaluación de la ToM en personas mayores, por regla general se sostiene la idea de que con la edad aparece una cierta disminución de las capacidades ToM (Henry *et al.*, 2013; Stietz *et al.*, 2021), si bien otros estudios no suscriben estas conclusiones al considerar que, más que la edad, el factor que presenta una mayor influencia es el estado cognitivo de la persona explorada (Duval *et al.*, 2011). Estas discrepancias en los resultados pueden ser debidas, a nuestro entender, tanto a los diferentes rangos de edades utilizados en estos estudios, como a las particularidades de los diferentes instrumentos de evaluación empleados.

Algunas de estas líneas de investigación relacionan las capacidades de la ToM en las personas mayores tanto con la denominada reserva cognitiva (Li *et al.*, 2013), como con la actividad social desarrollada (Henry *et al.*, 2013) o el sexo (Pinkham *et al.*, 2017).

Aunque la ToM en las personas con sordera ha sido motivo de una investigación intensa, pocos trabajos se han centrado en el análisis de estas habilidades en los adultos, y más concretamente en los adultos con presbiacusia. Por ello, nos parece útil conocer hasta qué punto las personas con presbiacusia presentan unas competencias mentalistas similares a las de otras personas mayores sin esta discapacidad auditiva o si, como parecería lógico pensar, la presencia de la presbiacusia ejerce un efec-

to de mayor deterioro de estas competencias, lo que sin duda abundaría sobre las limitaciones en las relaciones sociales de estas personas. Este tipo de estudios podría ayudar a caracterizar mejor las dificultades pragmáticas en las personas con presbiacusia y facilitar el diseño de planes de intervención adecuados para mejorar su calidad de vida.

2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS DEL ESTUDIO

El estudio realizado exploró las relaciones entre la presbiacusia y la ToM. Más concretamente, como objetivos nos fijamos determinar si aparecen diferencias significativas en la ToM en las personas afectadas de presbiacusia respecto a las personas de la misma edad sin problemas de audición y explorar el efecto que pueden tener el uso de audífonos sobre la preservación de las habilidades mentalistas.

Para ello, nos formulamos las siguientes preguntas:

- 1.- ¿Las personas mayores de 64 años con presbiacusia presentan menor capacidad en la resolución de las tareas ToM, que las personas de la misma edad oyentes?
- 2.- Suponiendo que existan ciertas diferencias, ¿qué factores pueden ser más determinantes: la pérdida auditiva, la cognición, la actividad social?
- 3.- ¿La utilización continuada de audífonos (más de ocho horas diarias) puede ayudar a preservar las capacidades ToM en la población con presbiacusia?

El estudio siguió los principios de la Declaración de Helsinki, utilizando el método clínico de recolección de datos a partir de entrevistas semiestructuradas y de la administración de pruebas no nocivas

Para intentar responder a estas cuestiones, ideamos las siguientes hipótesis:

[H1].- Las personas afectadas de presbiacusia ven mermadas de manera significativa sus capacidades ToM en relación con sus pares oyentes.

[H2].- Respecto al grupo de personas con presbiacusia, las personas usuarias de audífonos presentan unas capacidades ToM significativamente mejor preservadas que aquellas que no los utilizan.

[H3].- La edad, el sexo, la reserva cognitiva, la pérdida auditiva, la competencia verbal y la actividad social son variables que influyen de manera notable sobre los resultados obtenidos tanto en el sumatorio de las historias ToM como en la comprensión del lenguaje no literal -sarcasmo-.

3. MÉTODO

3.1. Garantías éticas

El estudio llevado a cabo fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación de la Universitat Ramon Llull de Barcelona, en 2021. El estudio siguió los principios de la Declaración de Helsinki, utilizando el método clínico de recolección de datos a partir de entrevistas semiestructuradas y de la administración de pruebas no nocivas. La participación fue voluntaria y sujeta al consentimiento informado. Para ello se solicitó de forma aleatoria la colaboración de los usuarios de diferentes Centros Municipales de ocio para personas mayores¹, de un Centro Sociosanitario del área metropolitana de Barcelona², Centros geriátricos de Barcelona³ y de la Asociación Catalana de Familias y Personas con Sordera -ACAPPS-. Los criterios de exclusión fueron 1) antecedentes de otra enfermedad neurológica, trastornos del comportamiento o epilepsia, 2) antecedentes de enfermedad psiquiátrica o 3) discapacidad cognitiva leve o moderada.

3.2. Participantes

La muestra de adultos mayores explorados estuvo formada inicialmente por 141 personas (95 mujeres y 46 hombres; M= 77,9 años; DT = 8,2; Rango= 65-94 años).

3.3. Materiales y procedimiento

Las personas que participaron en el estudio fueron, en primer lugar, entrevistadas para cumplimentar sus datos sociodemográficos. A continuación, se inició la administración individual de las siguientes pruebas:

1/ Exploración cognitiva.

Pruebas de Vocabulario y de Matrices del WAIS IV (Wechsler, 2012). Se estableció en 7 puntos escalares la puntuación mínima necesaria para formar parte de la muestra del estudio. Por esta razón, 16 personas fueron excluidas. Esta prueba también nos permitió disponer de un dato sobre la capacidad cognitiva de las personas estudiadas.

1 Casal d'avis de Lliçà d'Amunt y Esplai municipal de Sant Fruitós de Bages, localidades ambas situadas en la provincia de Barcelona.

2 Clínica Sociosanitaria Ntra. Señora de Guadalupe de Esplugues del Llobregat.

3 Centro Geriátrico Sanitas Altanova; Residencia Geriátrica Torrasa y Centro Residencial Rosben.

2/ Exploración de la ToM.

Para la denominada resolución de tareas mentalistas o de ToM, se administraron 8 historias. Las historias empleadas fueron adaptadas de Happé *et al.* (1998), Baron-Cohen, *et al.* (1999), Birch y Blomm (2007) y Shamay-Tsoory y Aharon-Peretz (2007). En ellas se muestran escenas cercanas a la vida real, permitiendo inferir las intenciones, la emoción y/o las creencias que experimentan sus personajes. A cada participante se le explicó oralmente cada una de las historias en el mismo orden, contando además con el texto y una imagen prediseñada ilustrativa de cada historia. Las ocho historias ToM utilizadas se muestran en las Figuras 1 a 4 del Anexo. El número medio de palabras utilizado en cada relato fue de 72,5.

La resolución correcta de esta tarea implicaba identificar la intención que subyace al comentario de cada personaje. Siguiendo el esquema utilizado por Happé *et al.* (1998), los criterios de valoración de los resultados fueron: 2 puntos, correcta referencia a aspectos mentalistas de los protagonistas de la historia; 1 punto, referencia mentalista parcial o confusa; 0 puntos, respuesta incorrecta. Las puntuaciones obtenidas oscilaron entre 0 y 16 puntos. Previamente, se llevó a cabo una prueba de validez para los criterios de puntuación establecidos. Para ello, se contó con seis personas expertas que, a modo de jurado, puntuaron las respuestas de un total de 10 participantes. Inicialmente se obtuvo un índice Kappa de 0,759 y, una vez reformuladas las consignas de corrección, se obtuvo finalmente un índice Kappa de 0,807.

3/ Administración del Geriatric Depression Scale-GDS- (Sheik y Yesavage, 1983; citado por Martínez de la Iglesia *et al.*, 2002). Algunos estudios destacan que la depresión suele estar asociada a un riesgo evidente de declive funcional y, en consecuencia, empobrecer los resultados de cualquier exploración (Alexopoulos *et al.*, 2005). Por este motivo se utilizó el GDS como prueba que permite conocer el estado anímico de la persona explorada, estableciéndose en 20 puntos el umbral de corte para excluir a un participante. Ninguno de los participantes fue excluido por esta razón.

4/ Administración del Cuestionario de Reserva Cognitiva. (Rami *et al.*, 2011). Se administró este cuestionario con el fin de disponer de un registro que posteriormente pudiera ser correlacionado con los resultados obtenidos en las pruebas de la ToM.

5/ Exploración auditiva.

Se realizó una audiometría tonal liminar para conocer los umbrales auditivos (entre 0.5 y 8 kHz) siguiendo la metodología establecida por la American Speech-Hearing-Language Association [ASHA] (1978). Para el cálculo de la pérdida auditiva se adoptaron los criterios del

Bureau International d'Audiophonologie [BIAP] (1997). Para determinar cuando una persona presentaba presbiacusia, se adoptó el criterio de la WHO (2021): pérdida de audición binaural y postlocutiva, sobrevenida a partir de los 50 años, superior a 40 dB en el mejor de los oídos.

3.4. Análisis estadístico

La muestra fue distribuida en tres grupos: las personas sin presbiacusia, las personas con presbiacusia usuarias de audífonos y las personas con presbiacusia no usuarias de audífonos. Mediante el paquete IBM SPSS Statistics, versión 26.0 (IBM, Corporation., 2019), se realizó un análisis estadístico descriptivo y otro inferencial. A nivel descriptivo, se destacan las características de la población, reportando los valores promedio y la desviación estándar en las variables continuas y porcentajes en las cualitativas. A nivel inferencial, se realizó una comparación de las puntuaciones obtenidas en las diferentes pruebas realizadas, mediante la *t* de Student, cuando la comparación se realizó entre dos grupos, o una ANOVA, si la comparación se realizó entre tres grupos; todo ello que permitió observar aquellas variables independientes que reportan diferencias estadísticamente significativas entre los diferentes subgrupos de la muestra. A continuación, se utilizó un modelo de regresión para examinar las asociaciones entre las variables independientes estadísticamente significativas con los resultados de la ToM global y con las historias mentalistas que comportan comprensión del sarcasmo. Se analizaron los resultados teniendo en cuenta los valores *p* de significación estadística. Se optó por usar el nivel mínimo de significación estadística de $p < 0,05$.

4. RESULTADOS

La muestra final del estudio fue de 125 personas, 41 de ellas no presentaron pérdida auditiva superior a 40dB en el mejor de los oídos y 84 presentaron presbiacusia. De éstas, 29 -34,5%- eran usuarias de audífonos y 55 -65,5%- no. El 49,6% de los participantes había tenido menos de 8 años de escolarización. El 24,8% había completado la escuela primaria o la secundaria (entre 8 a 14 años de escolaridad) y el 25,6% poseían estudios superiores. En la Tabla 1, aparecen los principales datos sociodemográficos de cada una de estos dos grupos: personas oyentes y personas con presbiacusia. Asimismo, aparecen las puntuaciones medias obtenidas por cada grupo en el sumatorio de las pruebas ToM y la significación estadística de cada una de estas variables.

De los datos aportados podemos destacar las diferencias significativas encontradas entre ambos grupos en lo que se refiere a la edad y, lógicamente, a la pérdida auditiva ($p < 0,001$). También se observan diferencias significativas, aunque de menor grado, en las variables síntomas depresivos, razonamiento verbal y razonamiento lógico; en el sentido que las personas con presbiacusia suelen tener más propensión a presentar síntomas depresivos ($p < 0,01$) y una menor capacidad para el razonamiento verbal y lógico ($p < 0,05$). Con todo, el dato

más relevante es el de la diferencia encontrada entre las puntuaciones del sumatorio de historias ToM para ambos grupos, en el sentido de que el grupo de personas con presbiacusia puntuó de manera significativamente inferior en relación al grupo de pares oyentes ($p < 0,001$). A continuación, se procedió reagrupar los datos obtenidos en la exploración separando el grupo de personas con presbiacusia en dos grupos distintos: los usuarios de audífonos y los no usuarios de ningún tipo de prótesis auditiva⁴.

TABLA 1: Datos sociodemográficos de la muestra estudiada y puntuaciones medias obtenidas en el sumatorio de las historias ToM administradas.

Variables contempladas	Adultos sin Presbiacusia (n=41)	Adultos con presbiacusia (n= 84)	Significación estadística
Características participantes • Edad (1) • Sexo	73,0 (6,1) 26,8%H/73,2%M	80,5 (8,13) 35,7%H/64,3%M	***
Educación • <8 años % • 8-14 años % • >14 años %	41,5% 22,0% 36,5%	53,5% 26,1% 20,2%	
Síntomas depresivos • GDS (1)	1,88 (1,91)	2,88 (2,04)	**
Cognición • Reserva cognitiva (1) • Razonamiento verbal (1) • Razonamiento lógico (1)	11,56 (4,86) 12,07 (3,46) 12,10 (3,20)	9,67 (4,87) 10,83 (3,04) 10,90 (3,15)	* *
Pérdida auditiva binaural (1)	30,5dB (5,8)	52dB (9,1)	***
Sumatorio ToM (1)	11,56 (3,1)	9,30 (3,56)	***

(1) Datos referidos a las puntuaciones medias y a la desviación tipo.

* $p < 0,05$
** $p < 0,01$
*** $p < 0,001$

⁴ Algunas personas eran conocedoras de sus problemas auditivos, pero voluntariamente no deseaban utilizar ninguna prótesis auditiva. La mayor parte, no obstante, no eran conscientes de presentar este problema.

En la Tabla 2, aparecen tanto los principales datos sociodemográficos de la muestra como los resultados obtenidos en las historias ToM de los tres grupos resultantes: (A) personas sin problemas auditivos; (B) personas con presbiacusia no usuarias de audífonos y (C) personas con presbiacusia usuarias de audífonos. Por otra

parte, las distintas historias ToM fueron agrupadas en diferentes dominios, según la temática mentalista abordada: sarcasmo, falsa creencia, habilidades sociales y persuasión. En relación a los resultados obtenidos globalmente en las pruebas ToM, se mantuvo el sumatorio de historias ToM.

TABLA 2: Datos sociodemográficos de la muestra estudiada y resultados globales de las pruebas realizadas, considerando el uso de prótesis auditivas

	A	B	C	A-B	A-C	B-C
Variables contempladas	Adultos sin Presbiacusia (n=41)	No usuarios de audífonos (n=55)	Usuarios de audífonos (n=29)	<i>Significación estadística</i>		
Características participantes • Edad (1) • Sexo	73,0 (6,1) 26,8%H/73,2%M	79,8 (8,4) 34,5%H/65,5%M	81,2 (7,6) 40%H/60%M	***	***	
Educación • <8 años % • 8-14 años % • >14 años %	41,5% 22,0% 36,5%	63,3% 21,8% 14,5%	34,5% 34,5% 31,0%			
Actividad social	1,56 (0,75)	1,24 (0,75)	1,48 (0,68)			
Síntomas depresivos • GDS (1)	1,71 (1,80)	3,28 (2,3)	2,03 (1,45)	***		*
Cognición • Reserva cognitiva (1) • Razónamiento verbal (1) • Razónamiento lógico (1)	11,56 (4,86) 12,20 (3,53) 12,25 (3,20)	8,51 (4,33) 10,11 (2,59) 10,53 (3,01)	11,93 (5,10) 12,24 (3,37) 11,62 (3,32)	** ** *		** ** *
Pérdida auditiva binaural (1)	30,5dB (5,8)	50dB (8,4)	56dB (9,1)	***	***	*
ToM Sarcasmo • Banco (1) • Padre despistado (1)	1,52 (0,74) 1,51 (0,77)	1,01 (0,80) 0,73 (0,74)	1,62 (0,56) 1,52 (0,78)	** ***		*** ***
ToM Falsa creencia • Violín (1er orden) (1) • Prisionero (2o ord.) (1) • Comerciante (2o ord.) (1)	1,95 (0,21) 1,27 (0,86) 0,85 (0,88)	1,82 (0,51) 0,91 (0,91) 0,60 (0,71)	1,79 (0,62) 1,24 (0,83) 0,72 (0,84)			
ToM Habilidades sociales • Cortinas (1) • Profesora (1)	1,80 (0,40) 0,95 (0,92)	1,62 (0,62) 0,42 (0,74)	1,59 (0,68) 0,83 (0,92)	***		
ToM Persuasión • Gatitos (1)	1,78 (0,52)	1,42 (0,76)	1,62 (0,56)	*		
Sumatorio ToM (1)	11,67(3,28)	8,50 (3,38)	10,86 (3,33)	***		**

(1) Datos referidos a las puntuaciones medias y a la desviación tipo.

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

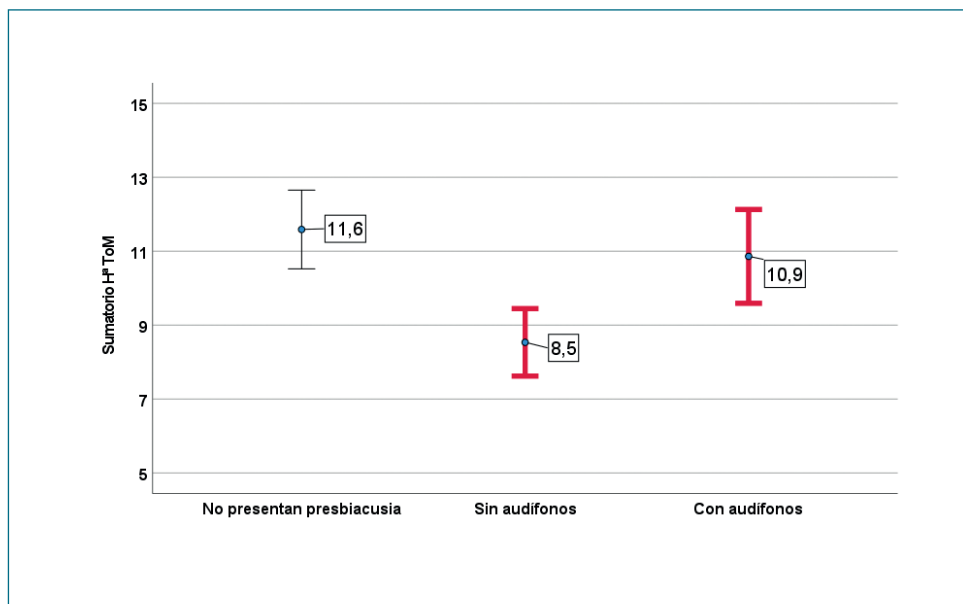
*** $p < 0,001$

En relación a la distribución de la muestra del grupo B (personas con presbiacusia que no utilizan audífonos) y del grupo C (personas con presbiacusia usuarias de audífonos) en relación al sexo y a la escolaridad se han observado diferencias estadísticamente significativas a través de las pruebas de Chi cuadrado ($\chi^2 = 0,17$, $p > 0,05$) y ($\chi^2 = 8,19$, $p > 0,05$), respectivamente. Para conocer si existían diferencias significativas para el resto de datos sociodemográficos y entre las respuestas a las historias ToM entre los tres grupos, se realizó un análisis de ANOVA de un factor, no asumiendo la igualdad de variancias y ajustando los valores de significación mediante la corrección de Dunnett. Las diferencias encontradas, al comparar las puntuaciones medias obtenidas entre los grupos (A) y (C), fueron inconsistentes a excepción de la edad y, lógicamente, de la pérdida auditiva registrada. Por el contrario, se observó que entre los grupos (A) y (B) las diferencias estadísticas significativas fueron múltiples, favoreciendo siempre a las personas mayores y afectando tanto a la edad ($p < 0,001$), la sintomatología depresiva ($p < 0,001$), la reserva cognitiva ($p < 0,01$) y el

razonamiento lógico ($p < 0,05$), y el verbal ($p < 0,01$), respectivamente y, obviamente, al grado de pérdida auditiva ($p < 0,001$). En lo referido a las historias mentalistas, se observaron diferencias significativas en las puntuaciones obtenidas en las historias de “banco” ($p < 0,01$) y “padre despistado” ($p < 0,001$), ambas referidas al dominio del sarcasmo; “profesora” ($p < 0,001$), referida al dominio de las habilidades sociales; y “gatitos”, referida al dominio de la persuasión ($p < 0,05$).

Finalmente, también se observaron diferencias estadísticamente significativas en el sumatorio del conjunto de historias ToM administradas (ver Figura 5). El grupo de personas con presbiacusia que no utilizan audífonos (grupo B) presentó unos resultados notablemente más bajos, con diferentes grados de significación estadística, tanto en relación al grupo de personas sin presbiacusia ($p < 0,001$), como al grupo de personas usuarias de audífonos ($p < 0,01$). Por el contrario, entre el grupo de personas sin problemas auditivos (A) y el grupo de personas usuarias de audífonos (C) las diferencias fueron estadísticamente no relevantes ($p > 0,05$).

FIGURA 5: Resultados obtenidos por cada uno de los grupos de la muestra en el conjunto de las pruebas ToM.

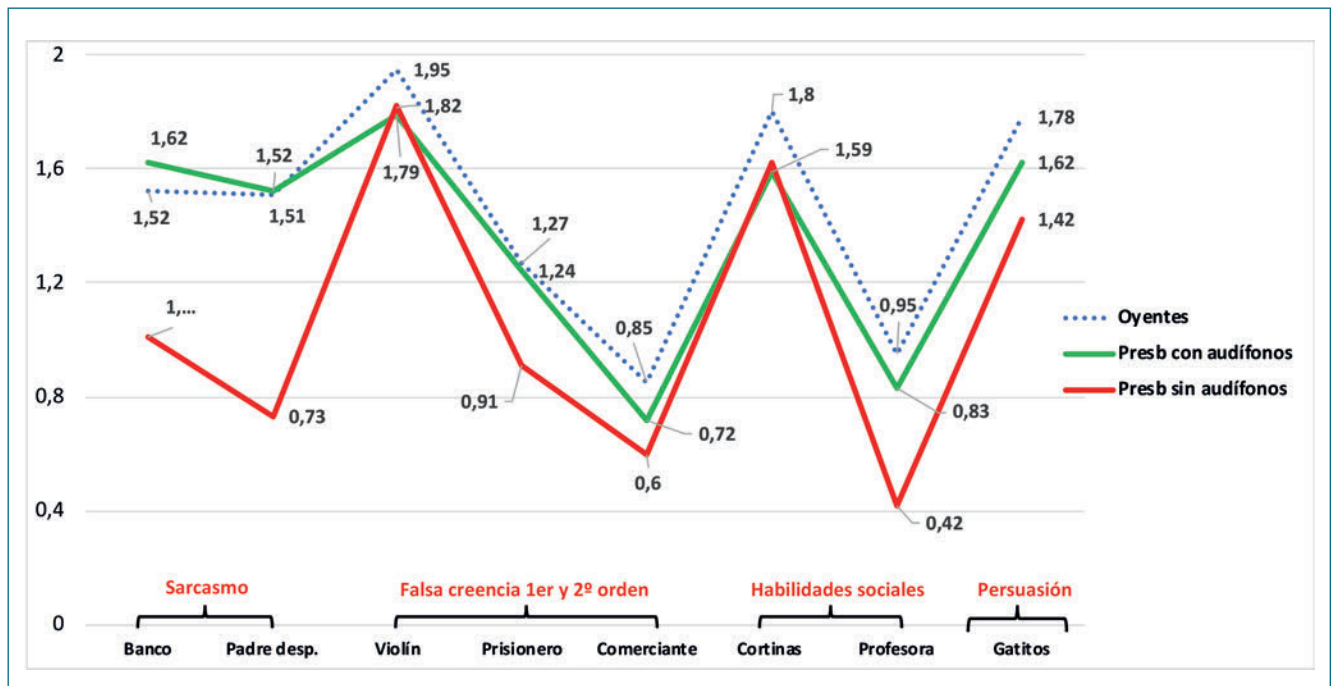


Asimismo, en la Figura 6 se puede observar una gráfica con las puntuaciones medias para cada una de las historias obtenidas por los grupos -B y C-. Así, se observa cómo las puntuaciones registradas fueron algo más favorables al grupo de personas que utilizan audífonos (Grupo C) que al grupo que no los utilizan (Grupo B). Únicamente en las historias mentalistas relacionadas con la comprensión del sarcasmo, la diferencia es más evidente ($p<0,001$). En este sentido, se observó la tendencia anteriormente comentada: el grupo de personas con presbiacusia que no utilizan audífonos presentaron unos resultados significativamente peores en relación a

Las personas con presbiacusia que no utilizan audífonos presentaron unos resultados peores en relación a las usuarias de audífonos. Por el contrario, éstas no presentaron ninguna diferencia significativa respecto al grupo de oyentes

las personas usuarias de audífonos. Y, por el contrario, éstas no presentaron ninguna diferencia significativa respecto al grupo de personas oyentes en ninguno de los dominios ToM analizados

FIGURA 6: Resultados obtenidos en las historias mentalistas.



Estrategia de Participación de Infancia y Adolescencia FIAPAS 2022

Niños, Niñas y Adolescentes con discapacidad auditiva reclaman sus derechos y demandas



Estrategia de Participación de Infancia Niños, Niñas y Adolescentes reclaman sus derechos

TENEMOS DERECHO A...

- 1** Ser atendidos y protegidos en temas de salud
- 2** Aprender como los demás niños y niñas
- 3** Jugar a lo que nos guste
- 4** Disfrutar del ocio y la cultura
- 5** Acceder a internet y a las redes sociales en igualdad de condiciones
- 6** Participar en las decisiones que nos afectan
- 7** Opinar libremente
- 8** Sentirnos capaces. Ser independientes



TENEMOS LOS MISMOS

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA:

Confederación Española de Familias de Personas Sordas. (2022). *Niños, niñas y adolescentes con discapacidad auditiva reclaman sus derechos y demandas*. [Infografía]. Biblioteca Virtual



Infancia y Adolescencia - FIAPAS 2022

Niños con discapacidad auditiva

Reflexiones y demandas

POR ESO DEMANDAMOS...

- 1** Accesibilidad auditiva a la información y a la comunicación para poder participar en cualquier entorno (educación, cultura, ocio...)
- 2** Productos de apoyo a la audición y la comunicación oral (subtitulado, bucle magnético...), profesorado especializado e intérprete de lengua de signos para las personas sordas que comunican en esta lengua
- 3** Materiales audiovisuales y plataformas con subtitulado e interpretación en lengua de signos
- 4** Avisos o alarmas con señales sonoras y luminosas
- 5** Una percepción social ajustada a la realidad actual de los niños, niñas y adolescentes con sordera alejada de los estereotipos



OS DERECHOS QUE TÚ



FIAPAS

CONFEDERACIÓN
ESPAÑOLA
DE FAMILIAS
DE PERSONAS SORDAS

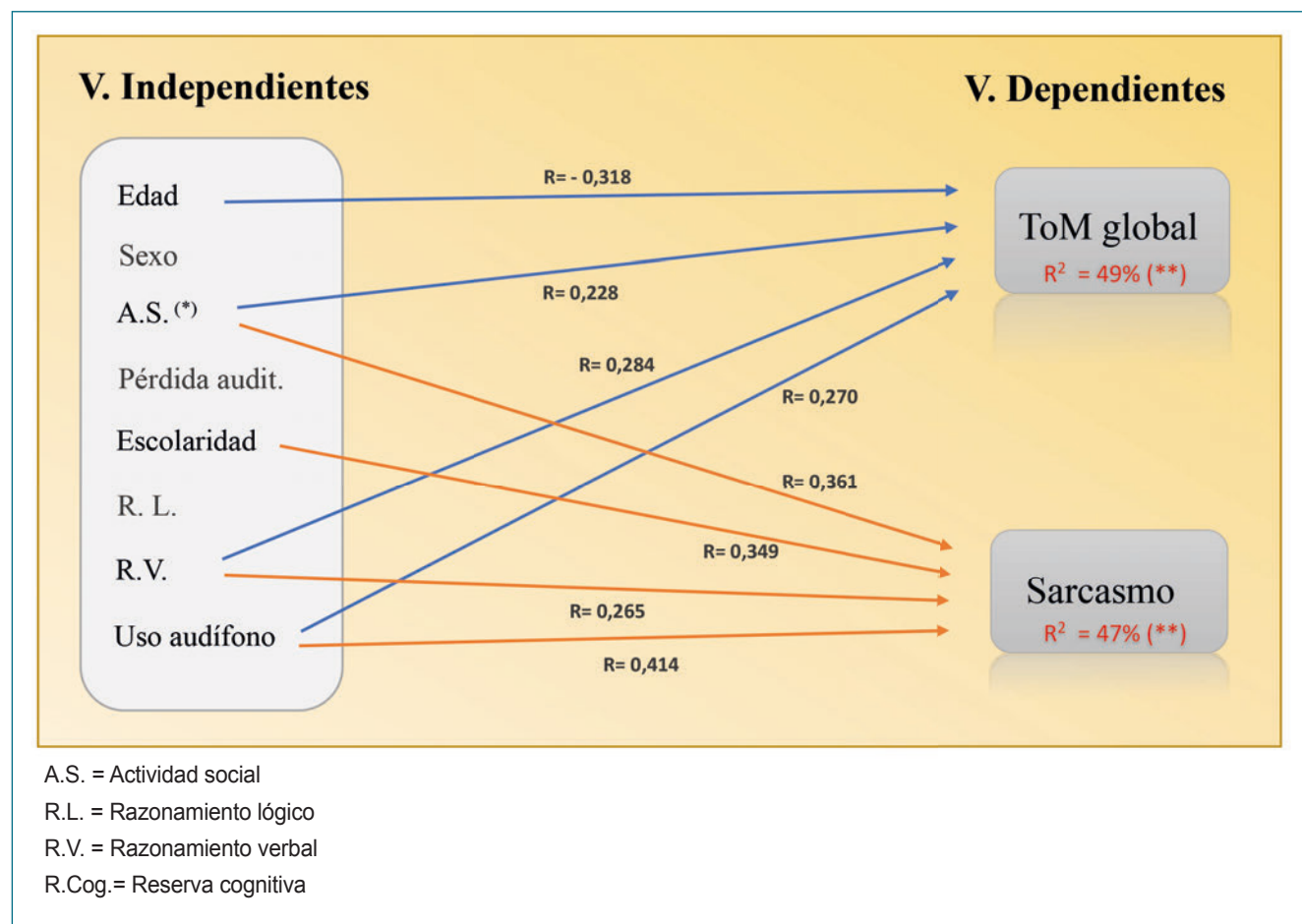
Encarte al No. 179 de la Revista FIAPAS. Depósito Legal: M-26488-1988 © FIAPAS 2022



A continuación, y únicamente para los grupos B y C, se procedió a determinar la influencia de cada una de las variables que se mostraron estadísticamente significativas sobre el sumatorio de las historias ToM y sobre la comprensión del sarcasmo. Esto nos permitió obtener información sobre qué factor o factores son los que inciden en el mejor nivel de desarrollo de ambas variables dependientes -VD-. Para ello se realizó un análisis de regresión lineal simple. El factor que mayor influencia supuso en el rendimiento de las tareas ToM fue inicialmente la actividad social, la cual predice prácticamente el 50% de las diferencias observadas en las tareas de la

ToM ($R = 0,499$). No obstante, su efecto se desvanece con la mediación de otras variables como la edad ($R = -0,318$), la capacidad de razonamiento verbal ($R = 0,284$) y el uso de audífonos ($R = 0,270$). En relación a la comprensión del sarcasmo, el uso de audífonos aparece como el factor más influyente con un 41% de capacidad de predicción ($R = 0,414$). En segundo término, aparece la actividad social ($R = 0,361$), el nivel de escolaridad ($R = 0,349$) y la capacidad de razonamiento verbal ($R = 0,265$). Variables como la reserva cognitiva, la capacidad de razonamiento lógico, el sexo o la pérdida auditiva no aparecen en ninguno de los modelos estadísticos aportados. (ver Figura 7).

FIGURA 7: Influencia de las VI contempladas en este estudio sobre la variancia de la ToM global y de la comprensión del sarcasmo.



Nota: (*) Variable que al actuar en interacción con las otras VI, pierde influencia sobre las puntuaciones de la ToM global.

(**) Porcentaje de la variabilidad explicada por el modelo.

5. DISCUSIÓN

En relación a la primera hipótesis formulada [H1], los resultados de este estudio la confirman plenamente. Valoradas en su conjunto, las personas mayores con presbiacusia presentan una resolución de las tareas ToM significativamente inferior a la obtenida por las personas mayores sin presbiacusia (ver *Tabla 1*). No obstante, y esta puede ser una de las aportaciones más interesantes de este estudio, si atendemos a la segunda hipótesis formulada [H2] y subdividimos el grupo de personas con presbiacusia en dos subgrupos - los que no utilizan ningún tipo de prótesis auditiva (grupo B) y los que utilizan audífonos (grupo C)-, se observa como los resultados del primero presentan frecuentes diferencias estadísticamente significativas en relación a los resultados mostrados por el grupo de pares oyentes (grupo A) (*Tabla 2*). Estas diferencias son especialmente más relevantes cuando contemplamos los resultados de las historias con contenido sarcástico ($p < 0,001$; y $p < 0,01$) y también los del sumatorio ToM ($p < 0,001$) (*Figura 5*). Por el contrario, en la *Figura 6* se observa como los resultados de las historias mentalistas más sencillas (violín o cortinas) presentan unas diferencias estadísticas irrelevantes. Por otra parte, en las tareas con un componente cognitivo más complejo (prisionero y comerciantes) las puntuaciones medias obtenidas han sido más bien bajas en ambos grupos, sin que las diferencias encontradas hayan sido estadísticamente significativas. Posiblemente la razón estriba en la misma complejidad cognitiva de las historias, la cual dificulta su comprensión en las personas mayores independientemente de su condición auditiva.

Así pues, según los resultados de este estudio, las personas con presbiacusia que utilizan habitualmente audífonos suelen preservar mejor las habilidades mentalistas. En este sentido, prácticamente no aparecen diferencias estadísticamente significativas entre las diferentes pruebas ToM realizadas por el grupo A y las personas con presbiacusia protetizadas (Grupo C) (*Figura 6*). Estos resultados estarían en consonancia con lo que hoy en día numerosos autores destacan en sus trabajos, en el sentido de que la presbiacusia no tratada no es tan solo un problema auditivo, sino que se trata de un problema que también afecta a la esfera socioafectiva del desarrollo humano (Borel, 2020; Manrique, 2021). En el caso particular del sarcasmo, donde se evalúa la comprensión de expresiones no literales, su comprensión se fundamentaría en gran medida en la percepción de pistas contenidas en los elementos prosódicos del habla del interlocutor. Justo es éste un aspecto paralingüístico difícil de percibir para cualquier persona con presbiacusia que no utilice prótesis auditiva. No obstante, también merece la pena destacar

que un acceso a la comunicación alterado por una presbiacusia sin tratar comporta una progresiva desconexión del entorno, un empobrecimiento de las relaciones sociales y, en suma, un deterioro de las condiciones de vida generalizado. Para mantener la ToM es necesario continuar manteniendo la experiencia del mundo social y de los múltiples escenarios en los que actúan las personas. Sin estas circunstancias, la capacidad para la mentalización se debe ver lógicamente afectada.

En el actual estudio se ha profundizado algo más en el control de las variables que podrían influir en estos resultados, como por ejemplo la cognición o la presencia de sintomatología depresiva.

Estos resultados refuerzan los que parte del equipo redactor de este trabajo obtuvieron en un primer estudio piloto (Valero-García *et al.*, 2021). En el actual estudio se ha profundizado algo más en el control de las variables que podrían influir en estos resultados, como por ejemplo la cognición o la presencia de sintomatología depresiva. Cabe destacar en este sentido que, si bien, ningún participante en el estudio presentó alteraciones en ninguno de estos dos ámbitos psíquicos, los registros obtenidos siempre suelen ser más favorables, y con diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,01$ y $p < 0,05$), para los grupos A (oyentes) y C (usuarios de audífonos). En consecuencia, vemos la hipótesis 2 confirmada, reforzando así las contribuciones de diferentes autores como Monfort-Huarte *et al.* (2016); Amieva y Ouhard (2020); Sarant *et al.* (2020) o Lassaletta *et al.* (2021), quienes destacan la importancia del uso de audífonos o de implantes cocleares para frenar el deterioro cognitivo, mejorar la calidad de vida de sus usuarios y, en definitiva, facilitar la inclusión de las personas con sordera en su entorno.

En lo referido a la hipótesis tercera [H3], el modelo estadístico sobre las variables que han mostrado una mayor incidencia en las puntuaciones ToM, para las personas que cursan presbiacusia, contempla la edad, la actividad social, la competencia verbal y el uso de audífonos. Es decir que sorprendentemente rechaza tanto la reserva cognitiva como la pérdida auditiva (*Figura 7*). Estos datos han sido ciertamente inesperados y, a su vez, esperanzadores. En definitiva, dan a entender que la pérdida auditiva en las personas mayores no influye decisivamente sobre la ToM, siempre y cuando se utilicen prótesis auditivas. El declive registrado en la muestra de adultos con presbia-

cusia estudiado se debería asociar más a los cambios de orden cognitivo -razonamiento verbal- y socioafectivo que se desprenden de esta circunstancia, ya que los resultados obtenidos por el grupo de personas protetizadas con audífonos inducen a pensar que el deterioro en sus habilidades ToM es mínimo en relación a sus pares oyentes.

En relación a la comprensión del sarcasmo, los resultados inducen a pensar que se trata de una habilidad mentalista donde tanto el nivel de formación académica como la capacidad de razonamiento verbal influyen de manera significativa. No obstante, continúa sin ser determinante la influencia de la pérdida auditiva por sí misma y sí, en cambio, el uso de prótesis auditivas. El sarcasmo se utiliza para transmitir un mensaje directa o indirectamente opuesto a lo que se dice literalmente. La comprensión del sarcasmo se sustenta en tres marcadores principales: la prosodia -claramente afectada con la presbiacusia-; el contexto y el léxico. Desde esta perspectiva los resultados del estudio se muestran coherentes y hacen hincapié en la idea de que no abordar la presbiacusia precozmente incapacita a las personas a comprender las verdaderas intenciones de los otros hablantes haciéndolos así más vulnerables a todo tipo de engaños.

6. CONCLUSIONES

Las puntuaciones medidas de las historias ToM observadas en este estudio nos ayudan a comprender el funcionamiento social de las personas con presbiacusia y, aunque los resultados en cada dominio son independientes, sí brindan información interesante sobre este constructo. Del estudio realizado se desprende que las personas con presbiacusia que utilizan audífonos presentan mejores resultados que las personas que no han sido protetizadas, siendo sus registros bastante equivalentes a los obteni-

dos por la muestra de personas mayores oyentes. La pérdida auditiva, por sí sola, no parece mantener una influencia decisiva en los resultados, y que se puede paliar con la utilización de audífonos. Mientras que otras variables como la edad, junto con la capacidad de razonamiento verbal, una mayor actividad social y la utilización de audífonos se han mostrado variables mucho más influyentes. Respecto a la comprensión de las historias con contenido sarcástico, la utilización de audífonos, la actividad social y el nivel educativo aparecen como las variables más decisivas.

Los audífonos, y por extensión las prótesis auditivas, en las personas mayores con presbiacusia no tan solo ayudan a percibir los sonidos con mayor precisión, sino que, además, facilitan una mayor conexión con el entorno e, indirectamente, preservan las habilidades ToM. Por lo que hace menos vulnerables socialmente a estas personas.

7. LIMITACIONES

Consideramos que aún se podría profundizar algo más en esta temática con el análisis más detallado de la calidad de la vida social de las personas que forman parte de la muestra, ya que es esta una variable fundamental para asegurar unos buenos registros en la ToM, y consideramos que ha estado insuficientemente contemplada en nuestro estudio.

Otro aspecto a considerar podría hacer referencia a la utilización de un mayor número de historias representativas de los dominios mentalistas contemplados: sarcasmo, falsa creencia, habilidades sociales y persuasión; con distintos niveles de inferencias requeridos. De esta manera, se podría disponer de una mejor aproximación al efecto que la presbiacusia -tratada o sin tratar- mantiene con cada uno de ellos.

8. REFERENCIAS

- Alexopoulos, G. S. *et al.* (2005). Executive dysfunction and the course of geriatric depression. *Biological Psychiatry*, 58(3), 204–10.
- Amieva, H. *et al.* (2018). Death, depression, disability, and dementia associated with self-reported hearing problems: a 25-year study. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 73(10), 1383–1389. <https://doi.org/10.1093/gerona/glx250>
- Amieva, H. y Ouvrard, C. (2020). Does Treating Hearing Loss in Older Adults Improve Cognitive Outcomes? A Review. *Journal of clinical medicine*, 9(3), 805. <https://doi.org/10.3390/jcm9030805>
- Guidelines for manual pure-tone threshold audiometry. (1978). *Asha*, 20(4), 297–301.
- Baron-Cohen, S. *et al.* (1999). A new test of social sensitivity: Detection of faux pas in normal children and children with Asperger syndrome. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 29, 407-418.
- Bureau International d'Audiophonologie. (1997) Clasificación audiométrica de las deficiencias auditivas. <https://www.biap.org/es/recommandations/recommandaciones/ct-02-clasificacion-de-las-deficiencias-auditivas/112-rec-02-01-es-clasificacion-audiometrica-de-las-deficiencias-auditivas/file>
- Birch, S. A. J. y Bloom, P. (2007). The Curse of Knowledge in Reasoning About False Beliefs. *Psychological Science*, 18(5), 382-386. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2007.01909.x>
- Borel, S. (2020). Communication, ressenti psychologique et qualité de vie. En S. Borel y J. Leybaert, (Eds.), *Surdités de l'enfant et de l'adulte. Orthophonie*. (pp. 223-231). De Boeck Supérieur.
- Croll, P. H. *et al.* (2020). Hearing Function and Brain Health in the Elderly: Interrelations and risk factors. The Rotterdam Study. *Hearing loss and cognitive decline in the general Dutch population: a prospective cohort study*. <https://doi.org/10.1007/s00415-020-10208-8>
- Duval, C. *et al.* (2011). La théorie de l'esprit : aspects conceptuels, évaluation et effets de l'âge. *Revue De Neuropsychologie*, 3(1), 41-41. <https://doi.org/10.3917/me.031.0041>
- Fischer, M. E. *et al.* (2011). Determinants of hearing aid acquisition in older adults. *American Journal of Public Health*, 101(8), 1449-55. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2010.300078>
- Gates, G. A. (2012). Central presbycusis : an emerging view. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery*, 147(1), 1-2. <https://doi.org/10.1177/0194599812446282>
- Goy, H. *et al.* (2018). Hearing aids benefit recognition of words in emotional speech but not emotion identification. *Trends in Hearing*, 22, 1-16. <https://doi.org/10.1177/2331216518801736>
- Happe, F. G. E., Winner, E. y Brownell, H. (1998). The getting of wisdom: theory of mind in old age. *Developmental Psychology*, 34(2), 358–362. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.34.2.358>
- Henry, J. D. *et al.* (2013). A meta-analytic review of age differences in theory of mind. *Psychology and Aging*, 28(3), 826-39. <https://doi.org/10.1037/a0030677>
- Hughes, C. y Leekam, S. (2004). What are the links between theory of mind and social relations? review, reflections and new directions for studies of typical and atypical development. *Social Development*, 13(4), 590-619. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9507.2004.00285.x>
- Humes, L., Pichora-Fuller, K. y Hickson, L. (2020). Functional consequences of impaired hearing in older adults and implications for intervention. In A. Popper, K. Helfer y R. Fay *et al.* (Eds.) *Aging and hearing, causes and consequences* (257-291). New York: Springer.
- IBM Corporation. (2019). IBM SPSS Statistics for Windows (Version 26.0) [Computer software].
- Lassaletta, L. *et al.* (2021). Implantes cocleares y función cognitiva en mayores de 55 años. *Revista FIAPAS*, 176.
- Li, X. *et al.* (2013). Aging of theory of mind: The influence of educational level and cognitive processing. *International Journal of Psychology*, 48, 715-727. <https://doi.org/10.1080/00207594.2012.673724>
- Lin, F. R. *et al.* (2011). Hearing loss and incident dementia. *Archives of neurology*, 68(2), 214-220. <https://doi.org/10.1001/archneurol.2010.362>
- Manrique, M. (2021). Documento sobre fragilidad y presbiacusia. En M. Manrique (Ed.), *Pérdida de audición relacionada con la edad: presbiacusia*, 4-6. GAES Comité Científico.
- Martínez de la Iglesia, J. *et al.* (2002). Versión española del Cuestionario Yesavage abreviado para el despistaje de la depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. *Medifam*, 12(10), 620-630.
- Manrique-Huarte, R. *et al.* (2016). Treatment for hearing loss among the elderly: auditory outcomes and impact on quality of life. *Audiology and Neurotology*, 21(1), 29-35. <https://doi.org/10.1159/000448352>
- World Health Organization. (2021). World report on hearing. *World Health Organization*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/339913>
- Pearlman-Avnion, S., Ron, N. y Ezekiel, S. (2018). Ageing and theory of mind abilities: the benefits of social interaction. *Educational Gerontology*, 44(5-6), 368-377. <https://doi.org/10.1080/03601277.2018.1480130>
- Pinkham, A. E. *et al.* (2017). The effect of age, race, and sex on social cognitive performance in individuals with schizophrenia. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 205(5), 346-352. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000654>
- Premack, D. y Woodruff, G. (1978). Does the chimpanzee have a theory of mind? *Behavioral and Brain Sciences*, 1(4), 515-526. <https://doi.org/10.1017/S0140525X00076512>
- Rami, L. *et al.* (2011). Cuestionario de reserva cognitiva. Valores obtenidos en población anciana sana y con enfermedad de Alzheimer. *Revista De Neurologia*, 52(4), 195-201. <https://doi.org/10.33588/m.5204.2010478>
- Sarant, J. *et al.* (2020). The effect of hearing aid use on cognition in older adults: can we delay decline or even improve cognitive function? *Journal of Clinical Medicine*, 9(1), 254. <https://doi.org/10.3390/jcm9010254>
- Shamay-Tsoory, S. G. y Aharon-Peretz, J. (2007). Dissociable prefrontal networks for cognitive and affective theory of mind: a lesion study. *Neuropsychologia*, 45(13), 3054-3067. <https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2007.05.021>
- Stietz, J. *et al.* (2021). The ageing of the social mind: replicating the preservation of socio-affective and the decline of socio-cognitive processes in old age. *Royal Society Open Science*, 8(8). <https://doi.org/10.1098/rsos.210641>
- Uchida, Y. *et al.* (2019). Age-related hearing loss and cognitive decline — the potential mechanisms linking the two. *Auris Nasus Larynx*, 46(1), 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.anl.2018.08.010>
- Valero-García, J., Iglesias, L. y Silvestre, N. (2021). Theory of Mind and its relation to presbycusis. A pilot study. *Speech, Language and Hearing*. <https://doi.org/10.1080/2050571X.2021.1927591>
- Wechsler, D. (2012). WAIS-IV: *escala de inteligencia de wechsler para adultos-IV*. Pearson Educación.

9. ANEXO

FIGURA 1: Historias mentalistas empleadas para evaluar la comprensión de la falsa creencia de 1er y de 2º orden. Ilustraciones realizadas por Edgar González.

Falsa creencia 1º orden	Violín (Birch y Bloom, 2007)  Ésta es Ana. Cuando acabó de tocar su violín, lo puso en la caja azul. Después se marchó a jugar con una amiga. Mientras Ana estaba jugando fuera, su hermana, Sonia, cambió el violín de caja y lo puso en la caja verde. Al cabo de un rato, Ana volvió a la habitación para practicar con su violín.
Falsa creencia 2º orden	Prisionero (Happé <i>et al.</i>, 1998) Durante la guerra, el ejército verde capturó a un miembro del ejército amarillo. Los del ejército verde querían que el prisionero les dijera dónde tenían los tanques. Sabían que éstos estaban cerca del mar o en las montañas. También sabían que el prisionero no querría decirlo y que haría todo lo posible para encubrir a sus compañeros; por tanto, seguramente les mentiría. El prisionero era muy listo y muy inteligente, y no deseaba que encontrasen sus tanques. Los tanques estaban realmente en las montañas. Cuando le preguntaron dónde estaban los tanques, él respondió: “En las montañas”.  Comerciantes Dos comerciantes se encuentran una mañana en la estación de tren de Barcelona. Ambos se dedican al mismo negocio y son competidores, de modo que se miran con suspicacia y uno pregunta al otro: -¿Dónde va usted de viaje hoy? -A Zaragoza -responde el otro con cautela-. -¿A Zaragoza, eh? -dice con escepticismo-. -Sé muy bien que usted me está diciendo esto para hacerme creer que en realidad va a Madrid. Pero por casualidad sé que usted va realmente a Zaragoza... Y tras una breve pausa, añade visiblemente enfadado: Entonces, diga: ¿por qué está tratando de engañarme? 

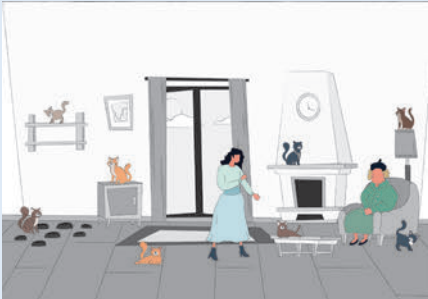
FIGURA 2: Historias mentalistas empleadas para evaluar la comprensión del sarcasmo.
Ilustraciones realizadas por Edgar González.

Sarcasmo	Oficina desordenada (Shamay-Tsoory y Aharon-Peretz 2007) Pedro fue al banco y, mientras se esperaba, buscó un lugar donde sentarse, pero todas las sillas estaban ocupadas por papeles y carpetas. Encima de la mesa había una montaña de cartas y de documentos desordenados. Pedro le dijo a un oficinista del banco: “Su oficina está muy ordenada”. 	Padre despistado (Shamay Tsoory y Aharon-Peretz 2007) El padre de Marcos había previsto ir a buscar a su hijo al club de ajedrez a las 6 de la tarde. Pero cuando se acordó de que tenía que ir a recogerlo, ya eran las 7. El padre encontró a su hijo cansado y asustado bajo la lluvia a. Cuando llegaron a casa, Marcos le explicó a su madre lo que había ocurrido. La madre miró a su marido le dijo: “¡Realmente, eres muy buen padre!” 
------------------------	---	--

FIGURA 3: Historias mentalistas empleadas para evaluar la comprensión de las habilidades sociales.
Ilustraciones realizadas por Edgar González.

Meteduras de pata (faux pass)	Profesora Ana llega al colegio muy preocupada porque le ha salido una cabeza en la cabeza y llorando le dice a la maestra: “me ha crecido una cabeza en la cabeza”. Y la maestra responde: “¡no se dice crecido, se dice crecido!”. 	Cortinas (Baron-Cohen, 1999) María se acaba de trasladar a un nuevo apartamento. Se ha comprado unas cortinas para el dormitorio. Cuando llega su mejor amiga a visitarla le dice “¿has visto qué cortinas más bonitas?”. A lo que su amiga responde: “Estas cortinas son horribles. Espero que te compres unas nuevas”. 
---	--	---

FIGURA 4: Historia mentalista empleada para evaluar la comprensión de la persuasión.
Ilustraciones realizadas por Edgar González.

Persuasión	Gatitos (Happé et al., 1998) An illustration of a living room. A woman in a light blue dress stands in the center, looking towards a man sitting in a green armchair on the right. The room is filled with cats: one on a shelf, one on a table, one on the floor, and others near the fireplace. A small dog is also visible near the man. The scene is set in a cozy, domestic environment with a fireplace, a clock, and a window in the background. A Marta le gustaban mucho los animales, de modo que se fue a visitar a la señora García que tenía muchos gatos. La señora García quería mucho a sus gatos y no deseaba hacerles ningún daño, pero como a duras penas los podía mantener pensó en venderlos. Cuando Marta visitó a la señora García no tenía intención de quedarse ningún gatito, porque en casa ya tenía un perro. Aun así, la señora García le dijo: “Si no te quedas ningún gatito los tendré que ahogar”.
-------------------	--



FIAPAS
CONFEDERACIÓN
ESPAÑOLA
DE FAMILIAS
DE PERSONAS SORDAS

Separata al No. 179 de la Revista FIAPAS.

Depósito Legal: M-26488-1988 © FIAPAS 2022



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE DERECHOS SOCIALES
Y AGENDA 2030

SECRETARÍA DE ESTADO
DE DERECHOS SOCIALES



AuralKids®

Elige el mejor plan de audición para tu hijo con todos los servicios incluidos

desde
25€*
al mes

*Incluye la adaptación de un audífono dentro de nuestro programa Aural Service Kids y descontando el importe de la ayuda ortoprotésica.

Ven a visitarnos y pregunta por nuestro programa **Aural Service Kids**.

- Financiación sin intereses a 4 años
- 4 años de garantía
- 4 años de pilas gratis
- Moldes gratis
- Seguro de rotura y robo
- Atención Aural
- Revisiones gratuitas
- Sesiones de logopedia junto con la adaptación en nuestros Centros Pediátricos Integrales

Pide una cita en:

www.auralcentrosauditivos.es

900 29 30 78

 **Aural**
CENTROS AUDITIVOS

Los nacidos con
sordera profunda
bilateral:
**¿qué factores
inciden en
su capacidad para
aprender
el lenguaje oral
post-implante?**



La edad de intervención y activación del implante es un factor muy relevante a la hora de valorar los niveles de adquisición del lenguaje post-implante, tal como se desprende de estudios en los que se compara el rendimiento en determinadas tareas de lenguaje dependiendo de la edad de implantación.

■ Laura Bosch

Profesora Titular en el Departamento de Cognición, Desarrollo y Psicología Educativa de la Universidad de Barcelona.

Investigadora del Instituto de Neurociencias de la Universidad de Barcelona (UBNeuro) y del Institut de Recerca Sant Joan de Déu. Coordinadora del grupo de investigación APAL (Atención, Percepción y Adquisición del Lenguaje).

laurabosch@ub.edu - www.ub.edu/apal

El implante coclear ha representado un avance muy importante para una gran mayoría de pacientes nacidos con sordera profunda bilateral, al permitir el acceso a la información sonora en general y al lenguaje oral en particular. Tras más de dos décadas de uso de esta tecnología para instaurar la audición, sigue siendo un reto poder predecir el éxito en el aprendizaje de la lengua oral y en el rendimiento escolar de los pacientes implantados. La variabilidad en los resultados está todavía presente, a pesar de los grandes avances tecnológicos en los implantes. Los factores responsables de esta diversidad son múltiples y complejos, de ahí las dificultades de predicción. En esta última década se han llevado a cabo estudios para tratar de explicar esta gran variabilidad en los resultados post-implante, desde posiciones que destacan el papel negativo de la ausencia de estimulación auditiva (destacando no sólo la privación sensorial, sino también la ausencia de exposición lingüística) en el primer año de vida que impediría el desarrollo de habilidades perceptivo-cognitivas fundamentales para el éxito posterior en el aprendizaje del lenguaje oral, hasta otras posiciones que sitúan en un primer término el papel del entorno y las particularidades de la interacción comunicativa que tiene lugar entre los padres oyentes y el niño/a con sordera profunda bilateral, especialmente en los primeros intercambios comunicativos antes del implante. Ambas posiciones convergen en destacar la importancia de la etapa pre-implante y, en este sentido, la edad de implantación cada vez se sitúa más cerca de los 12 meses, a diferencia de lo que ocurría en épocas anteriores.

Experiencias auditivas, comunicativas y lingüísticas precoces

Efectivamente, la edad de intervención y activación del implante es un factor muy relevante a la hora de valorar los niveles de adquisición del lenguaje post-implante, tal como se desprende de estudios en los que se compara el rendimiento en determinadas tareas de lenguaje dependiendo de la edad de implantación. Por ejemplo, una investigación sobre la capacidad para el aprendizaje de palabras nuevas mediante una tarea controlada de laboratorio mostró diferencias significativas entre pacientes implantados a los 12 meses comparados con un grupo equifuncionalmente implantado a los dos años (1). A diferencia de lo que ocurre en ámbito de la percepción del habla, las áreas de comprensión de vocabulario y aprendizaje gramatical (perceptivo y productivo) parecen ser las más afectadas cuando los implantes se realizan a partir de los dos años (2).

Pero, ¿por qué son tan importantes las experiencias auditivas, comunicativas y lingüísticas en el primer año de vida? Los denominados precursores del lenguaje son conductas y habilidades que se desarrollan gradualmente a lo largo de los primeros 12 meses fruto de la estimulación recibida, tanto a nivel de estímulos sonoros y de habla, como de los intercambios comunicativos que se producen en la interacción del bebé con el adulto. Estos precursores permiten la gradual transición hacia el lenguaje hablado que se producirá a lo largo del segundo año de vida. Dificultades en percibir estímulos sonoros o limitaciones en las interacciones comunicativas entre el bebé y el adulto, van a repercutir negativamente en sus aprendizajes.

Los precursores del lenguaje son conductas y habilidades que se desarrollan a lo largo de los primeros 12 meses fruto de la estimulación recibida y de los intercambios comunicativos en la interacción del bebé con el adulto

En el bebé oyente estas conductas precursoras en percepción y producción del habla están bien descritas (ver Figura 1, sobre el conocimiento gradual que el bebé adquiere acerca de las propiedades de la lengua del entorno). Pero, además, la función comunicativa y el valor referencial del lenguaje también se “descubren” a lo largo de este mismo periodo. Ello le va a permitir empezar a utilizar sonidos y palabras para comunicar deseos y necesidades, a la vez que potenciará el desarrollo del primer vocabulario, primero receptivo, más adelante productivo, con nuevas palabras asociadas a objetos y situaciones. Hacia el final del primer año, el bebé, aprendiz activo del lenguaje, va a prestar especial atención al habla y al lenguaje que se produce en contextos interactivos y de atención conjunta, como por ejemplo ante un libro de imágenes, e incluso pedirá, inicialmente mediante el gesto de señalar, que el adulto repita las palabras que denominan las imágenes compartidas (véase Figura 2; para acceder a vídeos sobre comunicación temprana en oyentes consultar la web de divulgación científica: <http://antesprimeraspalabras.upf.edu/>).

Dentro de la atención conjunta, hay una conducta precursora, relevante para el aprendizaje del lenguaje, que es la capacidad de seguir la mirada del adulto, cuando éste señala simplemente con su mirada un elemento del entorno, en una localización específica,

Percepción del habla: progresión en el primer año de vida

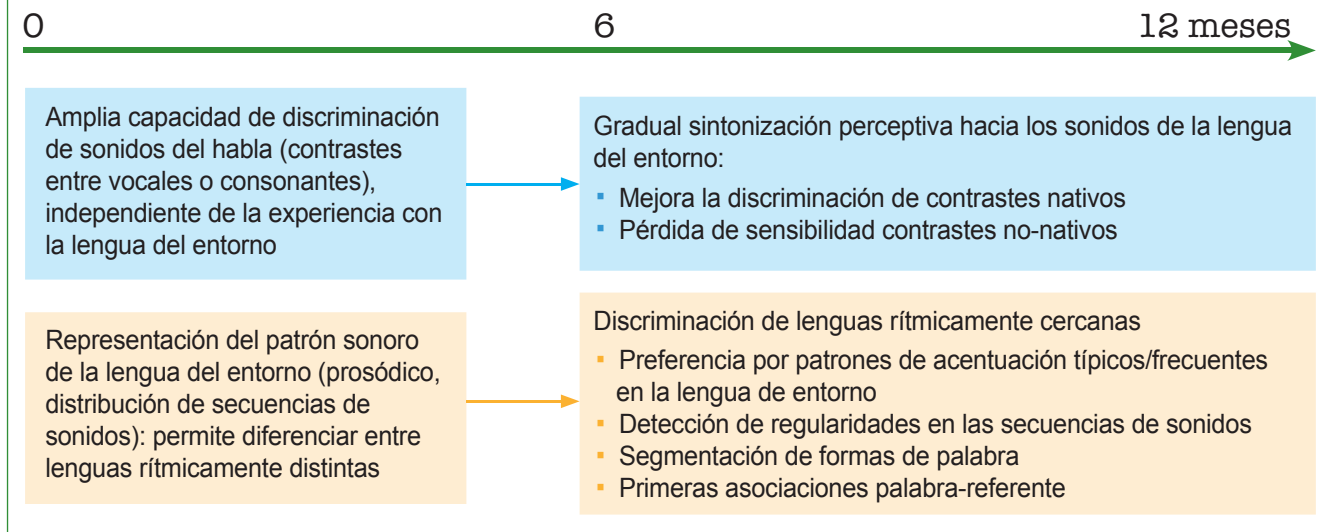


Figura 1. La percepción del habla en el primer año de vida: progresos que tienen lugar antes de la producción de las primeras palabras en el bebé oyente.

para centrar la atención del bebé en este elemento y a partir de ahí establecer esta situación privilegiada de atención compartida, en la que el lenguaje quedará englobado y el bebé podrá más fácilmente establecer la conexión entre palabra y referente verbal. El desarrollo de la conducta de seguimiento de la mirada se puede explorar de forma controlada en el laboratorio con técnicas de *eye-tracking* (ver Figura 3) y así poder identificar posibles diferencias entre grupos (sordos pre-implante y oyentes) que puedan luego correlacionar con resultados posteriores en el aprendizaje del lenguaje. De forma natural, en estos contextos en los que se busca la atención conjunta con el niño, una vez conseguida, los adultos oyentes suelen utilizar formas de habla adaptadas para poder ser fácilmente procesadas por el bebé, lo que a menudo se ha denominado “*maternés*” (o “*paternés*”), es decir, producciones breves, exageradas en su prosodia, algo más lentas y repetitivas, aunque con pequeños cambios, que indudablemente favorecen los procesos de identificación de estas unidades básicas, tan importantes en los inicios del lenguaje: las palabras que van asociadas a un referente.

La gran mayoría de estos progresos perceptivo-comunicativos, que son indiscutiblemente significativos para el aprendizaje posterior del lenguaje, no están fácilmente al alcance del bebé con déficit auditivo severo en la etapa pre-implante (3) y deben ser adquiri-



Figura 2. Las situaciones de interacción a tres bandas (adulto-niño-objeto) favorecen la atención conjunta y la posibilidad de aprender el nombre de objetos que están en el foco de atención del bebé y que el adulto puede nombrar de forma clara e inequívoca.

dos en un momento más tardío y en unas circunstancias distintas de las que son habituales para el bebé que nace sin dificultades de audición. El estudio de los procesos que tienen lugar post-implante, su curso temporal y su relación con determinadas variables pre-implante, como pueden ser las formas previas de comunicación (oral o signada), la audición residual previa o la edad de implantación, entre otras, requieren todavía mucha más investigación para poder llegar a comprender mejor y explicar la variabilidad que se observa en estos pacientes.

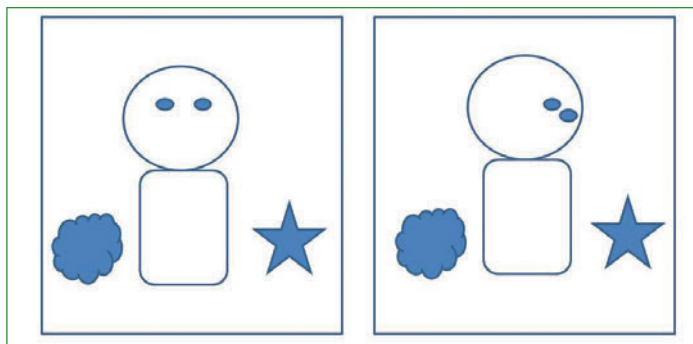


Figura 3. Representación esquemática de imágenes para una tarea de seguimiento de la mirada. Ésta se inicia con un adulto estableciendo contacto visual con el niño y continúa con un movimiento de la mirada hacia uno de los objetos situados lateralmente. Los registros obtenidos mediante el uso de aparatos de seguimiento ocular (*eye-tracking*) permiten obtener medidas fiables sobre la capacidad del bebé para “entender” la señalización que hace el adulto, la exploración visual del objeto señalado y los cambios atencionales que se producen en este proceso.

Factores moduladores del lenguaje

Aún en el mejor escenario, cuando el implante tiene lugar en torno a, o incluso antes, de los 12 meses, el aprendizaje post-implante no siempre alcanza un resultado óptimo y el rango de variabilidad sigue sin poder ser totalmente explicado. El investigador estadounidense experto en audición y lenguaje en la infancia, D.M. Houston y su grupo publicaron recientemente un amplio estudio con medidas realizadas en cuatro momentos temporales, desde un mes post-implante, hasta los 18 meses post-implante en una tarea muy simple de atención preferente al lenguaje, junto con datos de un seguimiento más amplio longitudinal de 10 años (4). La aportación es interesante pues revela que la atención hacia el lenguaje oral está todavía muy poco desarrollada tras el implante, aunque posteriormente se equipara a la observada en normo-oyentes de la misma edad. Sin embargo, el dato destacable es la conexión entre la atención hacia el lenguaje a los 3-6 meses post implante en esta simple tarea y el rendimiento en percepción del habla y discriminación fonológica posterior. En su trabajo más reciente, desarrolla un modelo para tratar de comprender las variables que alteran o modulan la relación entre la estimulación lingüística recibida (el *input global* de lenguaje oral) y los resultados obtenidos post-implante (6). En este modelo (TAAC, del inglés *Total language directed to implanted children that is Accessible, Attended to and Coordinated*), destaca el papel modulador que determinados factores parecen tener sobre el aprendizaje del lenguaje, más allá de la cantidad global de estimulación recibida (que podría llegar ser comparable a la recibida por un niño oyente). Así, el autor sugiere tener en cuenta aspectos de naturaleza algo más cualitativa: input que realmente

puede ser procesado (accesible mediante el implante), input recibido cuando el niño está prestando atención y finalmente input ajustado al nivel de desarrollo alcanzado por el niño. A medida que se avanza en cada uno de estos niveles, las diferencias entre niños implantados y oyentes aumentan, de manera que se podrían identificar factores desajustados para tratar de mejorarlos en las intervenciones y en las orientaciones que se dan a las familias de estos pacientes.

Actualmente y en colaboración con la unidad de ORL e Implantes Cocleares del Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona, así como la unidad de Neuroradiología y la de Psicología del mismo hospital, nuestro grupo de investigación (APAL, UBNeuro) está trabajando con una muestra de pacientes con sordera profunda neurossensorial bilateral, tomando medidas de desarrollo, así como de ejecución en determinadas habilidades relacionadas con el lenguaje en la etapa pre-implante (atención a la cara de un hablante, seguimiento de la mirada de un adulto) y capacidades de aprendizaje de palabras 24 meses post-implante, utilizando distintas tareas de laboratorio junto a cuestionarios que cumplan las familias y exploración del desarrollo cognitivo y lingüístico alcanzado. El proyecto está en curso todavía, pero esperamos que pueda ofrecer datos de interés en la línea de encontrar indicadores tempranos que permitan explicar una parte importante de la variabilidad que ya estamos observando en las tareas de aprendizaje léxico post-implante. 

REFERENCIAS

- (1) Houston, D. M. *et al.* (2012). Word learning in deaf children with cochlear implants: Effects of early auditory experience. *Developmental Science*, 15(3), 448-461.
- (2) Caselli, M. C. *et al.* (2012). Cochlear implant in the second year of life: Lexical and grammatical outcomes. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 55, 382-394.
- (3) Levine, D. *et al.* (2016). Language development in the first year of life: What deaf children might be missing before cochlear implantation. *Otology & Neurotology*, 37(2), e56-e62.
- (4) Wang, Y., Shafto, C. L., y Houston, D. M. (2018). Attention to speech and spoken language development in deaf children with cochlear implants: A 10-year longitudinal study. *Developmental science*, 21(6), e12677.
- (6) Houston, D. M. (2022). A framework for understanding the relation between spoken language input and outcomes for children with cochlear implants. *Child Development Perspectives*. <https://doi.org/10.1111/cdep.12443>

Acoso escolar y discapacidad

El presente artículo ofrece una reflexión y algunas ideas para provocar cambios que contribuyan a transformar el entorno educativo, reduciendo barreras y haciendo de la inclusión y la aceptación de la diversidad un instrumento de crecimiento social. Pero el cambio no vendrá solo, por lo que se hace necesario generar iniciativas y movilizar recursos orientados a esta transformación.

■ Por Carmen Jáudenes Casaubón, directora de FIAPAS

La escuela no solo no es ajena a la sociedad, sino que es un reflejo de ésta, con sus luces y sombras. Es además entorno propicio para la generación de cambios y transformaciones sociales.

Centros educativos. Espacios seguros

Es fundamental por ello que los centros educativos sean espacios seguros donde se reconozcan, desde su gestación, actitudes o conductas de discriminación, que pueden derivar en situaciones de intolerancia, rechazo, exclusión, acoso o violencia/abuso, que si no se corrigen inicialmente pueden ocasionar una cadena ascendente de la mismas. Situaciones que podrán darse tanto (o más) en actividades menos es-

tructuradas: recreo, comedor, actividades extraescolares, tiempos de ocio ..., como en el desarrollo de las actividades estructuradas.

La exclusión o la falta de participación del alumnado con discapacidad en esos momentos y en actividades menos estructuradas puede ser precisamente un primer signo de alerta de riesgo. No es preciso que su-

Hay que combatir el acoso en el primer eslabón de la cadena que se sucede desde el rechazo al abuso, identificando las señales y situaciones de alerta para prevenir dichas situaciones



Teléfono de atención a víctimas de acoso escolar

En 2016, el entonces Ministerio de Educación, Cultura y Deporte puso en marcha un servicio telefónico para la atención y denuncia de los casos de acoso escolar, a disposición del alumnado, familias y docentes.

El **servicio 900 018 018** se presta durante 24 horas, todos los días del año, y es atendido por psicólogos especializados, apoyados por el Departamento Jurídico y Social. En la actualidad, y desde 2018, lo gestiona la Fundación ANAR.

La llamada es gratuita, y no aparece en la factura del teléfono desde el que se haga la llamada.

Este servicio incorpora, además, en la web, un **chat como vía de comunicación en tiempo real y accesible**, disponible para personas con discapacidad auditiva y personas con alteraciones del habla.

ceda una agresión directa para que se active la alerta, bien para prevenir, bien para actuar y corregirla.

Con objeto de poder abordar las actuaciones precisas para atajar y erradicar situaciones de rechazo acoso y/o violencia, además de tener en cuenta las circunstancias personales y el contexto individual de la víctima en cada caso, hay que hacer una valoración sobre el entorno social en que aquellas se producen. En el caso del alumnado con discapacidad, debemos tener en cuenta que, a pesar de todo lo avanzado, la sociedad mantiene en muchos casos diversos prejuicios y una visión estereotipada. Los niños y jóvenes no son ajenos a este imaginario social, que muchos podrán haber escuchado y vivenciado en sus casas y entornos próximos. En consecuencia, a la escuela trasladan esa misma vivencia familiar y/o social, que equivocadamente perciben como justificación a sus actitudes discriminatorias o violentas.

La vivencia de las barreras existentes (físicas, comunicativas, mentales, cognitivas, de aprendizaje...) por parte del propio alumnado con discapacidad, tanto en el entorno social como en el propio centro educativo, no contribuye a una mejor situación de este alumnado frente a circunstancias externas de exclusión, acoso o agresión, pues de partida su situación es de mayor vulnerabilidad y desconocimiento para identificar y actuar ante posibles contextos de violencia o abuso.

En definitiva, el acoso o la violencia que se origina en el entorno escolar puede surgir tanto de una “vulnerabilidad” que se genera en la relación con el

entorno o de la propia situación personal, que el acosador o acosadora identifica en su víctima.

Esta percepción desencadena diversos tipos de violencia: física, sexual, verbal (insultos y amenazas), psicológica (actitudes de rechazo y exclusión, divulgación de falsos bulos y rumores), hurtos, etc. Sin olvidarnos del ciberacoso... Estos hechos sostenidos en el tiempo provocan en la víctima descenso de la autoestima, inseguridad, miedos, somatizaciones, ansiedad y depresión, lo que a su vez añade más vulnerabilidad y más elementos de exclusión. Una situación bucle, ya que afecta a la inclusión y al aprovechamiento de los aprendizajes, lo que puede también sumar nuevos elementos de exclusión.

El origen del rechazo, en ocasiones, nace del desconocimiento. De la ignorancia en muchos casos. Por ello, éste debería ser el primer objetivo por batir. De ahí la importancia de la formación y la sensibilización del conjunto de la comunidad educativa: profesorado, personal del centro, familias, compañeros...

En relación con lo antedicho y otras cuestiones de interés en esta materia, el Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad-CERMI publicó, en formato electrónico, la “Guía para prevenir el acoso escolar por razón de discapacidad”*

* García Porras, D. (2017). *Guía para prevenir el acoso escolar por razón de discapacidad*. Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad.

https://www.observatoriodelainfancia.es/ficherosoia/documentos/5434_d_GuiaAcoso_0.pdf.

Algunas ideas para provocar cambios

La buena noticia es que la sociedad (y, por reflejo, la escuela) puede transformarse y transformar el entorno de las personas con discapacidad reduciendo barreras (legales, de accesibilidad, etc.) y haciendo de la inclusión y de la aceptación de la diversidad una forma de crecimiento social.

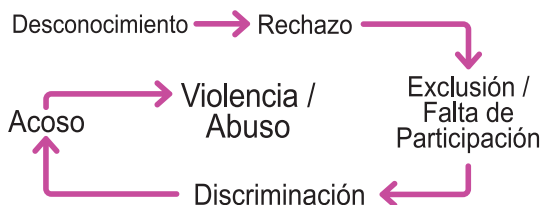
Pero el cambio no vendrá solo. Se hace necesario promover iniciativas y movilizar recursos que habrán de orientarse, entre otros, a los siguientes fines.

Generar una imagen positiva de sí mismo en el niño/a y el adolescente con discapacidad

- Es importante proporcionar a los niños/as con discapacidad (como a cualquier otro niño/a) una óptima autoimagen, herramientas cognitivas y emocionales para reconocer su propia identidad y favorecer una aceptación y una percepción positiva de sí mismo, elevando su autoestima.

Combatir en el primer eslabón de la cadena del rechazo al abuso

- Identificar las situaciones de alerta y romper la cadena



- Campañas de sensibilización y toma de conciencia. No puntuales, sino continuadas y generalizadas.

Promover recursos orientados a:

- Informar y formar al alumnado.
Incorporar actividades colaborativas y cooperativas, que impliquen el conocimiento entre los alumnos, la solidaridad y el sentido de pertenencia al grupo. Organizar redes de apoyo mutuo entre los grupos de iguales.
Acercar el conocimiento de los recursos de apoyo, acompañamiento y denuncia existentes.
- Formar a docentes sobre prevención, identificación de señales de alerta, metodologías para la convivencia. Así como al resto de profesionales y personal del centro, para actuar en prevención ante cualquier indicio o señal de alerta.

- Informar y formar a las familias.
Por un lado, las familias tienen que sentirse apoyadas y aprender cómo actuar cuando su hijo/a es la víctima.
Por otro, no debe pasarse por alto la otra cara de esta situación: cuándo el hijo/a es el acosador/a... Estas familias también deben ser asistidas, pues en buena parte depende de ellas la reconducción en la actitud y comportamiento del acosador/a.
- Formar, según discapacidad, a quienes atienden los servicios de apoyo y asistencia a víctimas.
- Generar planes de prevención en los centros educativos y recursos para su puesta en marcha.

Atender, apoyar y recuperar a las víctimas

- Recursos de atención y apoyo accesibles (por ej., teléfono de acoso).
- Programas de atención y recuperación para las víctimas con discapacidad, con profesionales y recursos de apoyo especializados.
- Contar con las organizaciones representativas de la discapacidad.

Implementar canales de atención y de denuncia fácilmente identificables

- Protocolos sencillos.
- Canales y pasos fácilmente identificables. Teniendo en cuenta tanto la forma de informar, como que los canales y los soportes de comunicación usados sean accesibles para el alumnado con discapacidad, así como para las familias con progenitores con discapacidad.

Atender a nuevas formas y espacios de convivencia en los que también se puede generar exclusión y acoso

- Identificar y actuar frente a nuevas formas y espacios de acoso: ciberacoso.
- Generar programas de fomento del buen uso de internet y las redes sociales para el alumnado y para sus familias.
- Tener en cuenta que el rechazo o la exclusión de la participación en redes, videoconferencias, etc. no siempre viene dado por las personas, sino en primera instancia por los soportes inaccesibles, que disuaden o impiden que el alumnado con discapacidad participe.

Tener presente que el alumnado con discapacidad es parte del Sistema Educativo

- Al alumnado con discapacidad, como al conjunto del alumnado, le afecta lo bueno y lo malo del sistema... No todo lo que le afecta o sucede se explica o se justifica por la discapacidad, ni la discapacidad puede usarse como explicación o excusa para no actuar.

- Las Administraciones Educativas deben acercarse en sus análisis, estudios y recogida de datos de forma diferenciada a la situación del alumnado con discapacidad: No puede hacerse un buen diagnóstico sin datos... No puede haber prevención, sin conocimiento de posibles causas ni diagnóstico.
- Contar con el movimiento asociativo de la discapacidad y sus familias.

Situaciones de rechazo o acoso alumnado con sordera Estudio FIAPAS 2017-2018 (793 casos 1-26 años edad)¹

ACEPTACIÓN

La aceptación de los compañeros ante la discapacidad es elevada: **el 81% del total de la muestra (n= 793) así lo manifiesta, señalando falta de sensibilidad o aceptación un 8% de los casos.**

ENTRE LOS MENORES DE 6 AÑOS la aceptación se manifiesta positiva y, sobre todo, se manifiesta así en los casos ENTRE 7-11 AÑOS. Un 90% de estos últimos declaran ser bien aceptados.

A PARTIR DE LOS 14 AÑOS DECRECE LA SENSIBILIZACIÓN Y ACEPTACIÓN, siendo positiva en el 72% de los casos entre los 15-17 años y en el 77% entre los 18-26 años.

RECHAZO/ACOSO

Un 19% del total de la muestra (n= 793) manifiesta haber tenido alguna situación de acoso o rechazo por razón de su discapacidad.

SEGÚN EDAD

Un 26% de los **menores entre 12-17 años** (n= 155) y un 34% de los **jóvenes entre 18-26 años** (n= 182) son los grupos que porcentualmente declaran más situaciones de acoso o rechazo por causa de la discapacidad.

SEGÚN USO PRÓTESIS

En el grupo de **usuarios de dos audífonos** (n= 279) es en el que se identifica un mayor porcentaje de casos (21%) que dicen haber sido alguna vez acosados/rechazados por compañeros. El menor porcentaje (14%) se encuentra entre los usuarios de **dos implantes cocleares**.

SEGÚN LA LENGUA DE COMUNICACIÓN

Dentro de la muestra entre quienes comunican en **lengua oral** (n= 710) y en **lengua de signos** (n= 67), el porcentaje de acoso/rechazo es muy similar, 19% y 20%, respectivamente.

OTRAS VARIABLES

El porcentaje de rechazo manifestado por el grupo con **sorderas postlocutivas** (n= 87) es muy superior al que se da en los casos de **sorderas prelocutivas** (n= 634), siendo un 30% y un 18%, respectivamente. 

¹ FIAPAS (Jáudenes, C. dir.) (2019): *Estudio Sociológico FIAPAS. Situación socioeducativa de las personas con sordera en España (2017/2018)*. Madrid: Confederación Española de Familias de Personas Sordas-FIAPAS.

NEREA GARMENDIA

actriz y presentadora

“Nunca olvidaré todo lo que oí en el instante que me pusieron audífonos. Creo que jamás lo había oído antes”

■ Por Equipo Técnico FIAPAS.

Con más de dos décadas de experiencia en televisión, cine y teatro, Nerea Garmendia, usuaria de audífonos desde hace un año, protagonizó la Campaña ‘Que Lo Escuche Todo El Mundo’ 2022.

Cuéntanos cómo comenzó tu sordera... ¿Qué pasos diste hasta llevar audífonos? ¿Cómo recuerdas ese cambio?

No soy consciente del día exacto en el que me quedé sorda. Tampoco sabemos a ciencia cierta si fue de un día para otro o fue gradual. Lo que recuerdo es que en una revisión me dijeron que no oía bien y no le di importancia porque el propio médico no me dijo que fuera a revisarme los oídos por si necesitaba audífo-

nos. Años más tarde cambié de audiólogo y me dijo que me los pusiera. Pero esa primera vez no le oí, por eso tardé más tiempo en ponérmelos. Parece un chiste, pero es así. Me los puse el día de Reyes de 2022, no lo olvidaré nunca. Al igual que nunca olvidaré todo lo que oí en ese instante que creo que jamás había oído antes. Fui al parque y oía los pájaros, los oía tan cerca que me parecía que se me iban a meter en el oído... Fue maravilloso.

¿Qué dificultades encuentras en tu día a día?

Cada día oigo la mitad de lo que dice la gente. Los audífonos han mejorado mi calidad de vida, pero no entiendo el cien por cien de las conversaciones. Hay muchas cosas que me pierdo que nunca sabré. Además, tengo que lidiar con las personas que no me conocen y no saben de mi pérdida auditiva y tengo que pedirles que me repitan las cosas. Afortunadamente, mi gente tiene paciencia y saben que tienen que hablar más despacio y repetirme las cosas varias veces.

¿En alguna ocasión has vivido situaciones en las que no has tenido acceso a la información en las mismas condiciones que el resto de las personas por el hecho de tener una discapacidad auditiva?

Antes de ponerme los audífonos, cuando llegaba a un proyecto nuevo tenía que comentar al director y a mis compañeros que no oía bien por si decían algo importante y no lo oía, para que supieran que, si no contestaba, era porque quizás no lo había oído.

Hay mucha desinformación con este tema y no me tomaban en serio cuando decía que estaba sorda. Como mi sordera no es total, sino parcial, pensaban que era “una forma de hablar”, pero que oía “lo suficiente” como para seguir con la conversación y no poner remedio. Ahora con los audífonos, la situación ha cambiado y cuando digo que los llevo también toman más conciencia de que tengo discapacidad auditiva y empatizan conmigo.

¿Qué te llevó a participar en la campaña Que Lo Escuche Todo el Mundo? ¿Qué es lo que más te ha gustado de esta experiencia?

Lo que me llevó a participar en esta Campaña es la oportunidad de poder contar en primera persona las dificultades que tenemos las personas sordas en la sociedad. En este caso, en situaciones de emergencia. En mi día a día compruebo que la sociedad no está concienciada ni preparada para responder a las necesidades que tenemos las personas sordas, así que, cuando me propusieron formar parte de esta Campaña, no lo dudé ni un segundo, al contrario, fue maravilloso formar parte de una iniciativa tan necesaria.

Me ha encantado conocer a personas que hacen, que hacéis nuestro mundo mejor. Gracias a FIAPAS. Gracias Fundación ONCE. Gracias a la UME...

Como persona con sordera, ¿cuál es la mayor barrera/as a la que te enfrentas o qué echas en falta en cuanto a accesibilidad y/o inclusión?

Entender las conversaciones. Tanto en directo como por teléfono o en la televisión o en la radio. Ahora con los

audífonos lo llevo mucho mejor pero, cuando no sabía que llevarlos mejoraría mi calidad de vida, me descubría leyendo los labios para poder entender una conversación. Con la pandemia y el uso de mascarillas lo hemos pasado muy mal porque, por un lado, el llevar mascarilla no te permitía leer los labios y, por otro lado, los decibelios disminuyen.

También echo de menos la subtítulos en lugares públicos donde el sonido es más difícil de percibir. Sería maravilloso que hubiera subtítulos y otros dispositivos de apoyo a la audición.



¿Qué mensaje trasladarías a la sociedad española para que empatee con la población con sordera?

Si una persona les dice que está sorda, que lo tengan en cuenta y le pregunten cómo pueden ayudarle. A veces, simplemente con hablar más despacio podemos seguir la conversación. Sería maravilloso conseguir que la sordera no esté estigmatizada. Seguramente la gente cuidaría más su salud auditiva y las personas sordas estaríamos más integradas en la sociedad. Las personas sordas podemos llevar una vida normal, pero necesitamos más facilidades en el acceso al ocio, la cultura, a la educación...

¿Cómo valoras el trabajo de FIAPAS en relación con la defensa de los derechos de las personas con sordera y sus familias?

Absolutamente necesario. Gracias a FIAPAS las personas sordas y las familias estamos informadas y cuidadas. Y gracias a FIAPAS también se está consiguiendo educar o sensibilizar a la sociedad para que sepan cómo actuar cuando hay una persona sorda alrededor. 

“

Teniendo la ventaja de haber sido oyente en el pasado y la suerte de poder llevar un implante coclear en el presente, puedo afirmar que el sistema utilizado en términos médico-científicos es muy bueno y efectivo.



Lo primero que pensé al quedarme sordo fue **cómo iba a seguir siendo útil como padre a mis hijos**”

■ Por Xisco Cercadillo

17 de octubre de 2017

¡Una fecha que difícilmente olvidaré!

Como cualquier martes, me encontraba en mi puesto de trabajo como comercial de una conocida marca de coches y, en aquel momento, mientras sonaba el hilo musical en el concesionario, había conmigo unas veinte personas entre clientes y compañeros de trabajo.

Sin previo aviso, de repente empecé a notar un dolor muy fuerte de cabeza y una presión anormal en los oídos. En cuestión de segundos dejé de escuchar todo lo que ocurría a mi alrededor y sintiendo una angustia inexplicable, la única solución fue acudir al hospital. Allí me ingresaron y me hicieron pruebas de todo tipo, sobre todo para descartar que la sordera súbita no estuviese producida por algún otro problema interno. Tras descartar esta posibilidad, me diagnosticaron definitivamente una sordera bilateral profunda irreversible.

En un primer momento, lo primero que pensé no fue en mí, sino en cómo iba a hacer los deberes con mi hija y cómo iba a seguir siendo útil como padre a mis hijos. Ya en segunda instancia, sí que pensé que tenía que superar esa situación como fuera y que debía seguir adelante por mí y por los demás. En la primera etapa de mi sordera perdí algunos amigos y conocidos, que me imagino se incomodaron o les violentaba el hecho de verme así y, posteriormente, perdí también mi trabajo. Pero siempre tuve el apoyo de mi familia, mis amigos incondicionales y profesionales que me ayudaron a superar ese difícil trance.

Después de más de dos meses de absoluto silencio, me operaron y pusieron un implante coclear en el oído izquierdo. Los médicos decidieron intervenir ese lado porque estaba en mejor disposición para sacar el máximo rendimiento al implante. La opera-

ción fue rápida e indolora, quizá mi percepción estaba algo distorsionada por la ilusión que generaba en mí la esperanza de volver a escuchar en poco tiempo... ¡No os podéis imaginar mis ansias por recuperar ese sentido que había perdido en unos pocos segundos!

Sin embargo, una vez realizada la operación, tuve también un cierto miedo y preocupación porque todo hubiera ido bien. Era mi última esperanza, ya que, si no funcionaba esta técnica, no existían más opciones para volver a escuchar.

Al mes de la operación fuimos de nuevo al hospital, donde se me conectó el procesador y ¡Funcionó! En ese momento se me llenaron los ojos de lágrimas, empecé a escuchar y a sentir nuevamente lo que sucedía a mi alrededor... ¡Fue sensacional, maravilloso e inexplicable! Aunque la audición no era exactamente como la recordaba. Los programadores fueron escalonadamente aumentando las posibilidades del procesador, en términos de volumen y parámetros auditivos, para que la adaptación y rendimiento fuesen mayores. Se me recomendó acudir a servicios de logopedia y, concretamente, la Fundación ASPAS-Mallorca fue el lugar en el que un conjunto de profesionales y, en especial, mi logopeda Cati Balaguer, me ayudaron y consiguieron que mi adaptación y rendimiento llegase a ser el máximo posible.

“Queda un largo camino de acciones a realizar para mejorar nuestras vidas”

Mi agradecimiento a esta Fundación y sus profesionales es y será siempre incondicional. Hoy por hoy, teniendo la ventaja de haber sido oírte en el pasado y la suerte de poder llevar un implante colear en el presente, puedo afirmar que el sistema utilizado en términos médico-científicos es milagroso, muy bueno y efectivo; en situaciones propicias para la escucha como lugares de silencio, lejos del ruido o de personas hablando simultáneamente, la escucha, concretamente la del habla, se aproxima a una audición natural. Eso sí, echo en falta un mejor funcionamiento de la audición musical y una mayor discriminación en ambientes de ruido o lugares de muchos sonidos simultáneos.

ASPAS-Mallorca es miembro de FIAPAS, la Confederación Española de Familias de Personas Sordas, que me ofreció la oportunidad de participar este año en la campaña ‘Que Lo Escuche Todo El Mundo’. Para mí ha sido un verdadero placer y un honor haber con-



Imagen de la campaña ‘Que lo escuche todo el mundo’.

tribuido, en la medida de lo posible, a dar a conocer cuáles son las limitaciones de las personas con sordera ante las situaciones que vivimos y, en concreto, situaciones de emergencia que necesitamos conocer igual que el resto de la sociedad. Esta Campaña es igualmente importante para que organismos, instituciones, científicos, cuerpos de seguridad y profesionales en general sigan trabajando e implementando sistemas para el acceso a la información en situaciones de riesgo o emergencia y así podamos afrontarlas con las máximas posibilidades y con mayor seguridad para nosotros y terceras personas.

Queda un largo camino de acciones a realizar para mejorar nuestras vidas, por ejemplo, que teatros, cines y centros de cultura en general dispongan de bucles magnéticos sin excepción; que el personal que nos atiende sepa cuáles son nuestras necesidades y limitaciones en general, desde la cola para comprar una entrada y la salida del evento hasta una situación de emergencia que pueda suceder durante dicho evento; que testigos acústicos vayan siempre acompañados de luminosos para que, ante la falta de información puntual, podamos acceder a ella con información adicional. En definitiva, que cada vez que se construya o modifique un sistema nuevo se haga teniendo en cuenta que va a ser utilizado por personas con limitaciones y acondicionarlos con todos los medios posibles, para que en un futuro cercano podamos vivir mejor y más parecidos a las personas sin discapacidades.

Para que aquellas organizaciones que tanto nos ayudan, como FIAPAS, ASPAS, etc., lo sigan haciendo activamente, es necesario que se les dote de medios suficientes y que escuchen a sus profesionales qué necesidades tienen para poder hacer su trabajo cada día mejor aportando nuevas soluciones y, en definitiva, sigamos mejorando con el conocimiento... ¡Nos queda trabajo por hacer! 



NIÑOS, niñas y adolescentes con sordera reclaman sus derechos y demandas para alcanzar su inclusión en todos los ámbitos

En el marco de la Estrategia de Participación de Infancia y Adolescencia de FIAPAS, niños, niñas y adolescentes con discapacidad auditiva del Movimiento Asociativo de Familias-FIAPAS han reclamado los derechos y demandas que quieren que sus portavoces en foros y plataformas trasladen a administraciones e instituciones para alcanzar su inclusión en todos los ámbitos.

Entre las peticiones de estos niños, niñas y adolescentes con sordera, destacan:

- Participar en las decisiones que les afectan
- Aprender y jugar en igualdad de condiciones que los demás niños y niñas
- Ser independientes
- Sentirse capaces

Todo ello teniendo a su alcance recursos y productos de apoyo como sistemas de frecuencia modulada, subtitulado, bucle magnético (para usuarios de audífonos e implantes

auditivos) o intérprete en lengua de signos (para los que comuniquen en esta lengua). Y contando, asimismo, con profesionales formados en las necesidades de las personas con discapacidad auditiva.

Red de Infancia y Adolescencia FIAPAS

Dentro de la **Estrategia de Participación de Infancia y Adolescencia de FIAPAS** (https://bit.ly/estrategia_infancia_adolescencia_fiapas), se han promovido a lo largo del año acciones participativas y colaborativas, fomentando en las asociaciones locales espacios de intercambio de información, de conocimiento y reflexión para estos menores con sordera. Además, en representación de la Red de Infancia y Adolescencia de FIAPAS, tres adolescentes han participado en foros y plataformas de ámbito nacional, como el **Consejo Estatal de Infancia y Adolescencia**, donde FIAPAS cuenta con un vocal, y en la **Plataforma de Organizaciones de Infancia de España**, donde intervienen dos jóvenes representantes de FIAPAS.

La regulación prevista para el acceso al número de emergencias 112 contempla las necesidades de las personas sordas

Una vez conocido el texto del Proyecto de Ley en materia de requisitos de accesibilidad de determinados productos y servicios, FIAPAS ha mostrado su satisfacción con la propuesta de regulación del número de emergencias 112 incluida en el mismo, ya que da respuesta a una reivindicación histórica del Movimiento Asociativo de Familias de personas sordas de FIAPAS y, casi en su textualidad, a una de las enmiendas que la Confederación Española de Familias de Personas Sordas presentó en el trámite de Audiencia Pública previa.

El Movimiento Asociativo de Familias-FIAPAS confía en que, durante su tramitación parlamentaria, no se produzca ningún retroceso u omisión entre las previsiones que debe contener este Proyecto de Ley y que la respuesta a la demanda planteada durante tantos años, finalmente, sea una realidad, de manera que se ofrezca el acceso a los servicios de emergencia con las medidas adecuadas para garantizar que, en sus desplazamientos dentro de España entre Comunidades, las personas con sordera puedan acceder a este servicio en igualdad de condiciones desde cualquier punto en el que se encuentren y sin necesidad de registro previo. De esta manera, se dará un significativo paso en la defensa de los derechos de las personas con sordera, equiparando el uso que pueden hacer de este servicio al de cualquier otro ciudadano.



FIAPAS lanza una guía sobre juegos, juguetes y dispositivos electrónicos accesibles para niños, niñas y jóvenes con discapacidad auditiva

FIAPAS ha elaborado una guía sobre la accesibilidad y usabilidad de juegos, juguetes y dispositivos electrónicos para niños, niñas y jóvenes con discapacidad auditiva (bit.ly/guia_juguetes_accesibles). Su objetivo es potenciar la autonomía y la participación activa de menores y jóvenes con sordera y que sirva también como herramienta de información y toma de conciencia para avanzar en una sociedad más sensible a sus necesidades.

Los niños y las niñas sordas usuarias de prótesis auditivas adquieren tempranamente la lengua oral de su entorno (más del 97% nacen en familias oyentes), por lo que sus opciones de acceso al juego son las mismas que las de cualquiera de sus iguales. Por este motivo, para estos

niños, así como para jóvenes, no deben excluirse juguetes sonoros adecuados que estimulan y desarrollan el procesamiento auditivo, la interacción personal, el lenguaje y la comunicación oral.

Información facilitada

La guía, por un lado, **da a conocer los recursos de apoyo y de seguridad necesarios** (por ejemplo, control de volumen, señales luminosas y/o vibración y subtítulo de los videos tutoriales) **para que los niños, niñas y jóvenes con discapacidad auditiva puedan acceder a juguetes, juegos y productos o dispositivos electrónicos** con las mismas oportunidades y condiciones que sus iguales. Y, por otro lado, expone también recomendaciones generales para la

prevención de daños en la audición en la población infantil y juvenil en su conjunto, dado que el uso inadecuado y/o la exposición continuada a los mismos pueden causar sordera de forma permanente.

Imágenes y publicidad inclusivas

Paralelamente, hay que hacer hincapié en la importancia de que, para alcanzar una inclusión real, la imagen que se proyecta en situaciones de juego sea igualmente inclusiva, apareciendo niños, niñas y jóvenes con sordera en campañas publicitarias, sin estereotipos, compartiendo y disfrutando con sus iguales de forma normalizada de todo tipo de juegos con el fin de ser visibilizados y reconocidos por la sociedad con una imagen más ajustada a su realidad actual.

NUEVO BAREMO VALORACIÓN DISCAPACIDAD

■ Luces y sombras del nuevo baremo de valoración del grado de discapacidad

Tras casi quince años de trabajos preparatorios en los que FIAPAS ha participado activamente, se aprobó el Real Decreto 888/2022 por el que se establece el procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad, que entrará en vigor en abril de 2023 y que viene a sustituir el procedimiento actual aprobado en 1999.

Desde que en 2007 se planteó su actualización para adaptar el procedimiento al modelo social de la discapacidad, FIAPAS ha participado en los diferentes grupos de trabajo constituidos para ello, aportando su experiencia y conocimiento con el propósito

de que el nuevo baremo de valoración diera una **respuesta ajustada a la situación y necesidades de las personas con deficiencias de audición, susceptibles de generar una discapacidad.**

■ Luces y sombras

Por lo que respecta a la discapacidad auditiva, quince años después, nos alegra que este procedimiento vea finalmente la luz, manteniendo mejoras que ya incluía el anterior baremo, pero que estuvieron en riesgo de desaparecer en alguna de las distintas fases de los trabajos de actualización llevados a cabo, e incorporando además algu-

na otra mejora que FIAPAS propuso introducir en el consenso alcanzado en 2018.

Lamentamos no obstante que, por su propia concepción y por las tablas de medida aplicadas, el procedimiento de valoración de la pérdida de audición y la correspondencia con el grado de discapacidad que se otorga en cada caso, de lugar a un tratamiento dispar entre pérdidas de audición de igual grado y que funcionalmente afectan a la persona de forma idéntica. Al mismo tiempo que **continúa sin estar dimensionada en todas sus consecuencias el efecto de la pérdida auditiva en la vida diaria de las personas.**

RECONOCIMIENTOS 2022

FIAPAS, Premio “Dales la Palabra” a la Trayectoria y M^a Ángeles Figueredo, Presidenta de FIAPAS entre 1995 y 2004, Premio Cermi.es



Imagen de la entrega del Premio a Fiapas.

El Jurado de los Premios “Dales la Palabra” ha concedido a FIAPAS, en su edición de 2022, el galardón a la Trayectoria “por su trabajo hace más de 40 años en beneficio de niños y niñas con discapacidad auditiva y sus familias”. Estos galardones, entregados por la Fundación Dales la Palabra, perteneciente al centro educativo de inclusión de alumnado con discapacidad auditiva Tres Olivos, tienen como objetivo reconocer a aquellas personas, profesionales, instituciones o empresas que, en apoyo de la discapacidad, contribuyen a la mejora de la calidad de vida de estas personas, fomentan la igualdad de oportunidades en la educación, el deporte, la cultura, el empleo y el acceso a las nuevas tecnologías, entre otras iniciativas.

M^a Ángeles Figueredo. Trayectoria y legado

M^a Ángeles Figueredo, Presidenta de FIAPAS entre 1995 y 2004, además de cofundadora y vicepresidenta de CERMI desde su constitución hasta 2004, ha sido reconocida con el **Premio Cermi.es** en la modalidad **Activista-Trayectoria Asociativa**.

Con este galardón, se reconoce su entrega incondicional en la lucha por los derechos de las personas con discapacidad en general y con discapacidad auditiva en particular, así como por los derechos de sus familias.

Además de ser impulsora de la creación del CERMI y de su Comisión de Educación, la cual presidió durante esos mismos años.

Madre de una joven con sordera, participó en la constitución de la asociación Entender y Hablar, confederada en FIAPAS, por lo que su vinculación al Movimiento Asociativo data desde hace más de cuatro décadas. Durante su mandato como presidenta de nuestra Confederación, la presencia institucional de FIAPAS logró cristalizar en el entorno de la discapacidad, se obtuvo



la inclusión de los audífonos en el Catálogo Ortoprotésico del Sistema Nacional de Salud y materializó la detección precoz de la sordera con carácter universal, con la aprobación del consenso para la implantación del Programa de Detección Precoz de la Sordera en toda España.

ANDALUCÍA (COMUNIDAD AUTÓNOMA DE) FAPAS (FEDERACIÓN ANDALUZA DE FAMILIAS DE PERSONAS SORDAS) AVDA. DE HYTASA 12 EDIFICIO HYTASA 12, 3ª PLANTA, OFICINA 305 41006 SEVILLA - TEL: 954 09 52 73	ATPANSOR-TERUEL YAGÜE DE SALAS, 16, 3ª PL. 44001 TERUEL TEL-FAX: 978 61 03 23 ASPANSOR-ZARAGOZA MONASTERIO DE SAMOS, 8 LOCAL 50013 ZARAGOZA TEL-FAX: 976 25 50 00	APANDAGU-GUADALAJARA CENTRO SAN JOSÉ, ATENIENZA, 4 19003 GUADALAJARA TEL: 655 670 327 APANDAPT-TOLEDO AVDA. GRAL. VILLALBA PABELLÓN Nº 4 - 45003 TOLEDO TEL: 925 22 46 93	APANAH-ELDA AVDA. REINA VICTORIA, 5 03600 ELDA (ALICANTE) TEL: 966 98 22 49 TEL: 966 98 07 14 APANAS-ASPE AVD. CORTES VALENCIANAS, 20, LOCAL 4 03680 ASPE (ALICANTE) TEL: 965 490 077	MADRID (COMUNIDAD DE) ASOCIACIÓN ENTENDER Y HABLAR CASILDEA DE VANDALIA, 3 28034 MADRID TEL: 91 735 51 60
ASPASA-ALMERÍA COLEGIO DE SORDOS ROSARELAÑO CARRERA LIMONEROS, 15 04006 ALMERÍA - TEL: 950 24 47 90 ASPAS-CÓRDOBA PZA. DE LA MAGDALENA, 3 14002 CÓRDOBA TEL: 957 76 48 68	ASTURIAS (PRINCIPADO DE) APADA-ASTURIAS CENTRO SOCIAL DE OTERO PARQUE AVE MARÍA, SIN 33008 OVIEDO (ASTURIAS) TEL: 985 22 88 61	CASTILLA Y LEÓN (COMUNIDAD AUTÓNOMA DE) FAPAS-CYL C/FUENTE LUGAREJOS, 5 - 09001 BURGOS TEL: 947 460 540	ASPAS-CASTELLÓN FIGUEROLAS, 8, BAJO (ESQ. C/ LEPANTO) - 12006 CASTELLÓN TEL: 964 05 66 44 - TEL: CDIAT 964 05 66 45	ASPAS-MADRID ELVIRA, 17-LOCAL C/ V LEÓN BONNAT 28028 MADRID TEL: 91 725 07 45 MÓVIL: 628 46 68 73
ASPRODES-GRANADA ALCALÁ DE HENARES, 10 LOCAL BAJO - 18008 GRANADA TEL-FAX: 958 22 20 82	BALEARES I. (COMUNIDAD AUTÓNOMA DE) FUNDACIÓN ASPAS-MALLORCA RAMÓN NADAL, 4, BAJOS 07010 PALMA DE MALLORCA (MALLORCA) TEL: 871 57 00 73	ARANS-BUR-BURGOS CENTRO Mª CRISTINA FUENTE LUGAREJOS, 5 - 09001 BURGOS TEL: 947 46 05 40	ASPAS-VALENCIA TORRETA DE MIRAMAR, 14, BAJO 3A ACCESO POR CALLE VIVER, 46020 VALENCIA TEL: 963 92 39 48	MURCIA (REGIÓN DE) FASEN (FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES DE FAMILIAS DE PERSONAS SORDAS DE LA REGIÓN DE MURCIA) RONDA EL FERROL, 6 30203 CARTAGENA (MURCIA) TEL: 968 52 37 52 MÓVIL: 669 43 30 07
ASPRODESORDOS-HUELVA Pº DE LAS PALMERAS, 23 PORTAL A-B 1º A, IZDA. - 21002 HUELVA TEL-FAX: 959 26 22 90	CANARIAS (COMUNIDAD AUTÓNOMA DE)	ASFAS-LEÓN EDIFICIO JUZGADOS C/ LA SIERRA SIN 24193 VILLASALAMBRE (LEÓN) TEL: 665 66 55 25	EXTREMADURA (COMUNIDAD AUTÓNOMA DE)	ASPANPAL-MURCIA NAVEGANTE JUAN FERNÁNDEZ, 3 30007 MURCIA TEL: 968 24 83 92
AFAS-JAÉN PINTOR ZABALETA, 7 SÓTANO IZDA. - 23008 JAÉN TEL: 953 08 84 82	FUNCASOR TENERIFE. TEL: 922 54 40 52 LA PALMA. TEL: 922 41 68 30 GRAN CANARIA. TEL: 928 23 32 89 funcasor@funcasor.org	ASPAS-SALAMANCA BARCO, 20, (BARRIO DE LA VEGA) 37008 SALAMANCA TEL-FAX: 923 21 55 09	FEDAPAS (FEDERACIÓN EXTREMEÑA DE DEFICIENTES AUDITIVOS, PADRES Y AMIGOS DEL SORDO) ANTONIO HERNÁNDEZ GIL, SIN 06800 MÉRIDA (BADAJOZ) TEL: 924 30 14 30 - FAX: 924 31 50 63	APANDA-CARTAGENA RONDA EL FERROL, 6 30203 CARTAGENA (MURCIA) TEL: 968 52 37 52
ASPANSOR-MÁLAGA ALTOZANO, 13, BAJO 29013 MÁLAGA TEL-FAX: 952 651 731	CASTILLA-LA MANCHA (COMUNIDAD AUTÓNOMA DE)	ASPAS-VALLADOLID ECUADOR, 17, LOCAL - 47014 VALLADOLID TEL-FAX: 983 39 53 08	ADABA-BADAJOZ AVDA. J. Mº ALCARAZ Y ALENDA, SIN, PASAJE - 06011 BADAJOZ TEL: 924 24 26 26	NAVARRA (COMUNIDAD FORAL DE)
ASPAS-SEVILLA PEDRO PECADOR, BQ.14-2. ACC. A-B 41006 SEVILLA TEL-FAX: 954 93 28 24	FASPAS (FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES DE PADRES Y AMIGOS DE SORDOS DE CASTILLA-LA MANCHA) AVDA. GRAL. VILLALBA, SIN PABELLÓN Nº 4 - 45003 TOLEDO TEL: 925 71 33 56 - TEL: 691 40 12 43	FEDERACIÓN ACAPPS (FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES CATALANAS DE PADRES Y PERSONAS SORDAS) C. NÁPOLS, 351 BAJOS 08025 BARCELONA TEL-FAX: 932 10 55 30	ASCAPAS-PLASENCIA AVDA. DOLORES IBARRURI, 51-53, LOCAL 10600 PLASENCIA (CÁCERES) TEL-FAX: 927 41 35 04	EUNATE-NAVARRA MONASTERIO DE BELATE, 3 31011 PAMPLONA (NAVARRA) TEL-FAX: 948 26 18 77 MÓVIL: 637 77 21 85
ARAGÓN (COMUNIDAD AUTÓNOMA DE)	ASPAS-ALBACETE C/ CALDEREROS, 11, 2º 02001 ALBACETE TEL: 967 55 89 12	ACAPPS-BARCELONA C. NÁPOLS, 351 BAJOS 08025 BARCELONA TEL-FAX: 932 10 55 30	GALICIA (COMUNIDAD AUTÓNOMA DE)	PAÍS VASCO (COMUNIDAD AUTÓNOMA DEL)
FAAPAS (FEDERACIÓN ARAGONESA DE ASOCIACIONES DE PADRES, AFECTADOS Y AMIGOS DE LOS SORDOS) RAMÓN J. SENDER, 9, POSTERIOR 22005 HUESCA TEL-FAX: 974 22 77 83	ASPAS-CIUDAD REAL RESIDENCIAL RONDA, BLOQUE 6, SEMISÓTANO - 13004 CIUDAD REAL TEL: 926 22 00 95	ACAPPS-LLEIDA CANONGE BRUGULAT, 8 25003 LLEIDA TEL: 685 80 19 73	ACOPROS-LA CORUÑA PETUNIAS, 5, BAJO, COMERCIAL DCHA. IZDA. 15008 LA CORUÑA TEL: 881 91 40 78	ASPASOR-ÁLAVA ARAGÓN, 11, BAJO 01003 VITORIA-GASTEIZ (ÁLAVA) TEL-FAX: 945 28 73 92
A. SAN FRANCISCO DE SALES DE HIPOACÚSICOS-HUESCA RAMÓN J. SENDER, 9, POSTERIOR 22005 HUESCA TEL-FAX: 974 22 77 83	ASPAS-CUENCA FERMIN CABALLERO, 6, 1 B 16004 CUENCA TEL: 608 39 30 99	COMUNIDAD VALENCIANA	LA RIOJA (COMUNIDAD AUTÓNOMA DE)	CEUTA (CIUDAD AUTÓNOMA DE)
		HEUX-C.V. (FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES POR LA INTEGRACIÓN DEL SORDO EN LA COMUNIDAD VALENCIANA) DOCTOR GIL Y MORTE, 20, B DERECHA 46007 VALENCIA TEL: 963 91 94 63	ADARI FRANCISCO SAEZ PORRES, 1, BAJO 1 26009 LOGROÑO TEL: 618 953 218	ACEPAS-CEUTA MIRAMAR BAJO, 5, LOCAL 2 51002 CEUTA TEL-FAX: 956 50 50 55

- Red de Desarrollo Institucional
- Red de Atención y Apoyo a las Familias
- Red de Intervención Logopédica
- Red de Infancia y Adolescencia
- Red de Formación Especializada
- Red de Inserción Laboral
- Red de Promoción de la Accesibilidad
- Videoteca Subtitulada

La Sede Central de FIAPAS en Madrid (C/ Pantoja, 5, local, 28002 Madrid. Tel. 91 576 51 49. Fax: 91 576 57 46) dispone de:

Servicio de Información y Orientación, Biblioteca, Videoteca Subtitulada y Servicio de Apoyo a la Accesibilidad. Además, ofrecemos información, orientación y derivación, a través de los Servicios Centrales de las redes de trabajo que centran los esfuerzos prioritarios de la confederación: **Red de Desarrollo Institucional**, **Red de Atención y Apoyo a las Familias**, **Red de Intervención Logopédica**, **Red de Infancia y Adolescencia**, **Red de Formación Especializada**, **Red de Inserción Laboral** y **Red de Promoción de la Accesibilidad**. (El listado facilitado presenta los datos relativos a las Federaciones y Asociaciones confederadas en FIAPAS, con fecha 30 de noviembre de 2022. Para acceder al listado completo con las direcciones de las sedes, correos electrónicos y webs en su última actualización, consultar www.fiapas.es)

NUESTROS PROGRAMAS Y ACTIVIDADES SE REALIZAN GRACIAS A LA FINANCIACIÓN Y LA COLABORACIÓN DE:



Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030

Secretaría de Estado de Derechos Sociales.



Ministerio de Educación y Formación Profesional

Secretaría de Estado de Educación.



Ministerio de Cultura y Deporte



Real Patronato Sobre Discapacidad



Fundación ONCE

Más sobre FIAPAS



GENERACIÓN INCLUSIÓN

APROVECHÉMOSLO



**SOMOS
LA GENERACIÓN
MÁS INCLUSIVA
DE LA HISTORIA,
APROVECHÉMOSLO.**

¡FELIZ NAVIDAD!





CONFEDERACIÓN
ESPAÑOLA
DE FAMILIAS
DE PERSONAS SORDAS