

Beneficios obtenidos por niños portadores de un implante coclear.

Ana Carolina Camacho Castro
Universidad de Jaén (España)

Resumen

Son muy diversas las variables que pueden condicionar la evolución de un niño portador de un implante coclear. Para la realización de este estudio, seleccionamos niños que no tenían otras patologías asociadas a la hipoacusia y que habían recibido el implante a una edad muy temprana, por eso el principal objetivo, en este caso, era el desarrollo de la comunicación oral. No es el caso de otros niños que presentan otras patologías (ceguera, retraso psicomotor) además de la hipoacusia. En estos casos el implante es una ayuda para favorecer la comunicación funcional, aunque esto está por encima en todos los casos.

Palabras clave: inclusión, implante coclear, integración, reeducación.

Abstract

There are many different variables that can condition the evolution of a child with a cochlear implant. For this study, we selected children who had no other diseases associated with hearing loss and who received the implant at an early age, so the main objective in this case was the development of oral communication. It is not the case with other children with other diseases (blindness, psychomotor retardation) in addition to hearing loss. In these cases, the implant is an aid to promote functional communication, although this is higher in all cases.

Keywords: inclusión, cochlear implant, integration, re-education.

Introducción.

Después de un tiempo, trabajando como logopeda en el programa de implantes cocleares, del Hospital San Cecilio de Granada, tratando con padres de niños implantados y profesionales del campo de los implantes cocleares, surgió la idea de realizar un estudio en el que se describieran variables de diferente naturaleza, con el propósito de conocer en qué medida eran afectadas por el implante coclear, tomando como referencia las principales preocupaciones de los padres. Una de las principales dificultades con la que nos encontramos, a la hora de realizar este estudio, fue seleccionar las variables que queríamos analizar, debido al elevado número de variables existentes y al alto grado de multidisciplinaredad en la actuación profesional (Furmanski, 2003: 55).

La edad de recepción del implante coclear, es el factor que más fuertemente condiciona la mejora de la calidad de vida de los niños implantados. Cuanto menor es la edad de implantación, mayores son los resultados, a largo plazo, aunque también es mayor el tiempo necesario para alcanzarlos. El proceso de implantación coclear debe evaluarse como un proceso largo en el tiempo analizando la evolución de aspectos educativos, auditivos, lingüísticos, comunicativos y sociales. Este proceso resulta esencial, para valorar los resultados obtenidos y la mejora en calidad de vida (Sáinz, 2003:90).

En el rastreo bibliográfico realizado, encontramos que los estudios sistemáticos relacionados con los beneficios y la calidad de vida, en niños portadores de un implante coclear, eran escasos. Esto es debido a la dificultad que supone la evaluación en niños de corta edad y a la necesidad de un seguimiento a largo plazo. De esta forma nos decidimos a realizar el presente estudio.

Objetivo general

Atendiendo a los aspectos mencionados anteriormente, decidimos realizar un estudio en el que planteamos el siguiente objetivo general: "analizar la influencia del implante coclear, en la mejora de calidad de vida, de niños que han recibido un implante coclear entre los 0-3 años de edad".

Caracterización de la muestra.

La muestra seleccionada para nuestro estudio, presentaba las siguientes características:

Niños que padecían una hipoacusia neurosensorial profunda bilateral de tipo prelocutivo.

Niños que habían recibido su implante coclear entre los 0 y 3 años.

Contaban con un período de evolución postimplante entre 1,5 y 5 años.

No presentaban otras patologías además de la hipoacusia.

En el total de la muestra, había más niños que niñas. En concreto 33 niños y 27 niñas. La edad media actual de los niños de la muestra era de 5 años y 7 meses, por lo que estaban escolarizados en la etapa de infantil.

Instrumentos de recogida de datos.

Para la realización de nuestro estudio elaboramos un cuestionario telefónico, dirigido a los padres, como instrumento de recogida de datos.

El cuestionario respondía a un diseño transversal. La información sobre los niños, se obtenía en un momento temporal definido por el período del trabajo de campo. Las preguntas estaban diseñadas, para obtener

información sobre la situación actual de los niños participantes en el estudio, pero también información retrospectiva sobre situaciones y eventos pasados. La principal cuestión para valorar la información obtenida, es que la entrevista se realizaba a un "informante indirecto" o "Proxy", que responde a las preguntas pensando en la persona objetivo, en este caso el niño implantado.

El método de administración del cuestionario fue telefónico, mediante entrevista personal a los padres de los niños portadores del implante. Otros instrumentos utilizados para la recogida de datos fueron, una base de datos con información recogida de las historias clínicas y unos tests de percepción auditiva.

Declaración de hipótesis.

En nuestro estudio, evaluamos dos veces a un mismo niño, observando las diferencias entre la situación preimplante y postimplante. Nos interesaba conocer la ganancia en cada niño, antes y después de la utilización del implante coclear.

Algunas de las hipótesis nulas planteadas fueron las siguientes:

Hipótesis 1: No hay diferencias significativas entre la metodología de rehabilitación logopédica, pre y postimplante.

Hipótesis 2: No hay diferencias significativas en el modo de comunicación utilizado por los padres, para comunicarse con su hijo, entre la situación pre y postimplante.

Hipótesis 3: No hay diferencias significativas en el tipo de escolarización entre la situación pre y postimplante.

Análisis de los datos.

Para el análisis de los datos, hemos utilizado el programa informático SPSS versión 15. Este programa es una herramienta de tratamiento de datos y análisis estadístico.

En este estudio realizamos, en primer lugar, el análisis descriptivo de los datos y en segundo lugar el análisis con la prueba T de student, para aceptar o rechazar las hipótesis nulas. En este caso vamos a describir los resultados extraídos con la prueba T de student.

Para el análisis de los datos utilizamos la prueba T de student. En principio, planteamos la hipótesis de partida, la hipótesis nula. Posteriormente evaluamos la probabilidad de haber obtenido los datos observados, es decir, si esa hipótesis era correcta.

Una forma de interpretación de los datos, consiste en calcular los límites inferior y superior del intervalo de confianza, calculado al 99%. Para nuestra muestra de 60, el valor de T debe estar por encima de 2,39. La metodología de investigación nos dice que para aplicar la T de student, la muestra debe ser de 30 como máximo. En este caso, hemos comparado los resultados extraídos de 30 niños de la muestra, con los de la muestra elegida (60). Obtuvimos los mismos resultados para $n=30$, que para $n=60$. Por esta razón, decidimos seguir utilizando esta prueba.

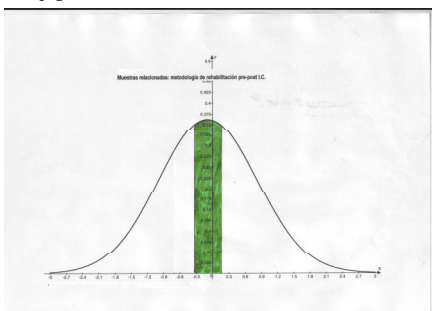
Resultados.

Los resultados de las muestras relacionadas fueron los siguientes:

Metodología de rehabilitación logopédica pre y postimplante

El resultado de la prueba T para las variables "metodología de rehabilitación logopédica

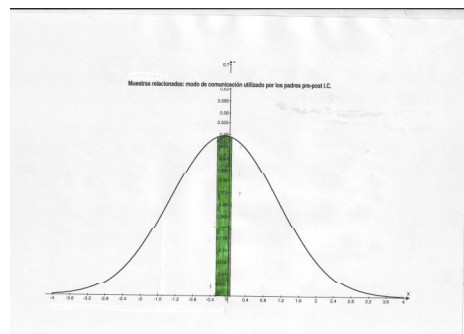
pre y post I.C.”, es $T=-0,260$. Tomando un intervalo de confianza del 99%, el valor de T, es menor de 2,39. La diferencia entre la metodología de rehabilitación preIC y postIC, no es significativa. Por tanto, aceptamos la hipótesis de partida (H_0): “no existen diferencias significativas entre la metodología de rehabilitación pre I.C. y post I.C”.



Muestras relacionadas: Metodología de rehabilitación pre y postimplante

Modo de comunicación utilizado por los padres pre y post I.C.

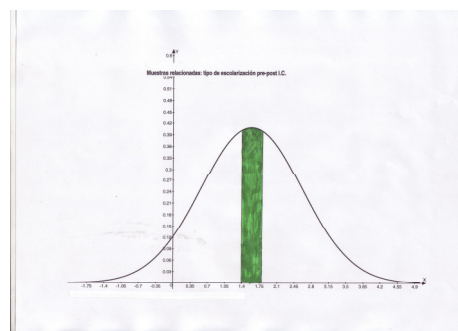
El resultado de la prueba T para las variables “modo de comunicación, utilizado por los padres, pre y post I.C.”, es $T=-0,973$. Tomando un intervalo de confianza del 99%, el valor de T, es menor de 2,39. La diferencia entre el modo de comunicación preIC y postIC, no es significativa. Por tanto, aceptamos la hipótesis de partida (H_0): “no existen diferencias significativas entre el modo de comunicación, utilizado por los padres, pre I.C. y post I.C”.



Muestras relacionadas: Modo de comunicación utilizado por los padres pre y postimplante

Tipo de escolarización pre y postimplante.

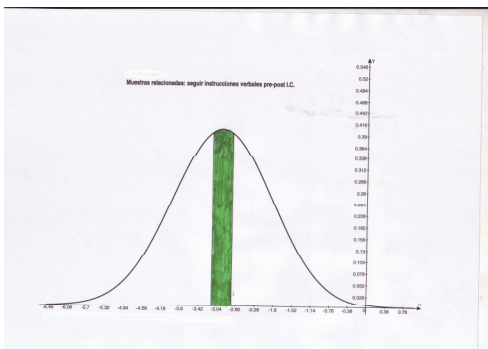
El resultado de la prueba T para las variables “tipo de escolarización pre y post I.C.”, es $T=12,61$. Tomando un intervalo de confianza del 99%, el valor de T, es mayor de 2,39. La diferencia entre el tipo de escolarización preIC y postIC, es significativa. Por tanto, rechazamos la hipótesis de partida (H_0): “no existen diferencias significativas entre el tipo de escolarización pre I.C. y post I.C”.



Muestras relacionadas: Tipo de escolarización pre y postimplante.

Seguir instrucciones verbales pre- post I.C.

El resultado de la prueba T para las variables “seguir instrucciones verbales pre I.C. y post I.C.”, es $T=-23,65$. Tomando un intervalo de confianza del 99%, el valor de T, es mayor de 2,39. Rechazamos la hipótesis de partida (H_0): “no existen diferencias significativas en el seguimiento de instrucciones verbales, entre la situación pre y postimplante”.



Muestras relacionadas: Seguir instrucciones pre - post I.C

Conclusiones.

Tanto en la situación preimplante como postimplante la metodología de rehabilitación, más utilizada, fue la oral seguida del bilingüismo. Hay que tener en cuenta que uno de los objetivos principales de la utilización del implante coclear, en niños pequeños, es el desarrollo de la comunicación oral.

La lengua oral fue el modo de comunicación más utilizado, por los padres, tanto antes como después de la colocación del implante coclear. Dado que la mayoría de los niños eran muy pequeños, cuando recibieron su implante, no estaban escolarizados. Después de recibirlo, la mayoría fueron escolarizados en centros de

integración.

El principal objetivo por el que los padres implantan a sus hijos es el desarrollo de la comunicación oral. Hay que tener en cuenta que todos los niños procedían de un entorno oral. No hay que perder de vista que lo que prima es el desarrollo de una comunicación funcional por tanto hay que utilizar todos los métodos y recursos disponibles.

Es fundamental que los padres tengan en cuenta que el implante es una “ayuda” y la acepten como tal, sin perder de vista que su hijo sigue siendo sordo cuando no tiene el dispositivo. Por esto, el ajuste de expectativas, proporcionando información clara y precisa antes de someterse al proceso, es fundamental. Deben mantenerse siempre claras las expectativas con respecto a los beneficios potenciales del implante en la etapa preoperatoria; de una información adecuada, dependerá que el sujeto considere como éxito o fracaso los logros con el implante.

Referencias bibliográficas.

- AGENCIA CATALANA DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍA E INVESTIGACIONES MÉDICAS (2006). Consulta técnica sobre implantes cocleares en adultos y niños: indicaciones, efectividad, seguridad y costo. *Integración*, 37, 11.
- ARCHOBOLD, S. (1993). Nottingham Paediatric Cochlear Implant Programme. *Listening Progress Profile (LIP): Bateria de tests EARS*. Nottingham, England: Medel.
- ARONSON, L. y otros (1997). Bisílabos listas abiertas (BLA). *Bateria de tests EARS*. Innsbruck, Austria: Medel.
- BAT-CHAVA y MARTIN, D. (2005). Longitudinal improvements in communication and socialization of deaf children with co-

chlear implants and hearing aids: evidence from parental reports. *J Child Psychol Psychiatry*, PMID. 16313429 (PubMed - Indexed for MEDLINE).

BAUMGARTHER, S.M. (2000). Preoperative diagnostic procedures before cochlear implantation. *Wochenschr*, 112 (11), 505-508.

BISQUERRA ALSINA, R. (1989). *Métodos de investigación educativa*. Barcelona. CEAC

BUENDÍA EÍSMAN, L. (1992). El método experimental: Diseños de investigación. En M^a.P. Colás Bravo y L. Buendía Eísmán (Coords.). *Investigación Educativa*. Sevilla: Alfar, 69-108.

CALVO PRIETO, J. C. y MAGGIO DE MAGGI, M. (2003). *Marco Referencial de Adaptación Audioprotésica Infantil*. Clipmedia Ediciones.

ERBER, N., (1978). Selección de palabras de Monosílabos, trisílabos, polisílabos (MTP): Bateria de tests EARS. Austria. EARS. Medel

ERBER, NP. (1990). Glendonald Auditory Screening Procedure (GASP). Bateria de tests EARS. Innsbruck, Austria: EARS, Medel

FURMANSKI, H. (2003). *Implantes cocleares en niños: (Re) habilitación auditiva y terapia auditiva verbal*. Barcelona: Ediciones Nexus.

GARCÍA PÉREZ, A. (1994). *Estadística aplicada: Conceptos Básicos*. Madrid: UNED

INSTITUTO NACIONAL PARA SORDOS (INSOR) y MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL (2007). *Elegibilidad de candidatos para el implante coclear (I.C.) y estrategias de rehabilitación/habilitación auditiva y comunicativa: informe final de investigación*. Bogotá: Universidad de Colombia.

ROBBINS, A. y OSBERGER, M.J. (1991). *Uso con significado de la Escala del Lenguaje (MUSS): Bateria de tests EARS*. Austria: Medel.

ROBBINS, A. (1990). *Escala de Integración Auditiva Significativa (MAIS): Bateria de tests EARS*. Austria: Medel.

SAINZ QUEVEDO, M. y otros (2005). Evaluación de la efectividad terapéutica del tratamiento de hipoacusias severas y profundas en niños: implante coclear versus audifono.

Costes, beneficios y mejora en la calidad de vida. Ministerio de Sanidad y Consumo.