

evaluación del uso del lenguaje oral, con algunas adaptaciones puede ser de gran utilidad en vista a la intervención logopédica.

Si bien el análisis de los resultados aportados por las escalas y cuestionarios y por las pruebas objetivas y subjetivas permitirá llegar a la confirmación del diagnóstico, esto resultará insuficiente en aquellos niños que hayan sido detectados de forma tardía. En estos casos es posible que, a pesar de la deficiencia auditiva, el niño haya adquirido un mínimo de desarrollo del lenguaje. El análisis de las pruebas de evaluación de la percepción del habla que se utilizan con frecuencia para el seguimiento de los niños dentro del programa de (re)habilitación auditiva suele aportar mucha información, no sólo sobre lo que el niño es capaz de oír, sino también acerca de los patrones de decodificación de la información acústica que utiliza cada niño en particular. Esta información servirá de soporte a la toma de la decisión correspondiente acerca del tipo de dispositivo de ayuda auditiva que el niño debería usar y a su calibración correspondiente, así como también permitirá sentar las bases del programa terapéutico que habrá que seguir (Furmanski, 1995).

En la actualidad existe una gran variedad de pruebas para evaluar la percepción del habla. Sin embargo, no todas son aplicables a niños pequeños. La aplicación o no de dichas pruebas dependerá exclusivamente del nivel de desarrollo madurativo, cognitivo y lingüístico del niño. Estas pruebas tienen como objetivo determinar el uso funcional de la audición, es decir, evaluar la capacidad para detectar, discriminar, identificar, reconocer y comprender la palabra hablada. Antes de continuar con la explicación de las diferentes pruebas, resulta necesario definir cada una de estas habilidades auditivas:

- **Detección:** consiste en captar la presencia de sonido. En esta habilidad se apoyarán las siguientes habilidades auditivas.
- **Discriminación:** consiste en poder determinar si dos estímulos auditivos son iguales o diferentes.
- **Identificación:** consiste en identificar auditivamente un estímulo entre una serie de opciones (formato cerrado).
- **Reconocimiento:** debe ser capaz de repetir un estímulo presentado auditivamente en formato abierto (el estímulo no se encuentra presente).

- **Comprensión:** debe ser capaz de procesar la información auditiva para decodificar un mensaje. Consiste en mantener un discurso conectado.

A continuación se expondrá una breve reseña de algunas de las pruebas de percepción del habla más utilizadas en niños pequeños.

Test de Ling. Consiste en una tarea de detección de seis sonidos del habla —/a/, /u/, /i/, /m/, /y/ y /s/— presentados a una intensidad conversacional normal (Ling, 1989). Estos sonidos constituyen una síntesis de todo el espectro de la palabra, ya que cada uno de ellos representa una información crítica de rangos frecuenciales diferentes. Se pueden esperar tres tipos de respuestas diferentes: que sólo haga una manifestación de haber oído el sonido (detección), señalar un dibujo que represente el sonido (identificación) o repetirlo (reconocimiento).

Test de Percepción Temprana de la Palabra (Early Speech Perception test, o ESP).

Esta prueba evalúa la capacidad de identificación de palabras en formato cerrado a partir de diferencias de patrones suprasegmentales y segmentales. El objetivo de la prueba consiste en categorizar la percepción de la palabra en cuatro de las siguientes categorías: ausencia de percepción de patrones auditivos (categoría 1), percepción de patrones auditivos (categoría 2), identificación limitada de palabras (categoría 3) e identificación consistente de palabras (categoría 4). Esta prueba se aplica a partir de los 2 años y consta de dos versiones según la edad que presente el niño: estándar (de 4 a 15 años) y simplificada (de 2 a 4 años). La versión estándar consta de tres subpruebas.

La primera subprueba se denomina «percepción de patrones» y consta de doce imágenes de palabras que difieren en longitud o duración (monosilábicas, bisilábicas y trisilábicas). Estas palabras son presentadas de manera aleatoria en dos oportunidades cada una. Si el niño obtiene una puntuación correspondiente menor del 75%, se encontrará en la categoría 1, lo cual indicará que el niño es incapaz de diferenciar auditivamente palabras con distintos patrones suprasegmentales de duración. En el caso de que obtenga un porcentaje igual o superior al 75%, se puede proseguir con la siguiente prueba asegurando que el niño al menos se encuentra

en la categoría 2, lo cual significa que es capaz de diferenciar palabras a partir de su duración.

La segunda subprueba se denomina «identificación de bisílabas» y también consta de doce imágenes de palabras bisilábicas llanas (graves) que serán presentadas de forma aleatoria en dos oportunidades cada una. Si el niño obtiene una puntuación correspondiente menor del 75%, se encontrará en la categoría 2, y si el porcentaje obtenido es superior, se encontrará en la categoría 3, lo cual significa que es capaz de diferenciar palabras de igual duración y acentuación cuando las vocales son altamente diferenciadas.

La tercera subprueba se denomina «identificación de monosílabas» y consta de doce imágenes de palabras monosilábicas con sentido que serán presentadas de forma aleatoria en dos oportunidades. Si el niño obtiene una puntuación inferior al 50%, permanecerá en la categoría 3, y si logra superar ese valor, se encontrará en la categoría 4, lo cual significa que posee capacidad para identificar palabras a partir de información espectral.

La versión simplificada persigue los mismos objetivos que la versión estándar, con la diferencia de que los estímulos utilizados son objetos concretos conocidos por el niño y que el número de estímulos que hay que utilizar es menor.

Test de identificación de vocales. La prueba consta de cincuenta ítems de sílabas sin significado con estructura CVC (consonante-vocal-consonante) que el niño debe repetir. En cada sílaba la consonante inicial y final es la misma. Debido a que la prueba evalúa la capacidad de reconocer palabras a partir de la información acústica tomada de las vocales, cada ítem se puntuará como correcto si el niño logra repetir la vocal sin importar las consonantes. En los niños menores de 10 años habrá que adaptar la prueba a sus capacidades presentándole como estímulos sólo las vocales de manera prolongada (sin las consonantes). El número de estímulos que se presentarán será el mismo.

La valoración completa e integral del niño hipoacúsico deberá incluir una minuciosa evaluación del lenguaje, el habla (voz y articulación) y la comunicación que permita determinar el nivel de lenguaje alcanzado para cada uno de los aspectos que lo componen, en sus dos vertientes, tanto en la expresiva como en la receptiva. En cuanto a la comunicación, será necesaria la observación de los prerrequisitos del lenguaje,

las funciones comunicativas y las destrezas conversacionales. Asimismo, en los niños que han sido detectados tardíamente resultará de suma importancia indagar sobre la modalidad comunicativa que se ha establecido.

Es necesario aclarar que de nada sirve la detección y el diagnóstico temprano si no se ofrece la posibilidad concreta de acceder a un tratamiento oportuno en tiempo y forma. Ante esta premisa surge la necesidad de comenzar a valorar los resultados de los programas de detección precoz de la hipoacusia no sólo a partir de la cantidad de casos detectados sino también a partir de casos confirmados (diagnosticados) y de casos que han recibido el tratamiento oportuno (suministro de prótesis auditiva e intervención logopédica). No debemos olvidar que el propósito del *screening* es el diagnóstico precoz y el *consecuente tratamiento de los individuos detectados*. De esto se desprende la necesidad de leyes que amparen al niño con deficiencia auditiva en todo su proceso terapéutico desde la detección inicial hasta la intervención educativa y logopédica posterior.

TRATAMIENTO

La confirmación de la deficiencia auditiva resulta ser un hecho traumático que trae aparejado un efecto devastador en la dinámica familiar. Tras la confirmación de este diagnóstico resulta sumamente importante que el equipo multidisciplinario acompañe, guíe y asesore de manera adecuada a la familia del niño.

Los padres del niño deben recibir información verídica sobre la patología que éste posee, así como las diferentes opciones de equipamiento e intervención logopédica y educacional. Hay que procurar presentar esta información de forma imparcial en un lenguaje culturalmente sensible, claro y comprensible.

Si bien el apoyo familiar constituirá uno de los pilares fundamentales sobre el que se apoyará cualquier tipo de intervención a realizar, no debe olvidarse que el papel primordial de los padres del niño hipoacúsico seguirá siendo el de cuidar y amar a su hijo propiciando en todo momento espacios de intercambios comunicativos. Es preciso intentar evitar por todos los medios que el déficit auditivo se interponga entre el vínculo del niño con sus padres. El apoyo psicológico al núcleo familiar, así como el apoyo de grupos de otros padres de niños hipoacúsicos, suele ser de gran utilidad para aprender a aceptar el déficit auditivo y lograr el reajuste de las interacciones

padres-hijo en función de las necesidades particulares de cada familia.

A partir de la confirmación del diagnóstico, los padres se verán involucrados en una serie de toma de decisiones para las cuales no se han preparado. Aquí es donde el asesoramiento profesional debe estar fuertemente presente. Por un lado, resulta importante que sean conscientes de que sólo ellos son capaces de tomar decisiones con relación a su hijo, y, por otro lado, deben saber y sentir que no estarán solos en estos momentos difíciles. Para ello, los profesionales del equipo deberán poder brindar todas las opciones posibles para el caso en particular, con sus ventajas y desventajas, de una manera imparcial.

Adaptación protésica

Los avances tecnológicos producidos en los últimos años han permitido el desarrollo de audífonos de última generación con mayor potencia y versatilidad; asimismo, han mejorado notablemente las expectativas generadas frente al implante coclear. Por otro lado, el avance en la tecnología utilizada como medio de diagnóstico de la pérdida auditiva ha conseguido que la adaptación protésica sea cada vez más ajustada a las características particulares de cada niño.

Los criterios de selección de candidatos a un implante coclear se han modificado constantemente en los últimos años y es seguro que seguirán modificándose a medida que nuevas investigaciones respalden este tipo de ayuda tecnológica.

Actualmente la opción del implante coclear surge, sin duda, en los niños en los cuales el déficit auditivo resulta ser bilateral y de grado profundo. Sin embargo, ésta no es la única indicación. Según la Food and Drug Administration (FDA) de Estados Unidos, también podrían ser posibles candidatos a un implante coclear aquellos niños que, tras un período de prueba con audífonos de entre 3 y 6 meses, hayan obtenido pocos o nulos progresos en el desarrollo de sus habilidades auditivas (incluso niños con neuropatía auditiva). En estos casos será necesario registrar y documentar de manera fehaciente la evolución obtenida durante ese período de prueba. Para ello deberemos valernos de las pruebas ya mencionadas de evaluación de la percepción del habla, las escalas y cuestionarios de conductas auditivas y de la evaluación del habla, el lenguaje y la comunicación. Asimismo, debemos tener

en cuenta que quizá este progreso no esté ocurriendo debido a la concomitancia de alguna patología agregada, por lo cual la inclusión de una evaluación psicológica y neuropsicológica resultaría esencial antes de decidir la posible candidatura.

A partir de lo expuesto se puede deducir el motivo por el cual resulta tan complicado reducir la edad mínima de implantación. Por más que un niño haya sido detectado, diagnosticado y equipado tempranamente (alrededor de los 5 o 6 meses), si tenemos en cuenta este período de prueba estaríamos acercándonos a la edad de 12 meses, que es la actual edad mínima de implantación que propone la FDA (2000).

Resulta sumamente importante que las familias que estén pensando como opción el implante coclear sean realistas frente a los resultados esperados y sepan que si bien el implante le brindará a su hijo la habilidad para escuchar sonidos, esto no es garantía para el desarrollo de un lenguaje acorde. Al tomar la decisión, ellos tienen que ser conscientes de que los niños con deficiencia auditiva que se implantan actualmente presentan características variadas y que el pronóstico en relación con el lenguaje dependerá de muchos factores (edad de aparición de la hipoacusia, edad de implantación, estimulación previa con audífonos, patologías agregadas, etc.) que impactarán directamente sobre los resultados esperados. Con lo dicho no se busca desalentar a los padres en la decisión, sino simplemente crearles expectativas más realistas.

Intervención logopédica

El tipo de intervención logopédica que debe realizarse en niños con deficiencia auditiva severa y profunda dependerá principalmente de dos factores: la edad de aparición de la hipoacusia y la edad de equipamiento auditivo (audífonos o implante coclear). Como es de suponer, lo antedicho se relaciona principalmente con la posibilidad o no de aprovechar la mayor plasticidad neuronal presente durante el período crítico para la adquisición del lenguaje.

De este modo, podremos dividir el tipo de intervención principalmente en dos grandes grupos:

- Enfoque natural de la adquisición del lenguaje o terapia auditiva verbal.
- (Re)habilitación.

ENFOQUE NATURAL DE LA ADQUISICIÓN DEL LENGUAJE

Este tipo de intervención es aplicable a niños menores de 3 años de edad con hipoacusia prelingual (congénita o adquirida). Además del criterio de la edad, este tipo de enfoque requiere una serie de requisitos para poder aplicarse:

- La detección de la hipoacusia debe ser precoz.
- El equipamiento auditivo debe permitir escuchar todos los sonidos del lenguaje.
- Debe haber un mantenimiento adecuado de las prótesis auditivas y controles audiológicos periódicos.
- Participación familiar.
- No debe existir una patología severa concomitante.

Teniendo en cuenta que los niños de esta edad se encuentran dentro del período crítico para la adquisición del lenguaje, durante la intervención se buscará aprovechar al máximo la plasticidad neuronal que todavía poseen. Estos niños en general no han desarrollado lenguaje y sus capacidades para hacerlo todavía son óptimas.

El enfoque de intervención del lenguaje para niños pequeños se basa en la suposición de que, dada una exposición auditiva y una experiencia temprana y apropiada, la mayoría de los niños con impedimento auditivo pueden desarrollar un proceso normal de la adquisición del lenguaje utilizando la audición como canal principal (Ling y Moheño, 2002). Se supone que el niño, una vez ha sido provisto de sus prótesis auditivas, será capaz de captar el sonido y utilizar la información acústica recibida para desarrollar el lenguaje de un modo bastante natural. El niño pequeño aún tiene a flor de piel la capacidad de imitación, es parte de su juego habitual; cuando el niño comienza a escuchar las voces de su entorno (mediante sus dispositivos auditivos) no tardará mucho en comenzar a imitar lo que escucha. Sus prótesis auditivas no sólo le permiten escuchar el habla del entorno sino también sus propias emisiones, las cuales irá regulando en una comparación continua con lo que escucha, es así como el circuito de retroalimentación acústica se instala gradualmente de forma de natural.

El trabajo que se realizará en este tipo de intervención está basado en el desarrollo normal del lenguaje, por lo cual las habilidades auditivas no deberán aislarse del proceso de comunicación: la audición, el lenguaje, el habla, la cognición y

el desarrollo afectivo y social deberán abordarse de forma global como una unidad indisociable.

Con este tipo de abordaje es previsible que el niño hipoacúsico siga un desarrollo del lenguaje paralelo al de un niño oyente, aunque, como es de esperar, este desarrollo estará desfasado en el tiempo debido a que el niño hipoacúsico ha comenzado a oír más tarde. Durante el transcurso de la intervención se buscará ir cerrando esta brecha a fin de equiparar su nivel de desarrollo al de sus pares oyentes.

Debido a la temprana edad de estos niños, los padres resultan ser el eje central de la intervención. Es necesario que aprendan qué se está haciendo y el porqué de cada una de las actividades que se realizan en la sesión. El profesional deberá explicar los objetivos y dar ideas de cómo transferir las actividades al hogar y a la vida diaria (Flores y Berruecos, 2006). Para ello, las actividades que deben llevarse a la práctica durante la sesión buscarán en todo momento dar significación a la audición con el fin de aprovechar los eventos naturales y cotidianos del lenguaje hablado (Ling y Moheño, 2002). De lo dicho se puede deducir que el tipo de abordaje que habrá que realizar será predominantemente global e informal. El aprendizaje informal es aquel que efectúa el niño a partir de la exploración espontánea del medio que lo rodea. Con esto no se quiere decir que en ningún momento de la intervención se realizará un trabajo formal, ya que en determinadas ocasiones necesitaremos de este tipo de abordaje para la adquisición de conceptos o elementos específicos que estén creando alguna dificultad.

Debido a que gran parte de estos niños presentan una hipoacusia prelingual congénita, es muy probable que hayan tenido prácticamente una experiencia auditiva nula antes del equipamiento; por tal motivo, en los comienzos de la intervención lo que se buscará será generar atención y alerta auditiva, así como también corroborar que el equipamiento esté correctamente calibrado. Para ello podremos comenzar condicionando al niño al sonido; buscaremos generar respuesta al nombre (por la significación que tiene), a diferentes sonidos ambientales y, de ser posible, al test de Ling, ya que este último nos permitirá valorar el espectro del habla que el niño está escuchando, y también colaborará a un mayor condicionamiento para obtener respuestas más certeras y fiables durante las evaluaciones audiológicas de control.

En los inicios de la intervención se buscará que el niño logre otorgar significado a los sonidos, que establezca relaciones de causa-efecto, que discrimine diferentes sonidos y que descubra el origen de éstos. No obstante, lo más importante a descubrir en este período es la importancia de la palabra y de la voz humana. El niño progresivamente irá descubriendo que sus emisiones (vocalizaciones) tienen efecto sobre el entorno, y también que las emisiones de los demás le generan placer, malestar, etc. El niño quizá todavía no es capaz de comprender las palabras en sí mismas, en cambio ya es capaz de comprender distintos patrones suprasegmentales y quizá hasta algunas palabras en contexto. En toda esta primera etapa se suele trabajar con distintos sonidos humanos y no humanos, aunque se suele dar mayor énfasis a los primeros, ya que no debemos olvidar que lo que buscamos mediante la intervención es la adquisición del lenguaje. Es necesario trabajar con un repertorio reducido de estímulos pero cargado de significado. Una herramienta de mucha utilidad para abordar esta etapa son los sonidos iniciales («muuuu» por la vaca; «pío, pío, pío» por el pajarito; «aaaaaaa» por el avión, etc.). Con el uso de estos sonidos u onomatopeyas se busca exponer al niño a diferentes emisiones con significado (asociadas a un referente) y con diferentes patrones suprasegmentales (corto-largo, continuo-entrecortado, etc.). Por otro lado, se busca que el niño perciba y produzca una gran cantidad de distintos fonemas. Asimismo, es conveniente introducir de manera temprana algunas frases familiares utilizadas en la rutina de todo niño; por ejemplo, «noni, noni», «¡hummm, qué rico!», «se cayó», «hola», «chao [ciao]» o «adiós», «ven», «toma», «dame», etc.

Hasta aquí se ha comentado lo que el niño es capaz de comprender y de los estímulos a utilizar, pero no se ha mencionado nada respecto a su producción. Hay que aclarar que en las actividades que deben realizarse, comprensión y expresión irán siempre de la mano, al igual que ocurre en el desarrollo del lenguaje de los niños oyentes. El niño deberá tener en todo momento un rol activo, donde el aprendizaje surja de la interacción con su entorno cercano. Resulta indispensable no caer en el error de que el niño opte sólo por un rol pasivo de escucha. Para evitar esta situación, se utilizarán pausas a la espera de una respuesta espontánea por parte del niño. Se trabajarán los turnos de manera natural, desde el inicio de la intervención.

Otro punto a tener en cuenta es que en este tipo de intervención las habilidades auditivas no se abordarán de manera jerárquica (como veremos en la intervención de niños mayores y adultos). Como ya ha sido mencionado, se integrará el abordaje de las habilidades auditivas en una dinámica lúdica que no sólo permita el desarrollo de estas habilidades sino también que favorezca el desarrollo lingüístico, cognitivo, afectivo y social.

Durante el transcurso de la intervención, las diferentes habilidades auditivas se abordarán a distintos niveles en función de la unidad del estímulo acústico que hay que trabajar (rasgos, fonemas, patrones suprasegmentales, palabras, frases o discurso conectado). A su vez, deberemos tener en cuenta la necesidad de facilitar o complejizar la tarea de acuerdo con el desempeño del niño. Esto se puede lograr a partir de la modificación del formato del estímulo (cerrado, abierto con clave o abierto), del tipo de actividad (estructurada o espontánea), de la familiaridad del estímulo, de la intensidad, de la velocidad, de la distancia, etc. Habrá que planificar y organizar cada sesión teniendo en cuenta estos parámetros.

Si todo marcha bien, las primeras palabras deberían aparecer alrededor del año de haber comenzado con el equipamiento y la intervención adecuada. A estas alturas, el niño hipoacúsico, al igual que el niño oyente, comprenderá mucho más de lo que es capaz de producir. Se trata de un período donde el niño siente gran placer poniendo etiquetas a los objetos. Cuando el niño haya adquirido alrededor de 50 palabras, seguramente se encuentre en condiciones de comenzar a utilizar frases sencillas (dos palabras). Estas primeras producciones, como es de esperar, estarán cargadas de procesos fonológicos de simplificación, por tanto hay que advertir a los padres que éste es un proceso normal en el desarrollo del lenguaje. Sin embargo, el profesional deberá estar atento para poder diferenciar el proceso fonológico normal de la producción de errores en el habla debido a problemas auditivos. Esta diferencia podrá determinarse a partir del factor tiempo, ya que la mayoría de los procesos fonológicos desaparecen rápidamente, mientras que el habla que se desvía debido a trastornos perceptivos tiende a persistir (Ling, 2002). Ante este tipo de situaciones se evidencia la importancia de que el profesional que lleve a cabo este tipo de abordaje posea no sólo conocimientos con relación al desarrollo normal del lenguaje,

sino también sobre el desarrollo de las habilidades auditivas y sobre la acústica del habla. Los conocimientos sobre la acústica del habla le permitirán la posibilidad de dilucidar la causa ante la falla de percepción de ciertos sonidos del habla, así como también le posibilitará modificar las estrategias utilizadas para que el niño logre acceder a las pistas acústicas necesarias para la percepción de esos sonidos.

A partir de este momento, y siguiendo el concepto de zona de desarrollo próximo de Vigotski, se debe insistir a los padres en la necesidad de abandonar gradualmente el modo de hablar que hemos utilizado hasta este momento. Esto no significa que debemos hablarle al niño como a un adulto, sino que deberemos subir las exigencias a un nivel acorde con los progresos que ha hecho hasta el momento. Se debe empezar a ampliar el vocabulario y la estructura gramatical (frases de mayor longitud y complejidad constituidas por diferentes clases de palabras). Tanto los niños oyentes como los niños hipoacúsicos que han sido intervenidos tempranamente tienen la capacidad de poder extraer significado a partir del contexto por más que no comprendan todos los elementos del mensaje. No hay que privar a estos niños de adquirir esta capacidad tan importante para su desarrollo lingüístico, cognitivo, afectivo y social. Por otro lado, esto permitirá sentar las bases para desarrollar habilidades conversacionales ajustadas a cada situación particular.

El concepto primordial que es preciso intentar transmitir a los padres del niño es que el lenguaje oral sólo puede ser adquirido y desarrollado a través de un proceso de experiencia continua que implique intercambios y relaciones interpersonales dentro de una verdadera situación de comunicación (Dumont, 1999). Para ello, nuestro objetivo inicial debe ser ayudar a los padres a desarrollar habilidades para crear un entorno de aprendizaje del lenguaje a través del placer y la diversión de conectarse con su hijo (Luterman et al., 2009).

(RE)HABILITACIÓN

En el presente ámbito se denomina (re)habilitación a la intervención diseñada para minimizar y aliviar las dificultades comunicativas asociadas con la pérdida auditiva (Gómez, 2006).

Se hablará de rehabilitación auditiva en los casos de niños con hipoacusia poslocutiva, y de habilitación auditiva en los casos de hipoacusia prelocutiva que no cumplan con los requisitos

exigidos para realizar un enfoque natural de la adquisición del lenguaje.

La diferencia entre habilitación y rehabilitación se sustenta sobre la base de la diferente experiencia auditiva que presentan ambos grupos en el momento inicial de la intervención. Como es de suponer, el pronóstico esperado para cada uno de ellos también será relativamente distinto.

En los casos de niños con hipoacusia poslocutiva, si el tiempo de privación auditiva ha sido corto, sólo será necesario un reajuste de la información auditiva que recibe actualmente (con amplificación) a su experiencia auditiva previa.

Debido a que los niños con hipoacusia prelocutiva se encuentran en pleno proceso de adquisición del lenguaje, si la retroalimentación acústica no se restablece rápidamente, comenzarán a perder las adquisiciones logradas. En estos casos, dependiendo de la edad, del tiempo de privación auditiva y de las características particulares del niño en cuestión, se optará por un tipo de intervención más flexible que tenga en consideración, en mayor o menor medida, elementos de ambos tipos de abordaje (enfoque natural y [re]habilitación).

Los niños con hipoacusia prelocutiva mayores de 3 años de edad no han adquirido el lenguaje y su tiempo de mayor plasticidad neuronal ha finalizado, motivo por el cual no suelen beneficiarse «demasiado» de un enfoque natural de la adquisición del lenguaje. Con esto no se quiere decir que el niño de 3 o 4 años de edad no pueda sacar provecho de situaciones cotidianas, sino que seguramente no serán suficientes para la adquisición adecuada del desarrollo del lenguaje. Con el fin de maximizar los resultados de la intervención en estos niños, habrá que tomar elementos de ambos enfoques realizando actividades más formales y dirigidas hacia cuestiones puntuales para posteriormente transferir dichos aprendizajes a situaciones cotidianas.

Lo que define principalmente el modo de intervención de (re)habilitación es el carácter estructurado y más formal del abordaje. Por otro lado, ya no se buscará en todos los casos que el canal auditivo sea la principal vía de acceso a la palabra, sino que, en ocasiones, sólo se buscará complementar la información visual que el niño ya utiliza para comunicarse con información auditiva adicional que permita mejorar la comprensión y la expresión del lenguaje a los fines de una mejor comunicación. Esto podrá