



20,21 y 22
de marzo de 2013

III CONGRESO INTERNACIONAL
con sede en Buenos Aires
V CONGRESO LATINOAMERICANO
VI CONGRESO NACIONAL DE
SALUD MENTAL Y SORDERA

“ Una nueva mirada de la sordera: en lo personal, familiar y social.”

ACTAS



Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires
Ciudad de Buenos Aires - Argentina

INDICE

CONFERENCIAS MAGISTRALES

L'UTES: Vingt ans de créativité d'une équipe de pédopsychiatrie publique spécialisée en surdité	
Dr. DELAROCHE, Jean Michel (Francia).....	8
L'entretien thérapeutique avec une personne sourde	
Dr. DELAROCHE, Jean Michel (Francia).....	10
Enfants sourds de parents entendants: quelle(s) culture(s)? Quel partage de langues?	
Dr. DELAROCHE, Jean Michel (Francia).....	14
Creación de consultas médicas en lengua de señas en Francia (1995) y en Uruguay (2012). Proyectos en Camerún y Túnez	
Dr. Jean Dagon.....	16
Competencia multicultural y el profesional de Salud Mental: el respeto de la unidad y la diversidad de la Comunidad Sorda	
PhD LEIGH, Irene (EEUU)	18
Implantes cocleares: Nuevas Perspectivas de los padres y adultos sordos	
PhD LEIGH, Irene (EEUU)	20
La cultura sorda. Notas para abordar un concepto emergente	
Dr. OVIEDO, Alejandro (Venezuela)	22

CONFERENCIAS

El lugar del intérprete educacional	
Prof. Leticia ACOSTA	29
Cultura sorda/cultura oyente �convergencia o divergencia?(1)	
Dra. ALISEDO, Graciela.....	32
La lectura comprensiva bisagra del proceso alfabetizador para el alumno sordo	
Dra. Graciela ALISEDO	34
Proyecto de la materia ciencias sociales en una escuela secundaria con alumnos sordos y oyentes	
Prof. Claudio ANDRETTO; Prof. Fabián ABAL; Prof. Jackelin SÁNCHEZ.....	35
La mentalización en la practica clínica con pacientes sordos- EMRD para la sordera.	
Lic. Annette ASPERED (Suecia).....	36
“Encuentro de dos mundos: Silencio y Sonido” (Psicoanálisis de sordos en LSA)	
Lic. BENEDETTI, María Luisa.....	37
Al encuentro de un desafío	
Lic. Liliana BLANCO.....	39
Enfoque gestáltico como opción terapéutica para el abordaje del duelo en padres con hijos que padecen de una deficiencia auditiva. Caso estudio: U.E.E. “Instituto de Audiofonología Carabobo” (Valencia – Edo. Carabobo)	
Eylin Del C. BOLÍVAR MÉRIDA.....	43
Plasticidad del aparato psíquico. El proceso de construcción de la representación-palabra cuando la imagen sonora est� ausente	
Lic. Mariana BUGALTER; Lic. Marisol FLORES.....	46

Libros en lengua de señas para bebés sordos : un mediador lingüístico y cognitivo María Aparecida BRUN TRINDADE (Brasil).....	49
Videolibros: Reflexiones sobre la lectura en Lengua de Señas Argentina. CANALES ASOCIACIÓN CIVIL.....	50
Trabajando con niños sordos y sus familias: diversas concepciones acerca del lenguaje y sus implicancias en la clínica fonoaudiológica Marlene CANARIM DANESI.....	51
El uso de la fotografía como medio terapéutico en el trabajo con un adolescente hipoacúsico Lic. María Belén CEAN.....	52
Sordera y transición. Entre la adolescencia y la adultez. Lic. Julieta CINTADO; Lic. Alejandra JODAR.....	54
Hipoacusia y sordera: la Lengua de Señas como mediador simbólico Psic. Marisa CHAMORRO.....	55
Evaluación psicopedagógica en la escuela: una instancia de reflexión, reconocimiento y aprendizaje Psp. Carina COCCEA; Psp. Sandra MEDVEDOCKY.....	58
Encuentro entre culturas Lic. Psic. Lucía CORREA; Lic. Psic. Rosarito CORTELLARI	59
Sordera-autismo. Una mirada diversa Lic. Rosarito CORTELLARI, Lic. Paula GÓMEZ.....	60
El sujeto frente al implante coclear Lic. Mariel DEFINO.....	62
Emoción y personalidad en adolescentes sordos implantados Lic. Leticia DIAMANTE; Lic. Cristián QUESADA SCHORN	63
Discapacidad auditiva temprana y funciones ejecutivas Lic. Estela DÍAZ	66
Los derechos de los niños con discapacidad auditiva. La importancia de los primeros voceros Lic. Andrea DIBB	69
La actividad ocupacional: una propuesta desde la escuela y para los jóvenes con discapacidad auditiva Lic. Andrea DIBB; Lic. Verónica CHER	71
Integración escolar. Escuela IADAL Lic. Andrea DIBB; Lic. Ana María BARBEITO; Lic. Silvia Mabel AMATO.....	72
Subjetividad y sordera: el sentido elidido Graciela B. DI LEVA	73
Cómo se identifica la salud mental del niño sordo ¿Por su conducta psicológica o la sociológica? Lic. Susana DROVETTA.....	75
La narración de cuentos a niños sordos Lic. María Beatriz FOURCADE; Prof. Martha HORAS.....	77
La hipoacusia y las terapias orales: escuchar y hablar ¿el único objetivo? Fga. Marcela Garrido.....	80

Evaluación psicopedagógica pre Implante Coclear: Seguimiento y escolaridad de 300 pacientes implantados en el Hospital Garrahan Psp Isabel GISMONDI.....	81
Trabajo con la lengua escrita: descripción de una experiencia con un niño sordo Prof. Pamela GUARDIA NÚÑEZ.....	83
Terapia con población sorda, enfoque Lingüístico- Cultural Psic. Leonardo HIDALGO (Perú – EU).....	84
Rol del intérprete de lengua de señas uruguaya en la 1º Unidad de Salud para personas sordas Lic. en Enf. ILSU. Claudia HIRIGOYEN; Lic. en Enf. ILSU. Noemí VIGNE	86
Aspectos de la intersubjetividad primaria. Un modo de abordar el vínculo temprano de padres oyentes y niños sordos Dra. HUERIN, Vanina.....	89
Interacciones y bilingüismo en y con adolescentes sordos Lic. María Alejandra JODAR.....	91
Las madres en los momentos posteriores al diagnóstico. Del shock a los intentos de reorganización Mgter. Ruth KAZEZ	95
Reflexiones en torno a la función de la Ley en la subjetivación de la persona sorda Lic. Marisa LEIRO, Lic. en Psicología Daniel KARABELNICOFF.....	97
Decir profundo. Escuchar las manos. Cultura Sorda y Psicoanálisis Lic. Susana LOPATIN; Mariana REUTER	98
Dificultades en la atención psiquiátrica del paciente sordo Dra. Andrea LUSICH	99
La Hipoacusia adquirida en la adultez: Un poderoso factor de deterioro emocional Lic. Viviana MALHER.....	101
La palabra y la voz conformando un sujeto: experiencia a partir del P.E.S.C.C.A Lic. Fga. Norma MASSARA; Lic. Psic. Silvina MARTÍNEZ.....	102
Comunícate conmigo: Implementación de estrategias de Comunicación Aumentativa y Alternativa en el entorno familiar para el desarrollo de la Comunicación en la población Sorda Marta Inés MORALES, Nathaly PÉREZ, Camilo SÁNCHEZ, Luz NEVY SIERRA, Sandra URREA.....	103
Competencia Social para un Aprendizaje Efectivo. Teoría de la Mente y Sordera Lic. Elisa NUDMAN.....	106
Lingüística en Lengua de señas Dr. Alejandro Oviedo.....	110
Límites: el impacto del diagnóstico; dificultades en la autorregulación del accionar del niño sordo frente a los límites Lic. Silvana PELANDI	112
La enseñanza de literatura a estudiantes sordos desde una propuesta pedagógica bilingüe y bicultural María Cecilia PÉREZ PERERA	114
Hipoacúsicos: 2da etapa del estudio exploratorio Prof. Daniela PERROTTA; Lic. Víctor FERIOLI	116

De la teoría a la práctica sobre estrategias de preparación y capacitación para líderes y directivos sordos: una experiencia cubana Mgter. Jorge PONJUAN TAMAYO	122
El adolescente sordo y la drogadicción Lic. Agustín QUESADA SCHORN	123
El decir y sentir de los padres en la elección del Instituto Antonio Próvolo en la integración de sus hijos Magister María Gabriela QUINTANA; Lic. Silvana PELANDI; Lic. Silvina MAGARIÑOS.....	124
La intervención del trabajo social en familias con un adolescente con discapacidad auditiva en la escuela. Lic. en Trabajo Social Victoria RINALDI; Lic. en Trabajo Social Javier COSENTINO.....	126
Padres oyentes- hijos sordos. Convergencia de dos mundos. El difícil camino de la adaptación. Adriana RIORTORTO; Patricia DIAZ CANO.....	128
Niños Sordos Candidatas al Implante Coclear: Factores Importantes para su Desarrollo Heloisa ROMEIRO NASRALLA	129
Atención preventiva en adicciones con población escolar sorda Guadalupe RUIZ PÉREZ; Claudia SOTO CASTRO; Georgina Alejandra FERRERA MONTEMAYOR.....	131
Psicoterapia con familias mixtas desde el Modelo Sistémico de Realidades Consensuales Marcelo SALAMANCA	132
La cultura sorda frente a la lengua escrita Dra. Patricia SALAS	136
Los mandalas y la voz del corazón. Programa de prevención de patologías agregadas a la sordera Lic. Ayelén SALVADOR.....	138
Cómo voy aprendiendo a leer y escribir. Programa nuevo en LSA Psicop. Virginia SARTORI.....	141
Una experiencia de trabajo en Psicomotricidad con niños sordos Mayra Ruth SHALOM.....	142
Violencia de Género desde una perspectiva Sorda. Vianney SIERRALTA ARACENA.....	145
Medios de comunicación y cultura sorda Walter Solar; Jackeline Miazzo	146
Telecomunicaciones y Salud Mental Alfred SONNENSTRAHL.....	147
Factores psicológicos a considerar en la evaluación para implante coclear. Lic. Patricia YACOVONE	149
Talleres de convivencia. Escuela de Educación Especial N° 29: “Dr. Osvaldo Magnasco” Lic. Irene ZEROLENI- Psicopedagoga; Lic. Verónica EIROA- Psicóloga; Lic. Romina GRYCIUK	152
TALLERES	
Papel de los profesionales sordos. “Advocacy” por hacer visible una población invisible Dr. Jean DAGRON	154
El significado de la Sordera y la hipoacusia/Discapacidad Auditiva como identidad: Sus	

implicancias en la salud mental.

Dra. Irene LEIGH (EEUU)155

CONFERENCIAS MAGISTRALES

L'UTES: Vingt ans de créativité d'une équipe de pédopsychiatrie publique spécialisée en surdité

Dr. DELAROCHE, Jean Michel (Francia)

En septembre 2012 a ouvert, à Paris, l'UTES (Unité Thérapeutique Enfance et Surdité), premier centre de pédopsychiatrie publique en France spécialisé dans les problèmes de surdité. Cette ouverture fait suite à 20 années d'aventure créative d'une équipe de pédopsychiatrie, celle du Centre Médico-Psychologique (CMP) "Enfance et Surdité" des Ulis, rattachée à l'hôpital d'Orsay, près de Paris, dans l'Essonne. Cette consultation spécialisée dans les problèmes spécifiques liés à la surdité, créée en 1989, est rapidement devenue Centre de Soins et de Ressources à vocation régionale mais a du, pour exister et se développer, se battre contre de nombreux obstacles et résistances que nous aurons l'occasion d'évoquer. Nous avons acquis la conviction que certaines de ces résistances sont directement liées aux représentations inconscientes, chez les entendants, de la surdité. Comment résumer en deux pages plus de vingt années d'expérience d'une équipe de pédopsychiatrie publique spécialisée dans la surdité? Tout d'abord, il faut savoir que, jusqu'il y a 25 ans, aucune consultation spécialisée n'existait en France, et que les consultations de pédopsychiatrie n'accueillaient généralement pas les enfants sourds ni, d'ailleurs, les parents sourds avec leurs enfants, se déclarant incompetentes ou démunies face aux problèmes posés par ces enfants et familles, notamment sur le plan de la communication. Les enfants sourds étaient certes pris en charge par des équipes pluridisciplinaires spécialisées dans la surdité : ils étaient dépistés (ils le seront de plus en plus tôt, bientôt dès la période néonatale...), appareillés ou implantés, rééduqués, éduqués, enseignés... mais n'avaient pas accès aux soins de santé mentale, tant dans le privé que dans le secteur public. La plupart des psychologues et psychiatres travaillant avec les enfants sourds exerçaient, en effet, dans les écoles ou dans les institutions d'éducation spécialisée. Aucun lieu de soins psychiques, en position tierce et différenciée de l'école (comme il en existe sur tout le territoire français depuis les années 60 pour les enfants entendants), n'était disposé à accueillir un enfant sourd en difficulté psychologique. Dès les années 90, le CMP "Enfance et Surdité" travaille en lien avec un autre CMP spécialisé "Surdité et Santé Mentale" (rattachée à l'hôpital Esquirol), avec les deux hôpitaux de jour parisiens pour enfants sourds présentant des troubles graves de la personnalité (Salneuve et Vacola), et avec tous les professionnels sensibles à la dimension psychique des enfants sourds, créant notamment le réseau Ramses, association loi 1901 (<http://ramses.asso.fr>). Malgré les efforts des professionnels réunis au sein de ce réseau pour sensibiliser et mobiliser autour de la question de la souffrance psychique des enfants sourds (le réseau Ramses organisera dix colloques en vingt ans et mettra en place un annuaire régional des thérapeutes et lieux thérapeutiques), le nombre de CMP

spécialisées n'augmente pas pour autant. C'est pourquoi l'équipe du CMP Enfance et Surdité écrit, il y a 11 ans, un projet de Centre Régional, couplé à un réseau de soins coordonnés, pour mieux répondre aux besoins en santé mentale des enfants sourds dans la région Paris-Ile-de-France. L'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH) donne rapidement son accord de principe et propose de regrouper les moyens des deux consultations existantes. Le projet présenté conjointement par les deux équipes est accepté par l'ARH fin 2004 et mettra donc presque huit années pour exister puisqu'il n'ouvre de façon pérenne qu'en septembre 2012... Entre 2004 et 2012, l'équipe va se heurter à des difficultés multiples et multi-factorielles : lenteur et inertie habituelles de l'administration hospitalière, hostilité et incompétence des décideurs institutionnels, extrême rareté des locaux aux normes hospitalières au centre de Paris, refus de certains bailleurs de louer pour des enfants "handicapés", absence de motivation et mauvaise volonté des partenaires institutionnels... tous ces facteurs vont se conjuguer pour empêcher l'ouverture de ce centre, alors que les besoins sont criants : il existe, en Ile-de-France, 6000 enfants sourds sévères et profonds, dont 20% au moins présentent des troubles psychopathologiques avérés (selon une étude menée par l'association Ramses en 1992) et 16.000 adultes sourds signants pouvant rencontrer des difficultés avec leurs enfants, entendants ou sourds. En octobre 2010, le Centre Régional va ouvrir, au centre de Paris, dans le quartier du Châtelet... pour fermer neuf mois après, l'administration hospitalière ayant résilié le bail et n'ayant pas anticipé la recherche de locaux. L'équipe et les 250 familles en cours de soins se retrouveront pendant quatorze mois à la rue, hébergés dans des bureaux prêtés, ça et là, quelques heures par semaine... Les efforts et l'énergie déployés pour créer une structure de soins psychiques pour les enfants sourds dans le service public ont été considérables et ont dû être soutenus, pendant de longues années, par une équipe motivée et soudée autour d'un certain nombre de convictions éthiques qui rejoignent celles de tous ceux qui ont soutenu la "cause des sourds" dans la société et qui pourraient se résumer, pour nous, à une seule : l'enfant sourd est une "personne", un Sujet, dont un des droits élémentaires dans une nation civilisée est le droit à un développement psycho-affectif harmonieux et à l'accès aux soins psychiques. Les principaux obstacles rencontrés dans l'élaboration de ce travail sont liés à de véritables résistances, chez les entendants, à penser la surdité. Ces résistances apparaissent en lien avec les représentations inconscientes de la surdité.

Les psychanalystes qui travaillent avec les sourds nous renseignent, grâce à l'analyse du contre-transfert, sur les représentations inconscientes de la surdité chez les

entendants. Ainsi, pour Martine DETHORRE, la surdité renvoie à celui qui parle « la sensation d'une absence et de vide en l'autre », mais aussi « d'un vide en lui-même comparable à la perte d'une partie de soi (la parole et, par extension, la langue) entraînant une souffrance narcissique importante...La confrontation avec un sourd génère un risque fantasmatique majeur de perte au niveau de l'image du corps, c'est-à-dire de destruction narcissique, de déliaison interne»⁽¹⁾. Ces représentations inconscientes, assez terrifiantes, renvoient aux représentations du sourd-muet dans l'Histoire, qui associaient celui-ci à l'animalité, la folie ou la mort...⁽²⁾. La surdité déclenche donc chez les entendants des angoisses très fortes, liées à des fantasmes inconscients, de l'ordre de l'effroi. Ces angoisses sont en grande partie inconscientes et les réactions de défense contre ces angoisses sont vives et efficaces. Ces réactions de défense sont du même ordre que celles qui se mettent en place contre une angoisse psychotique (déli, projection, annulation).

En témoignent notamment:

- Les projections sur le corps de l'enfant sourd observées chez les professionnels de la surdité (médecins ORL ou phoniâtres, audioprothésistes, orthophonistes): "l'enfant n'est plus regardé comme un enfant mais comme un objet d'études voire d'expérimentations visant à l'émergence de la parole (vocale) quelles qu'en soient les conséquences psycho-affectives" (2).- Le déni de la surdité, qui affecte aussi bien les professionnels que les parents: « ce déni confine parfois à une véritable phobie de la surdité et de tout ce qui la met en évidence (et notamment la LSF)»⁽³⁾. Certains compte-rendus de prises en charge psychiatriques concernant des enfants sourds psychotiques ne mentionnent même pas le mot surdité : sourd ou psychotique, il faut choisir ! La moitié de mes collègues psychiatres auxquels je parle de ma pratique clinique avec des sourds associent immédiatement et spontanément sur les...aveugles, et ne veulent plus entendre parler des sourds ! Circulez, il n'y a rien à entendre!!!

Une des formes du déni peut être l'évitement de penser la surdité sous tous ses aspects: on voudra, par exemple, la réparer absolument, donner des réponses exclusivement médicales, ne pas voir, au-delà de la surdité, le Sujet et ses besoins psycho-affectifs. Ces mécanismes de défense constituent de véritables résistances, en grande partie inconscientes, à penser la surdité et tout ce qui touche l'être sourd (son vécu, sa souffrance, sa langue...). Ces résistances expliquent en grande partie le manque d'intérêt des milieux psychiatriques et psychanalytiques pour les sourds et la surdité. Mais ceux-ci ne sont pas les seuls à exprimer cette « résistance » : lors d'un colloque, un ethnologue, fin connaisseur des tribus amazoniennes au milieu desquelles il avait vécu de longues périodes de sa vie (et donc, un spécialiste de l'altérité!), parlait des sourds signant qu'il apercevait dans le métro parisien comme "le comble de l'altérité"...⁽⁴⁾. Les résistances, chez les entendants, vis-à-vis de la surdité s'exercent aussi, par

contagion, vis-à-vis de ceux qui s'occupent des sourds et particulièrement en santé mentale. Elles se conjuguent alors aux résistances habituelles, dans la population ordinaire, concernant la santé mentale, la psychiatrie et les soins psychiques. Il existe, en outre, une difficulté particulière pour les parents d'enfants sourds et les professionnels de la surdité, à se représenter de façon concomitante surdité et souffrance psychique. Les professionnels travaillant en santé mentale de l'enfant sourd sont donc, comme leurs patients, sous les feux croisés des réactions de défense des professionnels entendants qui les côtoient. Le CMP « Enfance et Surdité » a été créé en 1989 par redéploiement des moyens dans un service de pédopsychiatrie de secteur (couvrant les besoins d'un secteur géographique comptant environ 250.000 habitants), sans création de moyens nouveaux. Il a accueilli des enfants sourds de toute la région francilienne et au-delà. Pendant quinze ans, il lui a donc été reproché de « prendre » des moyens du "secteur" pour les affecter à une population régionale et de nombreuses tentatives ont été effectuées, au fil des années, pour récupérer une partie des moyens qui lui avaient été attribués...L'équipe a dû se battre pour conserver ces moyens et pour développer son activité en mettant en évidence les besoins de enfants sourds en soins psychiques par des études épidémiologiques et en inventant des moyens thérapeutiques pour répondre aux besoins les plus urgents (accueil familial thérapeutique en famille d'accueil sourde, notamment). Elle a été en butte à des fantasmes très agressifs de destruction, dont le plus important a été une accusation de « vampirisation ». Tous les professionnels qui, intéressés par la surdité et les sourds, ont tenté seuls, sans le soutien d'une équipe et/ou de l'institution, de développer ces soins spécifiques dans leurs institutions ont été confrontés à ces types de difficultés et n'ont pu, en France, mener à bien leur projet. L'UTES a trouvé un soutien, peu à peu, grâce au réseau des professionnels et des associations mobilisés autour du thème de la souffrance psychique des personnes sourdes (qui a fait en 2010-2012 l'objet d'une grande enquête nationale largement relayée dans les media). Il reste à créer ce type de dispositif de soins à l'ensemble du territoire national (l'Île-de-France ne représente qu'1/5ème de la population française) et à développer la dimension de la prévention des troubles psychiques chez les enfants sourds, diagnostiqués de plus en plus tôt.

Bibliografia

- 1 Dethorre M., Surdités : facettes d'histoires, de corps et de langues, « La parole des sourds », Psychanalystes, Revue du Collège de psychanalystes n°46-47, 1993.
- 2 Dethorre M., Une apostrophe « muette ». Eléments de transfert et contre transfert avec des analysants sourds, Psychologie Clinique, nouvelle série, n°6, L'Harmattan, 1998 « Surdités, tache aveugle ».
- 3 Farges N., L'oracle est-il prévenant ?, Actes des 9^{èmes} Journées d'Etudes de l'association Ramses « Lorsque l'enfant sourd paraît...Prévention des troubles psychiques du bébé et du jeune enfant sourd » du 12 octobre 2007, Paris.
- 4 Delaroche J.M., L'entretien thérapeutique avec une personne sourde, Surdité et santé mentale. Communiquer au cœur du soin, Les Cahiers de Sainte-Anne, Editions Lavoisier (à paraître).

L'entretien thérapeutique avec une personne sourde

Dr. DELAROCHE, Jean Michel (Francia)

En préambule à ce chapitre il faut préciser que nous traiterons ici de la rencontre entre un soignant «entendant» (psychiatre, psychologue ou psychanalyste ou tout autre intervenant dans le champ de la psychiatrie) et un patient sourd, cas de figure le plus habituel étant donné la fréquence encore trop faible des soignants sourds en France. Par commodité, nous parlerons de «sourds» ou d'«entendants», selon que la personne a ou non une difficulté avec son audition.

3.1.1. La diversité des sourds

Pour un thérapeute entendant, la rencontre avec un sourd recouvre une très grande diversité de situations. Qu'est-ce qu'un sourd? Qu'est-ce qu'un entendant? Je prendrai, pour aujourd'hui, une définition qui en vaut une autre mais qui me semble ouvrir sur une des questions fondamentales lorsqu'on tente de se représenter comment vivent les sourds : les sourds sont « des êtres humains pour lesquels une des voies perceptives habituelles pour appréhender le monde, l'audition, ne va pas de soi ». Chez les autres êtres humains, en effet, appelés par certains sourds les « entendants », la construction du monde par l'audition, grâce à un accès facile et naturel à la langue orale, est implicite. L'audition peut :

- être altérée ou inexistante in utero, autour de la naissance ou un peu après c'est-à-dire, dans tous les cas, avant l'apparition du langage: ce sont les surdités «pré-linguales».
- être altérée ou avoir disparu après l'apparition du langage : ce sont les surdités «post-linguales». Celles-ci peuvent survenir de 18 mois à la fin de la vie...

Selon la profondeur du déficit auditif, on parlera de sourds («sourds-muets», disait-on au temps de l'Abbé de l'Épée), de demi-sourds ou de malentendants, de devenus-sourds... Ils ont tous en commun de ne pouvoir entendre et donc comprendre une bonne partie du monde qui les entoure, dont le sens est dominé par la langue orale (notons, au passage, que si le monde était constitué en majorité de sourds signant, cette définition serait caduque). Au-delà de leur nombre et de leur diversité, les « sourds » sont donc:

- des êtres pour lesquels la construction du monde (et de son principal outil, le langage), ne va pas de soi (sourds pré-linguaux),
- des êtres qui perdent, plus ou moins précocement, des repères fondamentaux pour être en relation avec le monde (sourds post-linguaux, devenant ou devenus-sourds).

3.1.2. Une clinique particulière

Toute relation intersubjective nécessite une identification croisée. Or la relation particulière qui s'installe entre un

soignant entendant et un patient sourd est liée à une différence fondamentale d'être-au-monde entre les deux locuteurs. L'absence d'audition (ou toute entrave à celle-ci) chez l'un des locuteurs entraîne une modification profonde du rapport de l'un à l'autre. Comme le disait le sociologue Bernard Mottez: "Il faut être au moins deux pour qu'on puisse parler de surdité. La surdité est un rapport. C'est une expérience nécessairement partagée"(1). La surdité affecte l'entendant qui est confronté à un sourd. C'est donc une clinique particulière qui s'élabore entre un patient sourd et un thérapeute entendant car le thérapeute perd ses repères (théoriques, mais aussi perceptifs, langagiers, corporels...). Face à un patient entendant, même si celui-ci est autiste, le thérapeute entendant peut se « raccrocher » à un pré-supposé fondamental : de la voix, c'est à dire de la parole vocale du thérapeute, le patient peut en ouïr quelque chose. Ce pré-supposé fonctionne de manière implicite, presque à l'insu du thérapeute. Il lui permet de s'identifier à son patient. Or face à un sourd, ce repère fondamental et implicite vacille et peut même disparaître! Comment comprendre cette perte de repère? Les psychanalystes qui travaillent avec les sourds nous renseignent, grâce à l'analyse du contre-transfert, sur les représentations inconscientes de la surdité chez les entendants. Pour Martine Dethorre, « la surdité renvoie à celui qui parle la sensation d'une absence, d'un vide partiel en lui-même comparable à la perte d'une partie de soi (la parole et, par extension, la langue) entraînant une souffrance narcissique importante (...). La confrontation avec un sourd génère un risque fantasmatique majeur de perte au niveau de l'image du corps, c'est-à-dire de destruction narcissique, de déliaison interne»(2). Chez le thérapeute, elle provoque un sentiment d'impuissance : perte du savoir, du pouvoir de suggestion... Ces représentations inconscientes sont assez terrifiantes et renvoient aux représentations des sourds-muets dans l'Histoire, qui associaient ceux-ci à l'animalité, la folie ou la mort...(3)

3.1.3. Une résistance à penser la surdité

La surdité déclenche donc chez les entendants des angoisses très fortes, liées à des fantasmes inconscients, de l'ordre de l'effroi. Ces angoisses sont en grande partie inconscientes et entraînent des réactions de défense souvent vives et efficaces. Ces réactions de défense sont du même ordre que celles qui se mettent en place contre une angoisse psychotique: déni, projection, annulation. En témoignent notamment:

- les projections sur le corps de l'enfant sourd observées chez les professionnels de la surdité (médecins ORL ou phoniâtres, audioprothésistes, orthophonistes): «l'enfant n'est plus regardé comme un enfant mais comme un objet d'études voire d'expérimentations visant à l'émergence de la parole (vocale) quelles qu'en soient les conséquences

psycho-affectives» (2)

- Le déni de la surdité, qui affecte aussi bien les professionnels que les parents: «ce déni confine parfois à une véritable phobie de la surdité et de tout ce qui la met en évidence (et notamment la LSF)» (4). Certains comptent de prises en charge psychiatriques concernant des enfants sourds psychotiques ne mentionnent pas le mot surdité: sourd ou psychotique, il faut choisir! La moitié de mes collègues psychiatres auxquels je parle de ma pratique clinique avec des sourds associent immédiatement et spontanément sur les...aveugles! Circulez, il n'y a rien à entendre!!!

Une des formes du déni peut être l'évitement de penser la surdité sous tous ses aspects: on voudra, par exemple, la réparer absolument, donner des réponses exclusivement médicales, ne pas voir, au-delà de la surdité, le Sujet et ses besoins psycho-affectifs. Ces mécanismes de défense constituent une véritable résistance à penser la surdité sous tous ses aspects. Ceci explique en grande partie le manque d'intérêt des milieux psychiatriques et psychanalytiques pour les sourds et la surdité. Mais ils ne sont pas les seuls à exprimer cette « résistance ». Lors d'un colloque, un ethnologue, fin connaisseur des tribus amazoniennes au milieu desquelles il avait vécu de longues périodes de sa vie (et donc, un spécialiste de l'altérité!), parlait des sourds signant qu'il apercevait dans le métro comme «le comble de l'altérité»...

3.1.4. Quelques principes fondamentaux pour l'entretien

De ces considérations préliminaires découlent quelques principes fondamentaux qui doivent guider, lorsqu'on est un soignant entendant, la rencontre avec un patient sourd (quel que soit le niveau de surdité de celui-ci).- Faire «l'expérience de la surdité» est un préalable à toute rencontre avec un patient sourd. Si on ne peut, lorsqu'on est entendant, expérimenter directement la surdité (à moins d'avoir souffert soi-même d'une surdité transitoire) on peut, en revanche, faire celle d'avoir à communiquer sans sa propre langue et donc, sans l'oral, uniquement avec les yeux et le corps. Cette première étape est réalisée par le tout premier stage de Langue des Signes Française, dit «de communication non verbale» (tel qu'il était réalisé par l'International Visual Theater (I.V.T.), il y a quelques années, à Paris). Une semaine en «immersion» avec un professeur sourd, avec la consigne formelle de ne pas communiquer oralement, permet de faire comprendre la place de la vision et du corps, et de faire l'expérience de l'incompréhension dans laquelle est placé, au quotidien, le sourd vivant au milieu d'entendants. Cette expérience est parfois la première rencontre avec un sourd, pour certains professionnels.- Apprendre la Langue des Signes Française est une démarche incontournable, avant tout pour communiquer avec les sourds signants, mais aussi pour aider à la communication avec les sourds dits «oralistes» qui, pour beaucoup, connaissent un certain nombre de signes de la LSF. Le LPC (Langage Parlé Complété) quant à lui, permettant d'aider à comprendre le français oral, est

utilisé par certains. Nous n'avons pas l'expérience de cet outil (par ailleurs très utile pour apprendre le français oral et écrit).- Enfin, se former à la surdité sous ses aspects plus vastes est également indispensable :

- histoire de la surdité et de ses représentations à travers les âges,
- prise en charge médicale de la surdité, appareillages,
- enseignement et éducation spécialisés, non seulement pour connaître tout ce qui a trait à la surdité mais aussi pour comprendre ce que vit un sourd dès la découverte de sa surdité.

3.1.5. L'entretien proprement dit

La parole n'a de sens qu'adressée à un autre et si ce celui à qui elle est adressée en accuse réception, assurant à l'émetteur du message (et le rassurant) que celui-ci a été bien entendu, voire compris. Cette nécessité fondamentale, qu'on pourrait considérer comme la condition préliminaire à l'échange (à la communication), requiert le partage d'un langage c'est-à-dire, dans l'idéal, d'une langue.

Schématiquement peuvent se distinguer divers types d'entretiens avec des sourds:

- selon le degré de surdité de la personne sourde: surdité légère ou moyenne, surdité sévère ou profonde
- selon le mode de communication utilisé: français oral et/ou écrit, français signé, LSF...Quelques duos cliniques, entre voix et regard, paroles et gestes (avec parfois, quelques «dialogues de sourds») permettront d'illustrer la complexité et la richesse de ces rencontres.

3.1.5.1. L'entretien avec une personne présentant une surdité légère ou moyenne:

L'entretien se fait en général oralement sans recours à l'écrit. Il nécessite de bonnes conditions de réalisation: absence de bruit de fond ou de bruits parasites, face-à-face strict en évitant de tourner la tête afin de faciliter la lecture labiale, élocution correcte de l'émetteur (qualité de l'articulation plus que niveau de l'émission sonore). En cas d'incompréhension, le sourd fait répéter le soignant entendant (dans le meilleur des cas), car si le patient n'est pas suffisamment en confiance avec le soignant, il ne fera pas répéter celui-ci et fera...ce qu'il fait depuis toujours face à l'entendant: semblant d'avoir compris! Cette demande de répétition induit souvent chez le thérapeute (pour peu qu'il soit un minimum à l'écoute de ses propres mouvements psychiques) un mouvement d'irritation auquel succède immédiatement un mouvement projectif, qui pourrait se résumer par «je n'ai pas été entendu par l'autre», alors même que bien souvent, c'est le locuteur émetteur qui a tourné la tête, mal articulé ou baissé le niveau sonore de son émission... La personne sourde est, en effet, rarement responsable de l'incompréhension, ayant pris l'habitude depuis longtemps, face à un entendant, d'être concentré sur le message, les yeux rivés aux lèvres de l'interlocuteur! La qualité de l'émission orale du patient, quant à elle, peut être très variable. Schématiquement, elle est d'autant plus

compréhensible, que le déficit auditif est plus modéré ou moins profond (mais ceci n'est pas une règle car certains sourds profonds ont une excellente élocution orale). Le risque majeur d'une bonne oralisation du patient est, pour le thérapeute, "d'oublier" la surdité du patient. La prise en compte de la surdité (c'est à dire de ses effets, de ce que le patient a vécu en raison de cette surdité, de ce qu'elle induit dans la relation, avec le risque d'incompréhension et de malentendu...) demande un effort soutenu du thérapeute (entendant) dont le penchant naturel est de s'identifier à un patient entendant. Ces avatars de la compréhension langagière entre entendant et sourd se conjuguent avec ceux de l'inconscient, la «surdité psychique» étant, elle, également partagée entre les deux locuteurs.

Cas clinique: Didier

Didier a 28 ans. A l'âge de 16 ans, il a brutalement présenté des troubles de l'audition: surdité «moyenne-sévère», probablement d'origine génétique, deux frères ayant eu des problèmes similaires, dépistés au service militaire.

Il m'est adressé par son psychiatre psychothérapeute pour un avis sur l'articulation éventuelle entre troubles psychiques et surdité. De fait, Didier souffre : de ne pas comprendre ce qu'on lui dit et d'interpréter tout ce qui est dit comme étant contre lui. Il se sent agressé par le regard de l'autre et a une très mauvaise image de lui-même. Le psychiatre parle de «sensitivité». Ma première intervention vise à rassurer le patient en l'aidant tout d'abord à accepter sa surdité (porter ses appareils dans les situations de dialogue par exemple, se rapprocher d'une association de «devenus-sourds»...) mais je me heurte à une violente opposition. Il est persuadé que sa surdité est psychique (ne s'est-elle pas déclarée à l'adolescence, après qu'une fille, dans un bal, ait refusé de danser avec lui...) ou que celle-ci est en grande partie conditionnée par son état émotionnel. C'est cela qu'il veut travailler avec moi et il me demande, dès le troisième entretien, de le prendre en psychothérapie, ayant «confiance en moi à cause du regard», dit-il (son thérapeute acceptera avec empressement ce changement...). Ces paroles reflètent l'importance du regard pour les sourds : «...quand un regard est fermé ou triste, je pense immédiatement que c'est à cause de moi et je me renferme...Chaque fois qu'on me regarde, je sens un sourire, un jugement, une moquerie... Dans la maison, je vois tout !... Devant le regard des gens, j'imagine ce qu'ils pensent... Si on ne me regarde pas, je me sens isolé...».

Didier évoque aussi son père, boucher dans l'est de la France, véritable patriarche, autoritaire, ne s'adressant jamais à ses enfants, comme absent, ne parlant pas et n'autorisant pas que ses enfants lui «répondent». La voix de Didier est fluette mais la surdité ne semble pas avoir affecté sa diction, en tout cas je l'entends (au sens de l'audition) parfaitement. Ma voix, en revanche, est affectée par sa surdité. Il m'apporte un jour ses courbes audiométriques et me demande si je lui parle normalement ou si «j'augmente le volume» :

- Thérapeute (fort): je suis obligé d'adapter!
- Didier: vous me suggérez une thérapie?
- Thérapeute (fort): ce qui est important, c'est peut-être la question de votre désir!?
- Didier: de mes délires?

Je suis, en fait, obligé de doubler mon niveau d'émission d'émission vocale, ce qui n'a pas pour effet d'augmenter son niveau de compréhension. Parler fort, c'est aussi hausser le ton, gueuler, engueuler. Je me trouve d'emblée dans la position de son père, qui réprimande sans entendre. Il me fait souvent répéter et fait de nombreuses erreurs d'interprétation, à l'origine de malentendus:

- Didier: la semaine dernière, vous m'avez fait répéter (sous-entendu: vous n'avez pas entendu...). Je croyais avoir dit «chez moi» et j'ai dit «chez nous»...
- Thérapeute: on dit souvent, en parlant de son village, ou d'un petit pays, «chez moi» ou «chez nous», mais vous avez dit «chez nous» (je lui souligne l'indifférenciation dans laquelle il se trouve vis-à-vis de son groupe familial auprès duquel, invariablement, il passe tous ses week-ends...).
- Didier: j'entends mon père mais je ne comprends pas ce qu'il me dit. Je lui réponds sur ce que j'ai compris. Il ne comprend pas ce que je dis, mais il n'est pas le seul: tout-à-l'heure, vous avez dit «petit pays» et j'ai entendu «petit pénis» J'écoute ce que je veux entendre !!!

Dans cette situation rocambolesque entre un fils «sourd-parlant» et un père «entendant-muet», le regard est tout-puissant et persécuteur: «Mon père me dit souvent: tu parles avec les yeux, tu as le regard qui tue ! Il est mal à l'aise par rapport à mon regard, et moi par rapport au sien: on ne sait pas ce qu'il pense... ».

3.1.5.2. Entretien avec une personne présentant une surdité sévère ou profonde:

On peut distinguer, schématiquement, plusieurs situations:

- le patient est oraliste ou non, locuteur en LSF ou non.
- Le thérapeute est locuteur en LSF ou non (mais nous avons vu que la clinique avec un patient sourd implique une démarche d'apprentissage de cette langue), son niveau en LSF est aussi un facteur déterminant de la qualité de l'entretien.

3.1.5.2.1. Patient oraliste, non locuteur en LSF:

C'est la situation, à mon sens, la plus difficile en ce qui concerne la compréhension mutuelle car la compréhension du patient repose essentiellement sur la lecture labiale et celle du thérapeute sur l'intelligibilité de l'oralisation du patient. L'écrit représente une aide non négligeable, mais l'accès du patient au français écrit peut être très variable d'un patient à l'autre. Les signes, quand ils sont connus du patient, peuvent l'aider à comprendre le thérapeute qui s'exprime en français signé (aide à la lecture labiale) mais ils ne sont pas utilisés par le patient pour s'exprimer.

Cas clinique: Christiane

Christiane a 35 ans. Elle est mère d'un petit garçon de 10 mois et est « amenée » par sa propre mère car elle présente une dépression depuis plusieurs mois. La grossesse a été difficile (anxiété, vertiges, dépression). Elle est en instance de séparation d'avec son compagnon, un « demi-sourd » qu'elle connaissait depuis un an lorsqu'elle est tombée enceinte mais cette grossesse n'était pas désirée. Les difficultés liées à l'accueil d'un nouveau-né ont précipité la séparation du couple qui n'arrivait pas à s'entendre. Les parents de Christiane, et notamment sa mère, étaient omniprésents dans la vie de ce couple.

Christiane est sourde profonde et a « bénéficié » d'une éducation purement oraliste: rééducation de la voix sans accès à la langue des signes. Je ne comprends quasiment rien à son expression vocale, ce qui est pathétique lorsqu'on sait l'énergie dépensée par un enfant et sa famille, ses éducateurs et ses rééducateurs dans le cadre d'une éducation oraliste... Je n'entends rien à ses paroles ! Je la fais répéter, propose des interprétations, je donne de la voix et du geste... Paradoxe : Christiane semble assez bien comprendre les signes de la L.S.F., qui l'aident parfois à comprendre ma parole, mais ne les utilise pas pour s'exprimer. Nous finissons par nous comprendre parfois, mais les entretiens sont épuisants. Elle ne semble pas dans la langue : je passe une grande partie de la séance à tenter de repérer le sujet (grammatical ?) de ses phrases. Parle-t-elle d'elle-même, de son fils, de sa mère ou de son père ? Le temps de la séance n'est pas le même que pour un entretien ordinaire... Christiane ne me met-elle pas dans cette contrainte qu'elle a dû subir pendant toute sa vie et notamment pendant son enfance, celle d'avoir à déchiffrer, décrypter une langue qu'elle n'entendait pas?

Seule sa mère la comprend bien, ce qui met celle-ci dans une position particulière, incontournable, celle d'être l'interprète de sa fille dans toutes les situations sociales, c'est-à-dire de ne jamais se séparer d'elle.

3.1.5.2.2. Patient non oraliste, locuteur en LSF :

Cette situation est plus claire, dans un certain sens car elle implique que le thérapeute ait un certain niveau de LSF, en compréhension et en expression, l'idéal étant évidemment qu'il ait un usage relativement fluide de la LSF. L'échange langagier se fait alors dans la langue du patient.

En psychiatrie, le niveau de langue du patient peut être très variable. Il ne peut, en tout cas, être apprécié que par un professionnel sourd signant ou par un très bon connaisseur de la LSF. C'est dire l'importance, dans certains cas, de pouvoir mener les entretiens en binôme professionnel entendant-professionnel sourd.

Dans le service public, il y a aussi la possibilité de faire appel à des interprètes LSF. Même si le thérapeute a une certaine connaissance de la LSF, l'appel à un interprète peut faciliter l'échange et a un effet «symbolique» fort, celui de reconnaître pleinement le patient dans sa langue.

Outre la grande fluidité de l'entretien qu'il permet (chacun s'exprime dans sa langue et les bons interprètes savent se faire "oublier"), l'appel à un interprète a des conséquences sur la relation soignant-soigné et le lien transférentiel. Un patient qui se sent "reconnu" acceptera généralement plus facilement, par la suite, un entretien sans interprète (indisponibilité de ce dernier, situation d'urgence, psychothérapie individuelle). En revanche, l'usage de l'interprète en psychiatrie peut présenter l'inconvénient de faire méconnaître le caractère délirant du discours d'un patient, notamment lorsque celui-ci n'est pas patent: tout interprète a, en effet, tendance à se raccrocher au «sens» de sa traduction et à livrer une version «sensée» de l'expression du patient. C'est dire l'importance de travailler avec des interprètes habitués aux situations psychiatriques, avec lesquels une relation de confiance peut s'installer (la question de l'intervention de l'interprète dans l'entretien thérapeutique mériterait de très amples développements qui n'ont par leur place dans ce chapitre).

Un autre indicateur important, en psychiatrie, est la capacité ou non du patient à s'adapter au niveau de LSF du thérapeute. Certains sourds signant extrêmement rapidement (notamment les adolescents, mais pas seulement...) se montrent dans l'incapacité d'ajuster leur expression signée à la compréhension du thérapeute, malgré les signaux d'incompréhension adressés par celui-ci. Cette incapacité indique notamment une difficulté à prendre en compte la réalité psychique de l'autre comme dans certaines pathologies dites narcissiques. Les psychanalystes qui travaillent avec les sourds nous renseignent, grâce à l'analyse du contre-transfert, sur

Enfants sourds de parents entendants: quelle(s) culture(s)?

Quel partage de langues?

Dr. DELAROCHE, Jean Michel (Francia)

Quatre-vingt quinze pour cent des enfants sourds naissent de parents entendants, vivant dans une société où la langue orale, majoritaire, domine.

Les enfants sourds sont donc amenés à grandir dans un environnement familial, social et culturel dont la langue, orale, leur est d'un accès difficile voire, dans certains cas, impossible. De plus, même lorsqu'ils accèdent à l'oral et/ou lorsqu'il existe une langue des signes partagée à la maison, une grande partie de ce qui se parle autour de l'enfant lui échappe : tout l'implicite, dans la langue et la culture, auquel l'enfant entendant a, lui, naturellement accès... L'imprégnation de l'enfant sourd dans la culture portée par la langue orale est donc nécessairement tronquée, parcellaire et amputée de tout ce qui fait l'implicite de la langue.

Tout enfant a besoin, le plus tôt possible, pour se construire, d'une langue, nécessairement partagée, et seule la langue des signes (LSF, en France) peut lui garantir un développement langagier précoce. En effet, même en cas d'efficacité de la réhabilitation de l'audition (notamment grâce à l'implant cochléaire), l'enfant sourd profond reste de nombreux mois sans pouvoir décoder la langue orale. Si la LSF ne lui est pas proposée, cette période de privation de langue est très préjudiciable à son développement psychique. Par ailleurs, malgré l'évolution des techniques et des rééducations, un certain nombre d'enfants n'entreront pas de façon satisfaisante dans la langue orale, et seront donc en difficulté pour se construire psychologiquement s'ils n'ont pas accès à la LSF. D'autres rencontrent malheureusement la LSF tardivement, alors que l'échec de la langue orale est devenu flagrant (l'enfant est généralement alors orienté en milieu scolaire bilingue), ou à l'adolescence lorsque le besoin de communiquer ou le désir d'émancipation pousse le jeune vers des camarades signants. Dans tous les cas, le partage de la LSF et de la culture qu'elle porte est et sera donc nécessaire au développement de l'enfant au sein de sa famille.

La LSF, langue aisément accessible à l'enfant sourd n'ayant pas de trouble visuel associé, lui permet, si elle lui est proposée dès son plus jeune âge, de structurer le monde et sa pensée. Lorsqu'il accèdera à l'oral, il choisira alors la langue dans laquelle il se sent le plus à l'aise, celle qui est la plus investie, tout en restant dans un bilinguisme relatif ou absolu selon ses besoins en communication intra-familiaux et sociaux (école). S'il n'accède pas (ou pas de manière satisfaisante) à l'oral, la LSF, qui lui aura permis de mettre du sens sur le monde, continuera à lui assurer son développement psycho-affectif, langagier et cognitif. Une remarque s'impose sur l'appétence des enfants sourds à la LSF : il suffit de voir le regard et l'attention

d'un jeune enfant sourd qui rencontre pour la première fois un enfant ou un adulte signant pour se convaincre d'un aspect pulsionnel particulier chez l'enfant sourd, s'étayant sur une fonction visuelle intacte alors que la fonction auditive est défaillante : la pulsion invocante ou vocale, qui a pour objet la voix et la parole vocale chez le sujet entendant, fait place, chez le sourd, à la pulsion scopique, ayant pour objet le geste et le signe... Une adulte sourde, oralisée, bien insérée dans le monde entendant et ayant rencontré tardivement, à l'adolescence, la LSF témoignait récemment dans une émission de télévision : "La langue des signes, je la sens dans mon corps... C'est ma langue!". C'est dire à quel point, même d'acquisition tardive, la LSF prend appui sur un ancrage corporel.

Cependant, il n'est pas évident, pour des parents entendants, de transmettre à leur enfant dans une autre langue que celle de leurs ancêtres : « Si vous proposez aux enfants sourds la langue des signes, me disait il y a une vingtaine d'années le président d'une association de parents d'enfants sourds, vous allez produire quatre vingt quinze pour cent d'orphelins! ». Ce « cri du cœur » indique bien l'importance et la nécessité, pour un parent, de transmettre (dans) sa propre langue et la difficulté de partager une autre langue que la sienne avec son enfant...

L'accès de l'enfant à la LSF nécessite donc que les parents soient parties prenantes, afin que l'enfant puisse s'approprier celle-ci dès son plus jeune âge. Cet accès précoce de l'enfant et de sa famille à la LSF comporte une condition préalable : que les parents, dans la période qui suit le diagnostic, rencontrent des personnes qui leur parlent de la surdité autrement que comme une déficience à réparer ou un handicap à pallier. Or les premières personnes rencontrées par les parents autour du diagnostic de la surdité sont généralement des professionnels de la déficience et du handicap. Il importe donc que ceux-ci soient suffisamment ouverts (ou préconisent suffisamment l'ouverture...) à la dimension psychologique et culturelle de la surdité, pour leur indiquer l'existence d'autres personnes et lieux parlant de la surdité d'une autre place. Ceci implique que les parents ne soient pas enfermés dans un seul discours et rencontrent un autre discours sur la surdité que le discours médical, somme toute. Un premier partage peut alors avoir lieu, un partage de savoirs, qui en mènera à d'autres.

Dans tous les cas, l'investissement de la LSF par l'enfant ou l'adolescent nécessite, pour les parents, de partir sur un chemin vers cette langue, porteuse d'une culture spécifique, la culture sourde. La LSF est, comme les langues sans écriture, de tradition orale ou plutôt, gestuelle. Elle fait entrer l'enfant ou l'adolescent dans une

culture radicalement différente de celle de ses parents, une culture étrange, voire étrangère, alors que, pour l'enfant, la LSF et sa culture apparaît comme "naturelle"... Le dicton « nul n'est prophète en son pays ou sa famille » indique bien le fait qu'une parole propre ne peut être reconnue qu'en dehors du groupe familial ou social ou qu'il lui faudra faire un long chemin pour être reconnue. Dans le cas d'un enfant sourd qui s'approprie la LSF en-dehors du groupe familial (c'est encore très souvent le cas), celui-ci peut apparaître et se sentir comme étranger à sa propre famille. L'enfant sourd qui parle une autre langue que celle de ses parents confronte ses parents à une étrangeté familière, à l'Unheimliche décrit par Freud.

Accepter cette étrangeté et la nécessité d'une autre langue pour leur enfant est un véritable travail psychique pour les parents qui se situe bien au-delà de l'apprentissage d'une langue étrangère : il s'agit à la fois d'un travail de deuil (séparation) et d'élaboration permettant d'accueillir, en soi, une différence et une altérité radicales émanant de la "chair de leur chair"... Tout parent doit, en effet, "faire le deuil" de l'enfant imaginaire, rêvé. Le parent entendant d'un enfant sourd doit aussi, non seulement faire le deuil de l'enfant entendant-parlant mais aussi accueillir l'altérité de celui-ci. Cette altérité pousse très tôt l'enfant vers des repères identificatoires dans le monde de la surdité, vers des identifications secondaires qui vont être très puissantes et prégnantes, créant et renforçant un sentiment d'appartenance à la culture sourde qui peut même entraîner une sensation d'exil au sein de sa propre famille. Ce mouvement vers l'autre ou vers un autre groupe social, qui se produit naturellement chez l'enfant entendant à l'adolescence, se produit très tôt chez l'enfant sourd alors même que, parfois, ses parents n'ont pas encore parcouru le chemin pour s'identifier à cet enfant si différent d'eux. L'accueil de l'altérité nécessite, en effet, d'être relativement "au clair" avec sa propre construction personnelle et d'être capable d'une certaine ouverture à l'inconscient, c'est-à-dire à l'autre en soi. Car, comme le disait le poète Rimbaud : Je est un autre...

Pour parvenir à faire ce chemin, l'un vers l'autre et ensemble, parents et enfant devront vivre un partage de langues et de cultures.

Creación de consultas médicas en lengua de señas en Francia (1995) y en Uruguay (2012). Proyectos en Camerún y Túnez

Dr. Jean Dagon

En Francia, las U.A.S.S. son unidades hospitalarias reglamentadas. A partir de una lengua poco conocida y no enseñada, estas unidades se dotaron de una competencia lingüística en catorce estructuras hospitalarias. Desde que el obstáculo lingüístico fue eliminado, 12 mil sordos tienen la posibilidad de tratarse en condiciones que se aproximan a las de la población general. Un proceso similar en Uruguay desde julio 2012.

Problemática lingüística general recogida de la experiencia en Francia

Los sordos utilizan dos lenguas "orales": 1) la lengua del país de residencia, lengua que perciben, en su versión vocal, a través de la lectura sobre los labios 2) la lengua de señas. Estas dos lenguas son utilizadas en situaciones diferentes. La lectura labial alcanza para comprar pan, hacer las compras y en situaciones diversas de la vida cotidiana, pero cuando se trata de una enfermedad grave, la lengua de señas es indispensable. En los momentos decisivos de la vida (amor, enfermedad grave, fin de la vida, etc), cada persona elige expresarse en la lengua en la que se siente más cómodo. Esta situación es la misma tanto para los oyentes como para los sordos.

La posibilidad de consultar un médico en la lengua en la que cada uno se siente más cómodo, permite una comprensión recíproca, una relación directa con el médico sin pasar por un allegado (amigo, familia) y es la condición de una asistencia médica de calidad.

Pero el uso de la lengua de señas en el marco de la atención de salud, no es espontáneo. En las relaciones médicos-sordos, 95% de los médicos no perciben la amplitud del déficit de comunicación. Cuando estos médicos preguntan a los Sordos si comprendieron, éstos responden "sí" cuando en realidad un 95% de los pacientes no comprendieron y no se sienten respetados como personas.

¿Qué hacer?

Desde 1995, una nueva respuesta emergió en Francia: la presencia permanente de la lengua de señas en los servicios hospitalarios a través de la creación de unidades regionales para sordos. 16 unidades hospitalarias se instalaron en diez regiones de Francia.

¿Quiénes son los profesionales que trabajan en estas unidades?

- médicos y enfermeros bilingües (hasta el momento existen 16 médicos bilingües, lengua de señas/francés)

- intérpretes de lengua de señas que permiten realizar las consultas con los especialistas.
- asistentes sociales
- profesionales sordos (existen 23 profesionales sordos trabajando en las UASS en Francia)

¿Cuales son los resultados?

Las necesidades de los sordos se volvieron visibles: las UASS (1/3 del país tiene una UASS regional) han recibido 12000 sordos desde la apertura de estas unidades y 2000 consultas mensuales se realizan desde entonces. La posibilidad de recurrir a un intérprete en lengua de señas es necesaria pero no es la solución más eficaz en todos los casos.

En 1994, antes de la creación de la primera unidad, en 39 hospitales de la Asistencia Pública de París había menos de 200 consultas en lengua de señas. La decisión sobre la pertinencia o no de llamar a un intérprete, estaba en manos del personal médico.

Después de la creación de las UASS, son los pacientes sordos y/o los profesionales de dichas unidades que deciden en qué lengua realizar las consultas. Resultado: en 1999 se realizaron 3000 consultas en un solo hospital de París, La Salpêtrière.

El balance de la situación muestra que los sordos constituyen una población mal atendida desde un punto de vista de la salud, que el resto de la población.

La lengua de señas francesa fue reconocida oficialmente en la ley del 11 de febrero de 2005. Esta ley establece que "Los servicios públicos deben ofrecer los dispositivos de comunicación adaptados, a los usuarios que los piden (artículo 78)

La Dirección de los Hospitales (DHOS) realizó un trabajo de reflexión pautado por:

La realización de una Circular (n°DHOS/E1/2007/163 del 20 de abril de 2007). La misión principal de las UASS en lengua de señas queda definida entonces con el objetivo de « garantizar las condiciones de igualdad de acceso a los cuidados de salud de la población en general".

"A partir de ahora no corresponde a los pacientes de adaptarse a la lengua de los profesionales de la salud".

"La transferencia de la exigencia lingüística" se realiza a los equipos que se apoyan en el bilingüismo adquirido durante estos años. "Los equipos están en condiciones de adaptarse a todos los tipos de pacientes: los que hablan una lengua de señas rápida y elaborada, los que utilizan el francés exclusivamente (lectura labial y escrito), los que hablan una lengua extranjera y tienen dificultades de comprensión, de expresión o de comunicación (mímica,

dibujos, etc), los que tienen una discapacidad asociada (física, motora, mental), los sordos ciegos, los oyentes que se volvieron sordos, etc.”.

En conclusión:

Los sordos tienen necesidad de la lengua de señas para ser bien atendidos.

Toda la medicina puede transmitirse en lengua de señas.

La lengua de señas no cuesta cara, no hay necesidad de materiales sofisticados.

Su utilización puede revelarse indispensable en la atención a sordos en todo el país, tanto como lo ha sido en Francia y en Uruguay.

Resumen de la metodología francesa y uruguaya

Creación de una consulta-modelo de medicina general en lengua de señas:

- 1) mejores condiciones de entrada y de acceso a los cuidados de salud para los sordos
 - 2) lugar donde las necesidades reales de los sordos en materia de salud se vuelven visibles
 - 3) centro de recursos para el personal de salud
- centro de competencias para « decir la salud en lengua de señas » en un proceso que ya ha sido experimentado: los profesionales sordos se apropiaron los conceptos médicos y luego los dicen en lengua de señas. Los enfermeros los aprenden y verifican si esta nueva manera de decir la salud es clara y comprensible para los pacientes. Módulos de formación se realizan anualmente. No se trata de crear y de imponer señas sino de apoyarse en léxico existente de la lengua de señas, para explicar las nociones médicas que fueron asimiladas en el trabajo conjunto entre profesionales de la salud y los expertos lingüísticos.

Competencia multicultural y el Profesional de Salud Mental: el respeto de la unidad y la diversidad de la Comunidad Sorda

Dra. Irene Leigh (EE.UU.)

La pluralidad étnica es cada vez más un hecho de la vida en muchos países.

Es un mito que la comunidad del sordo o hipoacúsico borra la influencia de la pertenencia a un grupo diverso. Para ser competente, multicultural, es fundamental que entendamos no sólo la unidad de la comunidad sorda, sino también los contextos sociales de diferentes orígenes étnicos dentro de cada país y cómo estos contextos pueden reforzar las desigualdades y complicar la internalización y la integración de las identidades de los sordos en la comunidad sorda. De esta manera, podemos llegar a ser más sensibles y proveer servicios de una manera más competente.

La pluralidad étnica es cada vez más una realidad en muchos países. Como Aponte, Rivers y Wohl escribieron en 1995: "Tomar nota que el profesional debe tener en cuenta en los pacientes sus características sociales, étnicas, raciales, lingüísticas y otras que los definen culturalmente, se ha convertido en casi una banalidad del oficio. Desarrollar las habilidades y sensibilidades necesarias para que ese axioma no sea sólo un cliché sino una parte vital de la formación clínica y la práctica es imprescindible" (pp. x-xi). Esta cita da cuenta de la importancia del patrimonio cultural de cada persona y la necesidad de los profesionales de la salud mental de respetarlo y ser tan sensibles culturalmente como nos sea posible. Para ser culturalmente competentes, tenemos que entender cómo las culturas se manifiestan de manera diferencial en características tales como las actitudes, las formas de expresión de las emociones, los patrones de relación con los demás, y las formas de pensamiento. Tenemos que sentirnos cómodos de modo tal de estar en condiciones de enfrentar visiones del mundo y expectativas desconocidas. ¿Qué sucede cuando empezamos a trabajar con personas sordas o con problemas de audición que necesitan tratamiento de salud mental? ¿Cómo hacer frente a la interfaz entre las normas culturales de personas oyentes y sordas?

Es un error común pensar que todas las personas sordas son iguales, que están aisladas en su propia comunidad sorda, unidas entre sí y separadas de la sociedad oyente, lo que refuerza el aislamiento. Las personas sordas son diversas. Piensen en su estilo de comunicación, el uso del lenguaje, el nivel educativo, las fortalezas y vulnerabilidades. Piensen acerca de sus diferentes patrimonios culturales. En este continente sudamericano hay personas de todas partes del mundo: de Europa, de Asia y de África, también hay población indígena.

Sin embargo, existe una comprensión compartida, una relación basada a menudo en el uso de un lenguaje visual y la experiencia de la discriminación y la opresión de una sociedad oyente que suele tener bajas expectativas respecto de este grupo de individuos únicos. A menudo hay un sentido de resiliencia, de supervivencia frente a estas circunstancias. Cuando las personas sordas buscan psicoterapia, muchos profesionales de la salud mental que no son culturalmente sensibles suelen pensar que la sordera es un problema. Pero este no es siempre el caso y las circunstancias individuales necesitan ser exploradas. Les daré un ejemplo:

Demasiadas personas han hecho preguntas tales como: ¿Qué eres primero?, ¿negro o sordo? ¿Qué eres primero?, ¿brasileño o sordo? Sin embargo, es un mito que el carácter común de ser sordos o hipoacúsicos siempre borra la influencia de la pertenencia a un grupo diverso (Leigh, 2010). Esto sugiere que ser sordo implica comprender las cuestiones culturales de los sordos que son diferentes de la herencia cultural de los oyentes, dentro de la cual la persona sorda ha nacido, y que son ambos componentes por separado los que constituyen la identidad de la persona sorda. Para ser multiculturalmente competente resulta fundamental que entendamos no sólo la unidad de la comunidad sorda y lo que significa ser sordo, sino también los contextos sociales de diferentes orígenes étnicos dentro de cada país y cómo estos contextos pueden reforzar las desigualdades y complicar la internalización y la integración de las identidades sordas, junto con las identidades culturales dentro de la gran comunidad sorda.

Los profesionales de la salud mental necesitan entender cómo la dimensión sorda se enriquece por el patrimonio cultural dentro del cual ha nacido nuestro paciente. Necesitan ser sensibles y entender cómo las formas en que los atributos culturales de audición y la dimensión de la sordera interactúan y juegan durante el proceso terapéutico. Necesitan entender cómo ambos patrimonios se integran y qué conflictos potenciales pueden traer los pacientes a la situación psicoterapéutica. Necesitan entender cómo las personas sordas pueden conservar sus propios atributos culturales y, sin embargo adaptarse a las culturas oyentes. Tal como explican Wu y Grant (2010), personas sanas, sordas asiáticas americanas son capaces de integrar su identidad étnica y cultural, a saber, la etnia asiática, su ser americano y su experiencia como sordos. Son capaces de adaptarse en ambientes culturalmente diferentes. Se sienten cómodos dentro de sus diversos grupos: asiático, americano y sordo. Lo

mismo ocurre con personas sanas, latinas y sordas en los diversos países de América Central y América del Sur (Hidalgo & Williams, 2010), y también para las personas sordas con otras herencias culturales.

¿Qué pueden hacer los terapeutas para ayudar a estos individuos sordos a integrar sus complejas identidades culturales? En primer lugar, es fundamental reconocer que cada paciente sordo tiene potencial. Cada paciente sordo cuenta con varios tipos de experiencias culturales dentro de la comunidad sorda y sus comunidades culturales de origen. Cada paciente sordo tiene únicos y diferentes niveles de acceso a la información aportada por sus familias de origen. Cada paciente sordo tiene diferentes roles dentro de su familia y su cultura. Los terapeutas necesitan entender cuáles son, en su intento de desarrollar estrategias de intervención. Al mismo tiempo, los terapeutas deben investigar sus habilidades en dos direcciones: en primer lugar, reduciendo al mínimo las barreras individuales, comunitarias y sistémicas entre y dentro de la audición y la sordera, y entre los grupos culturales. En segundo lugar, por la construcción activa de puentes entre las respectivas comunidades (Wu & Grant, 2010). Hay recomendaciones prácticas (Eldredge, 2010; Hays, 2009) que se presentarán durante la ponencia, como por ejemplo, estar atento a la oportunidad de mostrar el deseo de aprender acerca de los diferentes atributos culturales, diseñar intervenciones que sean sensibles a las expectativas de valor cultural para personas sordas y con influencia del hogar cultura, y las intervenciones enmarcadas en la armonía física y espiritual.

En conclusión, para ser multiculturalmente competente, es muy importante que entendamos no sólo la unidad de la comunidad sorda y de lo que significa ser sordo, sino también los contextos sociales de los diferentes orígenes étnicos dentro de cada país y cómo estos contextos pueden reforzar las desigualdades y complicar la internalización y la integración de las identidades sordas dentro de la comunidad en general. De esta manera, podemos llegar a proveer un servicio más sensible y competente.

Bibliografía

- Aponte, J., Ríos, R., & Wohl, J. (Eds.). (1995). *Intervención psicológica y la diversidad cultural*. Boston, MA: Allyn & Bacon.
- Eldredge, N. (2010). Culturalmente sensible psicoterapia con personas sordas indios americanos. En I.W. Leigh (Ed.). *Psicoterapia con clientes sordos de diversos grupos* (pp. 183-209). Washington, DC: Gallaudet University Press.
- Hays, P. (2009). La integración de la práctica basada en la evidencia =, la terapia cognitivo-conductual, terapia y multicultural: Diez pasos para una práctica culturalmente competente. *Profesional de Psicología, Investigación y Práctica*, 40 (4), 354-360.
- Hidalgo, L. & Williams, S. (2010). Latinos individuos sordos y sus familias. En I.W. Leigh (Ed.). *Psicoterapia con clientes sordos de diversos grupos* (pp. 237-257). Washington, DC: Gallaudet University Press.
- Leigh, I.W. (2010). *Psicoterapia con clientes sordos de diversos grupos*. Washington, DC: Gallaudet University Press.
- Wu, C. & Grant, N. (2010). Asiático-americanos y sordos. En I.W. Leigh

(Ed.). *Psicoterapia con clientes sordos de diversos grupos* (pp. 210-236). Washington, DC: Gallaudet University Press.

Implantes cocleares: Nuevas Perspectivas de los padres y adultos sordos

Dra. Irene Leigh (EE.UU.)

Los implantes cocleares ya no son una novedad. En el comienzo, para muchos miembros de la comunidad sorda, el tema de los implantes cocleares provocaba ansiedad, enojo, frustración y rechazo por el procedimiento quirúrgico y el concepto de necesitar restablecer el sentido perdido de la audición. Algunos vieron esto como un ataque a “una forma visual de vivir” y al lenguaje de señas de la gente sorda. Ellos reaccionaron en forma negativa al marketing de los implantes cocleares como “curas milagrosas” para la patología de la sordera y como forma de garantizar el lenguaje hablado y el acceso a la sociedad oyente. En los años 70 y 80 hubo fuertes protestas en Francia, Australia y en los Estados Unidos, (Christiansen & Leigh, 2002/2005). Estas protestas incluían ataques hacia padres que creían ingenuamente en los “milagros” de los implantes cocleares. Algunos ejemplos de estos ataques serán expuestos. Tales protestas aún suceden, pero la situación actual es que muchos países del mundo tienen ahora niños, jóvenes y adultos sordos con implantes cocleares. Miles de cirugías de implantes cocleares aún suceden cada año.

Los padres son quienes toman las decisiones sobre implantar a sus hijos sordos. El proyecto Christiansen and Leigh (2002/2005) es el primero a gran escala cuyo fin es examinar las actitudes de los padres antes, durante y después de los implantes cocleares. Se encontró que la mayoría de los padres decidieron seguir adelante con la cirugía no más pasado un año luego de la detección de la sordera. Ellos deseaban el implante principalmente para el acceso al lenguaje hablado y por razones de seguridad. Cuando los padres se adaptaban al implante luego de la cirugía del hijo, confrontaban varios temas claves:- la efectividad real de los implantes cocleares, -el enorme tiempo requerido por los padres hacia sus hijos para que éstos logren un beneficioso completo del implante,-el lenguaje y el modo de comunicación, (signado, hablado o bilingüe), -integración en el colegio y construcción de la identidad social y personal. Muchos padres deseaban que sus hijos hubieran sido implantados antes y notaron dificultades en situaciones ruidosas o al interactuar con desconocidos, por lo que, leer los labios era aún provechoso. Algunos deseaban que ellos hubieran comenzado con un lenguaje de señas mucho antes del implante, a fin de facilitar el desarrollo del lenguaje. Algunos deseaban que nunca hubieran estado de acuerdo con el implante debido a que, dejaba de funcionar, los resultados del lenguaje hablado nunca se materializaban o el proceso requería más gastos, tiempo y esfuerzo que lo que esperaban originalmente.

¿Cuáles son las maneras en que los padres y los adultos sordos han evolucionado en sus perspectivas sobre

los implantes cocleares?. Investigaciones recientes, particularmente en Australia, indican que los resultados son similares a los hallazgos mencionados más arriba.. Mientras que los padres aprecian las ventajas de los implantes cocleares, también experimentan realmente más estrés de lo que ellos esperaban antes del implante de sus hijos, como se ve en una sub-escala de rehabilitación del estrés aplicada a 247 padres (Punch & Hyde, 2011a). Cuantitativamente se vio que, entre un 15 y un 30% de los niños continuaron confiando principalmente en la comunicación por señas, especialmente cuando el equipo se descomponía o cuando no usaban el implante, como por ejemplo para nadar. El componente cualitativo de este estudio multifacético, basado en 27 padres, encontró que éstos estaban estresados por el compromiso financiero a la hora de chequear los implantes y por el proceso de entrenamiento. (Punch & Hyde, 2011b). Hubo también problemas en el equipamiento, como se indica en estudios tempranos vistos en esta publicación. Sin embargo, los padres también indicaron experiencias positivas alrededor del desarrollo psicológico de los chicos, pero también dificultades en la comunicación dentro de grupos de personas y problemas relacionados con las habilidades sociales debido a que sus hijos no llegaban a captar las diferentes sutilezas sociales. El uso del teléfono fue percibido como un problema. Hubo poco contacto con pares sordos, aunque los padres consideraban tales contactos como beneficiosos. Los padres reconocían la importancia de la ayuda de amigos oyentes. De nuevo, es razonable, basado en varios estudios, que los padres generalmente no se arrepentían de la decisión de proceder con la cirugía del implante coclear.

¿Y con respecto a la perspectiva de los sordos mismos? Debido al incremento del número de implantados, muchos miembros de la comunidad sorda han empezado a cambiar sus perspectivas sobre los implantes cocleares. Sin embargo muchos están molestos sobre el marketing inapropiado que enfatiza cómo los implantes cocleares abren vías hacia la integración para las personas sordas cuando en realidad no todos se convierten en “oyentes” en el verdadero sentido del término. Una importante cantidad de personas realmente percibe que la persona sorda implantada puede aún ser parte del mundo sordo y no ser necesariamente rechazado por individuos sordos. Como se indica en Mitchiner & Sass-Lehrer (2011), un estudio cualitativo de tres madres sordas cuyos hijos fueron implantados indicó que ellas sentían que sus chicos podrían tener más independencia y mayores oportunidades que lo que ellas mismas habían tenido y tener fluidez tanto en el Lenguaje Americano de Señas como en el idioma Inglés y sentirse miembros orgullosos de la comunidad sorda. Estaban frustrados por la falta

de comprensión por parte de algunos miembros de la comunidad de sordos. Un estudio focalizado en adultos sordos que emplean señas y tienen implante, nota que la comunidad sorda por señas parece haberse “amigado” con el implante coclear para adultos sordos, y más individuos sordos encuentran aceptable tener chicos sordos implantados (Rashid, Kushalnagar & Kushalnagar, 2011). Se observó en este estudio que la mayoría de sus amigos sordos daban apoyo en forma cuidadosa, con menos de la mitad de reacciones negativas reportadas. Esto se basó en gran medida en preocupaciones sobre riesgos quirúrgicos y tecnológicos. Se reconoce que obtener un implante coclear no equivale a un rechazo automático de la comunidad sorda ni al lenguaje de señas. En un estudio de la Universidad de Gallaudet, docentes y estudiantes notaron que hubo significativamente más aceptación del implante en adultos; sólo un 37% percibió que a padres oyentes se les permitiera tener implantes cocleares para sus niños. En una encuesta previa, (Christiansen & Leigh, 2011), un gran porcentaje percibió que la Universidad de Gallaudet daría la bienvenida a estudiantes con implantes cocleares, pero no por eso ser más “amigable” a alentar la “oralidad” con señas para estos estudiantes.

Entonces, tomando en cuenta todo lo dicho hasta ahora, mientras hay más flexibilidad, continúa siendo “reservada” debido a las preocupaciones de que el lenguaje hablado oprimirá al lenguaje de señas y de que la tecnología no está libre de riesgos.

La cultura sorda. Notas para abordar un concepto emergente

Dr. OVIEDO, Alejandro (Venezuela)

En los últimos años está en uso cada vez más frecuente la frase “cultura sorda”. No sólo en la literatura especializada sobre la sordera, sino además en muchas páginas de la red y entre las personas sordas de diferentes países. El término fue acuñado primero por algunos estudiosos y se lo adoptó luego en la vida cotidiana, donde cobró nuevos significados, que a su vez otros estudiosos tratan ahora de precisar.

Vamos aquí a tratar de precisar algunas acepciones para esa frase. Uso la palabra “emergente” para hablar de la cultura sorda, porque para comprender este fenómeno no bastan la mención y el análisis de sus muchos aspectos, lo que nos obliga a improvisar sobre la marcha un discurso que ordene la realidad que observamos entre los sordos, para así poder comprenderla. El desarrollo teórico en este campo es todavía muy precario y está fuertemente marcado por disputas de tipo ideológico, por lo cual no es un tema sobre el cual se discuta mucho. Una de las más grandes dificultades que se encuentran al abordar este tema es establecer a quiénes debemos considerar miembros de esta cultura. Por otro lado, intentar comprender lo que es la cultura sorda implica enfrentarse a un enorme volumen de datos en ciertos aspectos, y una inopia radical en ciertos otros. Hasta ahora no es mucho lo que se ha logrado, como afirmé antes, pero sí es promisorio e interesante y lo voy a resumir, un tanto arbitrariamente (prerrogativa que le da a uno el ser autor), a partir del desarrollo de cuatro afirmaciones generales:

1. Siempre ha habido sordos en el mundo.
2. Los sordos sustituyen con la vista y los gestos lo que les niega el oído.
3. El entorno social, en ciertas circunstancias, puede llevar a los sordos a formar comunidades minoritarias con características equivalentes a las de los colectivos oyentes.
4. En los contextos que les corresponde vivir, los sordos desarrollan una peculiar manera de sentir, de ver el mundo y de actuar. El término cultura sorda es un modo de nombrar esto.

Siempre ha habido sordos en el mundo. Prácticamente todas las antiguas culturas conocidas han dejado referencias sobre la existencia de personas sordas. Hay en esas referencias muchas cosas en común con la manera en que se aborda hoy este tema. Una de ellas es la diferencia que se establece entre la sordera y la mudez. Es decir, que quienes perdían el oído en su vida adulta y hablaban se diferenciaban de aquellos que, por haber carecido del oído ya desde su infancia, no podían desarrollar el habla: los mudos. Esta diferencia tenía

mucha importancia, sobre todo en textos jurídicos. Otro elemento común a las referencias históricas es que los sordos que no hablaban, es decir, los llamados “mudos”, hacían gestos para comunicarse.

Cuando revisamos las publicaciones sobre la historia de los sordos en lenguas de origen europeo, vemos que la mayoría de los historiadores se han limitado hasta ahora a trabajar con datos tomados de fuentes judeocristianas, particularmente en su variante europea, y que sus referencias más tempranas provienen de las culturas judía y griega. Pero desde hace algunos años hay un creciente interés por indagar en fuentes de otras culturas y continentes. Por el trabajo de algunos estudiosos comenzamos a complementar lo ya conocido con datos sacados de antiguos textos chinos, mesopotámicos, de la India y de África. Tomadas en conjunto las referencias disponibles, las menciones históricas de personas sordas se remontan a épocas muy antiguas, milenarias (casos de las citas hechas en libros del Antiguo Testamento, en proverbios sumerios o en textos religiosos y jurídicos de la India).

Ya desde entonces, nos dicen esos datos, se estaba consciente de la relación establecida entre la temprana pérdida del oído y la mudez, y en algunas culturas las leyes contemplaban que quienes no hablaban, si eran capaces de comunicarse a través de señas, disfrutaban de sus derechos civiles (para casarse, negociar, etc.).

La gran diferencia entre las referencias antiguas y las más recientes es la ausencia, en las primeras, de todo vestigio de actividad pedagógica sistemática dirigida a los sordos. En el ámbito latinoamericano se ha escrito muy poco sobre la historia de los sordos. Fuera de algunas mínimas y dispersas menciones, ignoramos todavía todo lo que refiere al pasado de los sordos en América antes de la llegada de los colonizadores europeos y casi todo lo que ocurrió durante las tempranas etapas de la colonia.

Esto se debe, en buena medida, a la desaparición forzosa de muchas culturas y documentos (destruidos por quienes llegaban a imponer con violencia sus propias culturas), pero también al posterior desinterés de los colonizados en conocer el lado autóctono de su propia historia. Recuperar esas fuentes históricas en América pasará por indagar en las lenguas y las culturas de las naciones originarias, en sus tradiciones médicas y sus mitos. Y también por revisar los relatos de los primeros cronistas, textos literarios, textos jurídicos y registros penales y de comercio.

Un problema terminológico: Sordos, mudos y sordomudos

Quiero detenerme brevemente en un problema

terminológico, el relativo al uso de la palabra “sordo”. Como vemos, la sordera parece haber sido siempre calificada en función de la ausencia o la presencia del habla, lo cual tiene consecuencias insoslayables en el desarrollo de la persona. En la tradición de habla castellana, al igual que en muchas otras culturas, esto implicó siempre el uso de vocablos diferentes para unas y otras personas. Hasta finales del siglo XVIII, por lo menos, se usaron las palabras “mudo” y “sordo” en aquellos sentidos. Ya en el siglo XIX se expandió el término “sordomudo”, opuesto a “sordo”, y su uso se extendió hasta ya entrada la segunda mitad del siglo XX (década de 1960), cuando fue eliminado, con el argumento de que los sordos (mudos) podían aprender hablar. Esto tuvo mucho que ver con la popularización de tecnologías (audífonos) que permitían a muchas personas sordas comenzar a percibir los sonidos del habla, y les facilitaban su aprendizaje. Las prótesis auditivas, sin embargo, no solucionaban el problema del acceso al habla de muchas otras personas, que a pesar de los esfuerzos invertidos no llegaban nunca a hablar, con lo cual la diferencia antigua no desaparecía realmente y seguían requiriéndose palabras para distinguirla.

En la década de 1980 se difunde otro factor que complejiza aún más la situación. A partir de esa época comienzan a extenderse por el mundo teorías según las cuales las señas caseras de los sordos evolucionaron, bajo ciertas circunstancias, en lenguas. Esto pasó cuando en un lugar, a lo largo de varias generaciones, se establecieron grupos de sordos que desarrollaron un complejo sistema de comunicación gestual. Los sordos que formaban parte de estos grupos debían ser distinguidos también de aquellos sordos que no tenían una lengua propia, sino apenas rudimentarios sistemas de comunicación gestual (señas caseras) desarrollados a partir de interacciones con su entorno social inmediato. Sobre esto voy a volver en la sección siguiente, pues es muy importante en nuestro razonamiento. ¿Cuándo estamos hablando de unos u otros sordos? A modo de aclaratoria terminológica, algunos estudiosos de habla castellana han comenzado a seguir una convención difundida en la literatura especializada en inglés, según la cual cuando se hace referencia a la sordera como mera condición clínica, y a las personas que a pesar de no oír pueden hablar y usan el habla como su principal medio de comunicación, se escribirá la palabra en minúsculas “sordo”; mientras que las personas que tienen una lengua de señas y se identifican a partir de ella como miembros de un colectivo particular serán etiquetadas como “Sordos”, con una “S” mayúscula. Tal convención, que no es aún seguida por muchos autores hispanos, tampoco representa una solución completa a esta dificultad terminológica, pues ¿dónde deben ser incluidos quienes no hablan ni tienen tampoco más que señas caseras -los llamados “sordos semilingües”?, ¿cómo etiquetar a quienes hablan y también tienen una lengua de señas y no se consideran a sí mismos como miembros exclusivos del “mundo sordo” ni del “mundo oyente”, o ni siquiera reconocen la existencia de tales “mundos”? Estamos no solamente ante un problema de definición teórica, sino además en el caso de trazar

categorías cerradas que conducen a la exclusión de personas reales que no caben en ellas o no quieren ser etiquetados con ellas. Son todos estos problemas que no han sido suficientemente discutidos entre nosotros, y que están aún lejos de recibir soluciones satisfactorias. Baste decir ahora que, en este artículo, cada vez que use la palabra “sordo” me estaré refiriendo en general a todas aquellas personas que, por carecer funcionalmente del sentido del oído, se comunican mayormente en señas, sean estas caseras o lenguas complejas, y esto es visto como independiente del hecho de que dominen o no el habla. Los sordos sustituyen con la vista y los gestos lo que les niega el oído.

Ya antes afirmé que siempre que se hizo referencia a los sordos en la historia se hacía también mención de la comunicación gestual. Por esta debe entenderse el uso predominante de señales hechas por el cuerpo, las manos y la cara para comunicarse con los otros. Resalté la palabra “predominante” porque si bien el uso de gestos es una parte natural de la comunicación humana, es entre los sordos donde este uso adquiere carácter principal. Ellos no acceden al sonido, pero sí perciben toda la actividad muscular que acompaña la conversación entre oyentes.

Veamos un ejemplo de esto: las preguntas que un oyente le hace a otro no son oídas por el sordo. Sin embargo, esas preguntas van acompañadas por lo general de gestos tales como fruncir o levantar las cejas. El sordo percibe esto, y también que esa actividad hace que la otra persona reaccione de alguna manera. Entiende así que en tal situación una persona puede obtener de otra algo que se desea, y comienza, cuando se ve él mismo en la situación de requerir algo de otra persona, a usar los mencionados gestos para marcar su petición. A partir de percepciones como esta, los sordos comienzan a elaborar un sistema de comunicación que prescinde del oído. Este hecho es esencial. Ahora bien, si a una persona le sucede ser el único sordo del lugar donde vive, y no tiene contacto con otros sordos, su sistema de comunicación gestual será necesariamente limitado, pues su creación dependerá sólo de la experiencia y facultad creadora de una única persona que no cuenta con conocimientos previos sobre los cuales convertir en un sistema de conocimientos lo que percibe y siente. El sistema de comunicación de una persona en tal situación es lo que llamé antes “señas caseras”. Voy a dar un ejemplo de esto, para que los lectores comprendan más claramente la idea: cuando un niño sordo aislado entre oyentes crece, poco a poco irá elaborando una noción de lo que significa el tiempo, basada en su propia experiencia directa y tal vez también en la precaria ayuda de las instrucciones dadas por los oyentes que lo rodean. Con frecuencia verá, por ejemplo, que los oyentes usan el gesto de girar la mano en círculos de atrás hacia adelante cuando se refieren a algo futuro, un evento que pasará después de ahora, o de mover la mano hacia atrás para referirse a algo que ya se vivió. Con muchas repeticiones, el niño llegará quizás a comprender que el tiempo puede ser segmentado de tal modo en eventos presentes y no presentes, y que

estos últimos se pueden indicar a su vez como cosas experimentadas o cosas por experimentar. Sin embargo, cuando se trate de indicar cosas que él mismo no ha vivido, no sabrá tal vez cómo marcar el tiempo al que pertenezcan. Este proceso puede llevar años. Puede no ocurrir nunca. Todas estas dificultades se deben a la ausencia de una lengua. Si un niño sordo puede estar en contacto temprano con una lengua de señas, digamos la Lengua de Señas Venezolana (LSV), se da cuenta de que a su alrededor se usan constantemente señas que organizan el tiempo: ayer, mañana, futuro, hace-mucho-tiempo, marzo, minuto, mediodía, etc. Al aprenderlas, a través de numerosos ejemplos provistos naturalmente por el entorno, el niño adquirirá un sistema para percibir e interpretar el tiempo aprovechando la experiencia de muchas otras personas que han elaborado previamente esas nociones. Aplíquese ese ejemplo a las variadas áreas del conocimiento cotidiano y se comprenderá la gravedad de lo dicho: con las señas caseras como única herramienta de su pensamiento, el sordo aislado de otros sordos no tiene mucha oportunidad de desarrollarse cognitivamente de modo normal.

En tal situación de aislamiento de otros sordos, no podemos hablar en rigor, todavía, de una cultura sorda. La razón es que el concepto de cultura supone el de un colectivo. Una cultura implica la existencia de una serie de valores, conocimientos y experiencias **compartidos** por los miembros de un grupo, que se identifican con ellos y organizan sus mundos personales a partir de los mismos, y, además, algo también muy importante, han aprendido todo eso de sus mayores cuando eran niños y lo transmiten a su vez a las nuevas generaciones. Los sordos aislados tienen algunas cosas en común con otros sordos aislados (el no hablar bien o en absoluto, el hacer señas, el percibir el mundo a partir de lo visual), pero esas cosas en común no pueden ser llamadas cultura, ya que no son creaciones colectivas, sino hechos individuales basados en razones naturales.

El entorno puede permitirle a los sordos formar comunidades

A lo largo de la historia se han verificado muchas veces condiciones para que grupos de sordos coincidan en un lugar y por un tiempo extenso (por más de una generación, por ejemplo). Entonces hay ocasión de que surja entre ellos una lengua de señas, con una gramática compleja y un rico vocabulario, que permiten asimismo que la persona sorda desarrolle el pensamiento de modo normal. Esto ocurre porque el ser humano tiene una natural capacidad para el lenguaje, que combinada con una experiencia rica de intercambio constante entre personas que tienen actividades comunes, termina siempre por originar un sistema de comunicación que constituya el germen de una lengua. Para que tal sistema se transforme en una verdadera lengua debe ocurrir algo más: que un grupo de niños lo use en su comunicación diaria. La fundación de las escuelas de sordos a partir del siglo XVIII en Europa, y su posterior expansión por el mundo en los siglos XIX y

XX, serán claves en el desarrollo de las lenguas de señas, porque propiciaron que se crearan grupos estables de sordos entre los cuales había niños. Tenemos algunas pocas evidencias históricas de la existencia de colectivos sordos antes de la expansión de las escuelas. Puede suponerse que en las ciudades grandes nacían suficientes sordos como para garantizar que se formaran grupos, incluso en ausencia de instituciones que los agruparan, pero no se cuenta todavía con estudios dedicados al tema.

Hay también casos de comunidades sordas cuyo surgimiento no ha tenido relación con las escuelas. Los primeros son propios de algunas poblaciones pequeñas y aisladas, en las que una mutación genética ha llevado al nacimiento de un número inusualmente alto de sordos. La alta proporción de sordos deriva en esos lugares en el surgimiento de una lengua de señas, que dominan y usan la mayor parte de los pobladores, tanto sordos como oyentes. Esto ocurrió entre los siglos XVII y XIX en la isla estadounidense de Martha's Vineyard, y ocurrió al menos hasta la década de 1970 en la isla colombiana de Providencia. También se han reportado situaciones similares en poblados de México (indígenas mayas, Yucatán), Brasil (indígenas urubú-kaapor, Maranhão), Ghana (Adamorobe) e Indonesia (Bali). En otras partes del mundo han sido reportadas situaciones un poco distintas, en las que también aparecen comunidades de sordos. Dos de ellas provienen del mundo musulmán: la primera son los grupos de sordos que inauguraban los festivales anuales de apertura de los diques en el sistema de riego egipcio, alrededor del siglo X; la segunda es ofrecida por las cortes turcas entre los siglos XVII y XIX, donde se reunían grandes cantidades de sordos y se usaba un sistema señado como lengua cortesana. La última referencia se debe al sordo Pierre Desloges, en 1779, sobre la existencia de un colectivo de usuarios de lengua de señas en París cuya existencia era anterior y del todo independiente de las escuelas. Es a partir de evidencias como estas, de actividades o vida comunitaria entre sordos, que podemos empezar a hablar, en la historia, de cultura sorda, pues el hacer vida de grupo supone contar con un sistema de comunicación compartido. Con este es posible recoger, organizar y transmitir las experiencias del grupo, es decir, desarrollar una cultura.

Pero volviendo al punto de la educación formal para los sordos, digamos que esta trajo consigo un elemento muy novedoso en la historia: muchas de esas personas empezaron a ocupar lugares sociales prominentes que hasta entonces habían estado casi del todo reservados a los oyentes. Comenzaron a surgir artistas, misioneros, maestros, editores, empresarios, líderes comunitarios. Este proceso fue particularmente intenso en algunos países europeos (como Francia e Inglaterra) y en Estados Unidos, en los cuales se constituyeron, a partir de la expansión de las escuelas, élites intelectuales y artísticas formadas por personas sordas, que fueron también fundadoras y líderes de diversas organizaciones sociales (asociaciones, clubes). Alrededor de ellas comenzaron a publicarse

revistas, a organizarse banquetes y exposiciones de arte, a hacerse teatro y poesía.

Esto inauguró un aspecto particularmente interesante y rico de la cultura sorda.

Desde lo específico de su visión del mundo, en la que se privilegia lo visual, surgieron “voces” que plasmaban en diferentes lenguajes estéticos el modo en que los sordos se veían a sí mismos y al mundo que los rodeaba. Algunas de esas voces, que alcanzaron niveles muy altos de elaboración intelectual, coincidían en afirmar la existencia de los sordos como un colectivo, y también que había un espíritu de fraternidad universal entre ellos, que con sus señas eran capaces de comunicarse entre sí más allá de las fronteras lingüísticas que dividían a los oyentes. Por primera vez en la historia, también, dejaban los sordos como grupo testimonios documentales propios.

Sistemas señados entre oyentes

Algo muy interesante que quiero mencionar aquí es la presencia de sistemas de comunicación gestual entre comunidades de oyentes que por alguna razón se ven impedidos de usar el habla, algo que nos confirma lo natural de la emergencia del gesto con función lingüística cuando la comunicación hablada no es posible.

Uno de tales sistemas son las complejas danzas tradicionales de muchos países de Asia. En ellas, las posiciones adoptadas por el cuerpo, las manos y la expresión facial no son un conjunto de movimientos abstractos que comunican sensaciones, como en la danza occidental, sino un explícito código que narra historias y que es seguido por los espectadores con la misma naturalidad con la que seguirían un relato hablado. En el teatro romano también se llegaron a usar técnicas similares, pero estas no han sobrevivido en toda su riqueza en la tradición posterior.

Muchas órdenes religiosas católicas, que cultivaban el silencio como práctica ritual, también desarrollaron sistemas señados, que adquirieron altos niveles de complejidad en aquellos monasterios donde el silencio era obligatorio. La historia trae variadas referencias acerca de niños sordos cuyos padres, adinerados, los enviaban a ser educados en monasterios donde usaban comunicación gestual.

Otro caso muy notorio de este uso de señas entre oyentes es el código usado por los indígenas norteamericanos para comunicarse y negociar entre sí antes de la llegada de los colonizadores europeos, cuando la gran variedad de lenguas existentes imponía la necesidad de contar con una lingua franca. Por último quiero mencionar el caso de las señas usadas entre aborígenes australianos, como en el pueblo warlpiri. Las mujeres de ese pueblo, cuando están de luto, están obligadas a permanecer en silencio durante largos meses. Esto llevó al desarrollo de un rico código señado. Debido a que en cada comunidad suele

haber alguna mujer en tal situación, el resto del grupo está también en el caso de aprender y usar estas señas.

Lo descrito en este apartado tiene muchos rasgos en común con lo que he designado hasta ahora como cultura sorda, pero debe distinguirse de ella por dos motivos obvios: estos grupos de personas son oyentes y cuentan con un sistema lingüístico propio (su idioma hablado) distinto a las señas, que configura su personalidad individual y colectiva.

La escuela y sus implicaciones para la vida social de los sordos

La educación formal de sordos surgió en España, en el siglo XVI, cuando la necesidad de mantener los privilegios de sucesión, que estaban negados a los mudos, llevó a algunos a tratar de enseñar el habla a los herederos mudos de familias españolas adineradas. Aunque el uso de señas era parte de este proceso de enseñanza, el acento puesto en el habla llevó a que surgiera algo que ha tenido luego funestas consecuencias para los sordos de todo el mundo: la oposición entre aquellos que defienden el aprendizaje del habla y niegan el uso de señas (llamados “oralistas”) y quienes dicen que las señas son lo importante y que el habla es superflua (llamados “gestualistas”).

Esta oposición, digo, ha sido funesta. En nombre de ella se han formado bandos, se ha dividido, se ha llegado incluso al extremo de la tortura psíquica y física. Durante milenios, los sordos tuvieron el uso de señas como algo natural, algo que nadie concibió como nocivo. Solo a partir de los enfrentamientos generados por esta oposición ha corrido la idea de que el uso de las señas puede ser negativo.

En el fondo de esa idea hay principios inconfesables de rechazo al diferente, de oscuras pretensiones de superioridad racial y cultural. Debe subrayarse que mientras los primeros maestros (oralistas y gestualistas) mantuvieron un intenso trabajo dedicado a unos pocos alumnos, con quienes convivían por años, los niños sordos aprendían, independientemente del método seguido. Más que un método particular era esa dedicación la razón del éxito. Aquellos primeros maestros recurrían de modo ecléctico a todos los recursos disponibles para su propósito: señas, alfabetos manuales, ejercicios de respiración, la escritura, trabajo práctico.

Pero esa relación intensa maestro-alumno no era sostenible a largo plazo, ya que cada vez había más niños sordos necesitados de maestros, y estos últimos eran escasos. El surgimiento de los Estados nacionales y de la educación pública coincidió con este momento. Los primeros maestros se vieron desbordados por la demanda, y las escuelas crecieron y se multiplicaron. Entonces surgió el problema del método. Había que desarrollar un método para los maestros nuevos. Y el propósito de los maestros fundadores se convirtió en él. La masificación de la enseñanza trajo consigo el fin de la relación tutorial inicial, que había llevado al florecimiento de la dimensión

individual de la cultura sorda. La masificación trajo consigo el desastre. Las ideas nacionalistas que dominaron el siglo XIX, a partir de las cuales se impone la idea de uniformizar culturalmente las naciones eliminando las lenguas y las culturas minoritarias, llevan a negar las lenguas de señas y a imponer crueles y absurdos procedimientos para el desarrollo exclusivo del habla.

Esta idea, que se expandió por todo el mundo en las décadas finales del siglo XIX y se impuso definitivamente a principios del XX, le dio a la cultura sorda una dimensión nueva: la de cultura oprimida. Las señas, que a lo largo de la historia parecían haber gozado de aceptación general, se convirtieron en algo vergonzoso, fueron estigmatizadas, se les negó a los sordos la posibilidad de continuar el desarrollo inaugurado poco después de que se abrieran las primeras escuelas.

La dimensión de cultura oprimida llevó a un curioso desarrollo posterior: las comunidades sordas surgidas a partir de las escuelas no se veían a sí mismas como grupos con una cultura propia, sino como colectivos de individuos discapacitados, unidos por su desgracia común y agrupados con la idea de canalizar del mejor modo la ayuda pública, que se veía en términos de caridad.

El discurso antropológico de la sordera y el “poder Sordo”

La década de 1960, en los países industrializados, fue una época de muchas transformaciones sociales. En el contexto del movimiento por los derechos civiles y el reconocimiento de las minorías, aparecieron en Estados Unidos y en Europa investigadores que afirmaron, otra vez después de pasados casi dos siglos, que las lenguas de señas de las comunidades sordas eran lenguas tan ricas y complejas como las habladas, y que en virtud de ello debía verse a esas comunidades como minorías lingüísticas. Con argumentos similares surgieron los movimientos en defensa de otras minorías culturales, étnicas y de género. Este planteamiento, que apenas en la década de 1980 comienza a calar entre algunas comunidades sordas, ha llevado al surgimiento de un movimiento radical, que en lengua inglesa ha sido etiquetado como el Deaf power, “poder Sordo” (a semejanza de otros movimientos por los derechos civiles tales como el “poder negro” -black power- o el “poder gay” -gay power). Tal movimiento pugna por imponer una definición antropológica-cultural de la sordera, que defiende la visión del sordo como miembro de una minoría cultural, y está opuesta a las visiones médica-clínica o social-asistencialista, según las cuales el sordo es nada más que un individuo (y no miembro de un colectivo) enfermo o discapacitado.

El discurso del Poder Sordo ha tenido sus íconos en las protestas estudiantiles de 1988 y 2006 en la Universidad de Gallaudet, en Estados Unidos (para imponer en ellas rectores sordos), así en algunos otros movimientos como la campaña llevada a cabo en Inglaterra, durante la década de 1990, por el reconocimiento de la lengua de señas; o

las protestas expresadas por activistas sordos durante el Congreso Mundial de Sordos en Australia, en 1999. Si bien este discurso es ampliamente reflejado en la literatura especializada, y ha sido sustentado en una amplia red de producciones estéticas (teatro, cine, poesía, narración oral, etc.) en los países industrializados, permanece relativamente ajeno para los sordos del resto del mundo. En América Latina, particularmente, no hemos asistido a manifestaciones masivas de apoyo a estas premisas. Entre nosotros, los movimientos sordos parecen seguir sintiéndose más cómodos haciendo causa común junto a los grupos de discapacitados que junto a otras minorías culturales como las indígenas. Para ellos, según mi experiencia personal en varios países latinoamericanos, parece más importante la integración al colectivo oyente que el ganar privilegios como minoría aparte.

La “cultura sorda”

Tras la revisión de esta serie de datos podemos pasar a definir qué es la “cultura sorda”. En virtud de su limitación sensorial, que los priva de adquirir/usar el habla como lo hacen los oyentes del entorno, los sordos que tienen ocasión de formar grupos desarrollan una peculiar manera colectiva de sentir, de ver el mundo y de actuar, marcada por la experiencia común de exclusión y con carácter predominantemente visual, articulada en la comunicación señada. Esta es la cultura sorda, así en singular, y es un fenómeno de carácter universal, que se verifica cada vez que las condiciones lo permiten.

Una de las características de los colectivos de los sordos es su fuerte dependencia y relación con su entorno geográfico y cultural, y la influencia de la mayoría oyente.

En virtud de tales especificidades, cabe hablar entonces de culturas sordas, en plural, para designar las manifestaciones diferenciadas histórica y geográficamente de ese fenómeno humano que antes llamé la cultura sorda. En tal sentido, cabría entonces hablar de la existencia de tantas culturas sordas como regiones geográficas donde han surgido colectivos sordos.

Entre esas manifestaciones históricas están los discursos estéticos y políticos de las élites de sordos de algunos países, especialmente en los llamados “industrializados”, discursos que han alcanzado altos niveles de elaboración. Se trata de formas de arte, de reflexión académica, de organización política. Es algo que también cabe designar en conjunto como cultura sorda. Esto no debe, sin embargo, tomarse como equivalente a los conceptos que he expuesto arriba. La cultura de las élites sordas del mundo industrializado sería apenas uno (convento que quizás el más complejo) de los muchos aspectos que cobra este fenómeno universal.

Hay entre todas esas acepciones de la frase “cultura sorda” un elemento vinculante, común a todas, vinculado a lo mencionado en el primer párrafo de esta sección como la primera acepción de “cultura sorda”. Se trata de

algo que ha sido muchas veces percibido y expresado por los sordos que lo viven y que ha recibido poquísima atención de los estudiosos: a pesar de las diferencias regionales, existe una serie de elementos comunes a todos los sordos del mundo que les permiten sentirse miembros de una comunidad universal, que les permiten conversar a pesar de las variaciones interlingüísticas. Esto último ha sido por largos años un tema tabuizado entre los lingüistas. Estos estuvieron por muchos años parcializados ideológicamente por la necesidad de defender la especie de que las lenguas de señas eran de la misma calidad que las habladas, y como las habladas son muy diferentes entre sí, los lingüistas de señas no aceptaban que las lenguas de señas tenían altísimos niveles de transparencia o inter-inteligibilidad, debido probablemente a la existencia, en todas ellas, de estructuras comunes ¿universales? Solamente en años recientes han aparecido trabajos científicos que discuten este hecho de la universalidad de las lenguas de señas.

Comentarios finales

El principal problema de los sordos, hoy en día y con seguridad en la mayor parte del mundo, es el educativo. Según cifras que maneja la Federación Mundial de Sordos, más del 70% de los niños sordos del mundo no tiene acceso a la educación. Y el resto que sí accede a la escuela suele recibir una formación deficiente, debo yo añadir. La causa originaria de esto es política: la desigual distribución de los recursos y de las cuotas de poder en el mundo. En este sentido, el problema de los sordos no es distinto ni independiente del de la mayor parte de la población planetaria. Y es probable que su solución, en vista de eso, no sea tampoco posible sin que se modifique también el retorcido estado de cosas del mundo actual.

Así como esa interdependencia global de la situación de los sordos no debe ser obviada si queremos comprenderla, debemos también contextualizar en ella la discusión acerca de cómo mejorar la escuela para sordos. No es este tanto un problema de métodos, de si usar las señas o excluir la terapia de habla. El fracaso escolar de los niños sordos no puede comprenderse si lo vemos apartado del fracaso de las escuelas regulares. Los niveles de analfabetismo funcional entre los maestros de escuelas regulares de nuestros países son muy altos. Uno no puede enseñar a otro lo que uno mismo no sabe. La situación no es distinta en las escuelas de sordos. Una clave del asunto es entonces la formación de los maestros. Y su motivación. Otra clave es por supuesto la presencia de maestros sordos, que ofrecen modelos adecuados para el desarrollo integral del niño. La marginalidad educativa es una de las características de la cultura sorda. Eso es lamentable, y es algo que debe cambiar, pero que no vamos a lograr hacer si descontextualizamos la realidad de los sordos de la del país donde viven.

Un punto que debe todavía mencionarse es el de la proclamada “desaparición de la sordera”. Es algo que hoy juega un rol muy importante para los sordos. Se trata

del discurso tremendista de quienes apuestan, como un acto de fe, por un desarrollo tecnológico y científico que conduzca a la desaparición (curación o eliminación) de la sordera. Uno de los mitos que sustenta esta especie es el implante coclear. Este aparato, que indudablemente tiene sus beneficios y que sin duda mejorará su prestación con el paso del tiempo, ha sido hasta ahora vendido como panacea, sin serlo, por las multinacionales que lo producen. Se sabe que para muchos niños que no han adquirido el lenguaje, el implante coclear no representa una posibilidad radicalmente diferente a la que ya les representarían los audífonos. Estudios recientes han demostrado que son los restos auditivos del niño, previos al implante, y la calidad de la comunicación con los padres las únicas garantías aparentes del éxito de éste. Por otra parte, incluso el implantado más exitoso vuelve a ser sordo cuando apaga el aparato. No hay razón demostrada para desterrar la lengua de señas del entorno del niño implantado. El portador de un implante no puede menos que beneficiarse, como lo han hecho los sordos desde que el mundo es mundo, con la comunicación gestual.

Otro curioso aspecto del discurso de la desaparición de la sordera es el de la manipulación genética. Esto se entiende como la posibilidad de identificar en los genes del embrión la mutación que puede producir sordera y alterarla con ingeniería genética. Esta hipotética operación, que aún no es posible con el desarrollo tecnológico actual, incidiría en un bajísimo porcentaje de casos de sordera, ya que la sordera mayormente no se debe a causas genéticas.

Siempre ha habido sordos, como ya he afirmado en otros lugares de este escrito, y todos parecen compartir actitudes y valores comunes derivados de su condición física, pero el que comiencen a preguntarse cuál es su lugar en el mundo, y que algunos de ellos accedan a tribunas públicas para darse a conocer, es algo todavía muy nuevo y poco comprendido. Todo eso forma parte de lo que he querido presentar aquí como elementos para comenzar a entender a qué nos referimos cuando hablamos de la cultura sorda.

Berlín, agosto de 2007

CONFERENCIAS SIMULTÁNEAS

El lugar del intérprete educacional

Prof. Leticia Acosta

Leticia Noemi Acosta Kahl y María Cecilia Pérez Perera
Intérpretes del liceo N 35 I.A.V.A de Montevideo, Uruguay.

cperezperera@gmail.com
leticiaacosta@adinet.com.uy

En el presente trabajo, desarrollaremos las características específicas del rol del intérprete educacional que consideramos, lo diferencian sustancialmente de otras prácticas de interpretación. Intentaremos justificar la necesidad de una formación especial para los intérpretes que trabajen dentro de los espacios educativos.

El intérprete educacional, configura un rol específico del intérprete de lengua de señas, que se ha ido construyendo desde la práctica, la experiencia y la reflexión permanente. En nuestro país más del ochenta por ciento de los intérpretes titulados trabaja dentro de la educación pública. En nuestro caso particular hemos trabajado como intérpretes educacionales desde el año 1999, momento en que ingresan por primera vez estudiantes sordos a segundo ciclo (cuarto, quinto y sexto año de liceo) en el liceo 35 IAVA de Montevideo. Nuestro trabajo de interpretación ha sido en grupos constituidos únicamente por estudiantes sordos en cuarto año así como en situación de integración con estudiantes oyentes en los grupos de quinto y sexto. .

Creemos importante contextualizar las reflexiones que presentaremos describiendo brevemente la situación de los intérpretes educacionales en el Uruguay atendiendo a su formación y a su ingreso a la educación pública.

Los intérpretes de Lengua de Señas Uruguay (ILSU) que trabajamos en la educación hemos tenido que crear nuestra especialización desde la práctica. Todos fuimos formados en CINDE (Centro de Investigación y Desarrollo de la Persona Sorda), recibiendo el título de intérprete de LSU (Lengua de Señas Uruguay). Al ingresar al sistema educativo reconocimos que habíamos sido formados para interpretar en cualquier situación pero en ninguna en particular. La complejidad del espacio educativo, del salón de clase y de los vínculos particulares que se generan en esta función nos ha exigido establecer acuerdos, reflexionar sobre nuestra práctica intercambiando nuestras experiencias y delimitando nuestra función. Hasta el año 2009, en que la Universidad de la República inicia la Tecnictaura de Intérpretes de LSU, el único instituto reconocido y habilitado para otorgar el título ILSU era CINDE. Es un instituto privado, vinculado con la Asociación de Sordos del Uruguay (ASUR). Fue creado con el objetivo de brindar una formación a los intérpretes atendiendo a aspectos lingüísticos y metodológicos. Comparte el edificio con ASUR, por lo que la comunidad sorda es activa, aportando, participando en clase, siendo docentes de algunas asignaturas e integrando la comisión directiva de la institución.

La carrera de intérpretes que realizamos en CINDE nos

preparó para ser intérpretes pero no se previó la posible inserción en espacios educativos. Sí hubo un especial énfasis en distintos tipos de registros formales: discursos políticos, conferencias, informativos televisivos, instancias judiciales y vinculadas a la salud. Esto se explica por el simple hecho que los sordos no tenían acceso a la educación secundaria pública en su lengua natural. Es recién en el año 1996 que las personas sordas logran ejercer su derecho a una educación en lengua de señas a través de la presencia de un intérprete en clase.

La experiencia de integración de estudiantes sordos al sistema educativo público, hoy denominada "Experiencia de integración de estudiantes sordos Prof.Cristina Cabrera" en homenaje a la primera directora del Liceo 32, comenzó en este liceo para ciclo Básico (1º 2º y 3º de liceo) y continuó a nivel de bachillerato. Hasta cuarto año de liceo los grupos son de estudiantes sordos solamente, mientras que en quinto y sexto se integran con los estudiantes oyentes en las materias específicas de sus orientaciones. Las materias comunes (tronco común) lo realizan en grupos de sordos. Desde sus comienzos, las experiencias con estudiantes sordos en los Liceos 32 y 35, han sido integradas por ILSU. Estas experiencias postulan la creencia en una educación bilingüe (Lengua de Señas, Idioma Español escrito) por lo cual la clase se dicta en la lengua natural de dichos estudiantes. El ingreso de intérpretes al sistema de educación pública generó un espacio nuevo, diferente, que nadie antes había desempeñado. Es así que nuestro rol se ha ido perfilando y definiendo junto con las experiencias del liceo 32 y 35. A 16 años de iniciada esta experiencia, en que la lengua de señas ingresa a los espacios educativos, pareciera que aun se desconoce cuál es el trabajo de un intérprete educacional. Sin embargo, las confusiones y las discrepancias no han sido pocas también dentro del colectivo de intérpretes..

¿Cuáles serían las características específicas del rol del intérprete educacional?. Proponemos una respuesta a esta pregunta atendiendo a tres grandes dimensiones que consideramos determinan nuestro trabajo como intérpretes educacionales: el espacio educativo, la participación de una experiencia educativa para estudiantes sordos y los vínculos con los participantes de la comunicación.

Espacio educativo: situación de comunicación

Entendemos que la institución educativa es un espacio cargado de subjetividad. No interpretamos una conferencia, ni un discurso político. Interpretamos un diálogo permanente entre docentes y estudiantes que se

relacionan desde sus sentir, desde sus formas de pensar, interpretamos rezongos y felicitaciones, discusiones, chistes, situaciones problemáticas, historias de vida. Siguiendo a Famularo: "Las interferencias o transferencias irrumpen, en algunos casos tímidamente y en otros, estrepitosamente en la reformulación de un enunciado. Acechan siempre cuando dos sistemas lingüísticos y culturales con especificidades propias se dan cita en la situación de comunicación de la traducción" (2010:58).

Al mismo tiempo, este espacio cargado de subjetividad es un espacio de aprendizaje. El ILS está en una situación de poder frente al desconocimiento de las lenguas en contacto de los demás integrantes del aula. El rol del intérprete dentro del aula puede ser determinante en el aprendizaje, tanto en la forma que maneja el poder que tiene al poseer el conocimiento de ambas lenguas, como en los vínculos que establezca sin que interfieran, negativamente, en su rol de mediador.

En esta situación comunicativa es muy importante la formación del intérprete. Nuevamente citamos a Famularo: "No podemos, entonces, ignorar el papel determinante del bagaje del intérprete y de los procesos cognitivos que se actualizan al realizar una reflexión- análisis- acción interpretante. Cada intérprete fija su elección en un sentido que estima debe atribuir a los enunciados de la lengua meta que acaba de decodificar con la intención de reformularlos en enunciados equivalentes a los de la lengua fuente" (2010: 67). Es un referente lingüístico que toma decisiones al interpretar, participando del aula en su rol de mediador lingüístico y cultural. Participa de una experiencia educativa para estudiantes sordos. El rol del ILS educacional requiere ser explicitado permanentemente dentro del proyecto educativo que integra. El ingreso de nuevos docentes, directores, inspectores o adscriptos al trabajo con estudiantes sordos, que desconocen nuestra función, requiere explicitar las características de nuestra práctica como intérpretes. La falta de información de los docentes respecto al rol del intérprete ha traído como consecuencia infinidad de confusiones, prejuicios, miedos, desconfianzas y silencios. Nadie los ha formado al respecto y sin embargo es con quien deben compartir su espacio del aula, y en quien deben confiar para llevar a cabo sus propuestas pedagógicas. Los docentes que se integran a esta nueva experiencia deben conocer los límites claros existentes entre el rol del intérprete y el del docente. Es así que surge la necesidad de explicitar nuestra función atendiendo a las particularidades del trabajo dentro del salón de clase.

Al mismo tiempo, además de ser explicitado hay una atención especial hacia su rol de mediador lingüístico. Evidenciamos una particular atención a la práctica de interpretación tanto por parte del docente como por parte del estudiante. A veces los intérpretes educacionales son cuestionado en sus decisiones lingüísticas por docentes y estudiantes por lo que se requiere saber fundamentar nuestra práctica y tener claro el planteo de Famularo (2010) quien afirma que "La interpretación es la traducción

más fiel posible del mensaje enunciado, sin que implique necesariamente fidelidad de palabras, pues, una traducción al pie de la letra, palabra por palabra o palabra por seña no es la condición esencial para una traducción interpretativa. Nos limitamos a una traducción lingüística y olvidamos que la fidelidad solicita una equivalencia semántica y funcional" (2010: 60) .

Relevancia del vínculo con los participantes de la comunicación

Existe un vínculo permanente con los participantes de la comunicación. Los vínculos que se establecen desde esta función nos enfrentan a la complejidad de nuestra identidad mediadora de culturas no sólo diferentes sino ajenas entre sí. A diferencia de cualquier otra instancia de interpretación, el intérprete de aula está en contacto tanto con los docentes como con los estudiantes, por lo menos, durante un año completo. Esto significa que hay un vínculo que se construye, hay etapas compartidas, hay un vínculo que debe de mantenerse, y que como todo vínculo va a ir cambiando según el contacto que se tenga: desgastándose, afianzándose. Esto significa simplemente que conocemos a los estudiantes y a los docentes así como ellos también nos conocen a nosotros.

El vínculo cotidiano, exigirá saber manejar los tiempos de conocimiento personal, exige del intérprete una flexibilidad de adaptación a diversos modos de sentir, de pensar, y de actuar en su función de intermediario. Entendemos que el tiempo de contacto con los participantes de la comunicación es un factor determinante en los vínculos que se establecen en la práctica de un intérprete educacional.

El trabajo del intérprete educacional es un trabajo con adolescentes. Entendemos que ésta es una peculiaridad de nuestro rol en enseñanza secundaria. Trabajar con adolescentes es estar expuesto a la crítica y al cuestionamiento. Los intérpretes estamos más expuestos en este vínculo que los docentes, y como adultos cercanos a los estudiantes debemos cuidar mucho el vínculo que construimos con ellos. El trabajo cotidiano con adolescentes exige tener claro siempre que uno es el adulto, no debe influenciarse por comparaciones, comentarios y preferencias que será lógico que las tengan y las manifiesten.

La relación especial que entabla el intérprete educacional con los docentes y estudiantes puede ser comprendida visualizando la relación como oscilante dentro de un continuo en uno de cuyos polos están la desconfianza y la dependencia, y en el otro la confianza y la autonomía. Este vínculo oscila en un tiempo no menor a un año. La percepción clara de la construcción de un vínculo, respetando sus procesos desde un rol claramente establecido es imprescindible para evitar interferencias afectivas en nuestra práctica de interpretación.

Todas estas características le otorgan al ILS educacional

un perfil especial que lo distingue de otras prácticas de interpretación. Creemos haber planteado al menos la complejidad que configura el rol del intérprete educacional. Es necesario continuar reflexionando sobre las particularidades de esta práctica de interpretación generando espacios de formación específica e instancias de profundización en la formación para todos aquellos intérpretes que participan en las instituciones educativas.

Bibliografía

Aguiar Dos Santos S, (2006) Intérpretes de língua brasileira de sinais: um estudo sobre as identidades. Florianópolis. (Paper)

Famularo, R (2010). El sentido en el interpretar. LSI. Lengua de señas e interpretación, n.1, 57-71.

Quadros, R. (2004) Situando as diferenças implicadas na educação de surdos: inclusão/exclusão. Revista Ponto de Vista, UFSC, n. 5.

Quadros, R (2004) O tradutor e intérprete de língua brasileira de sinais e língua portuguesa / Secretaria de Educação Especial; Programa Nacional de Apoio à Educação de Surdos - Brasília : MEC ; SEESP.

Cultura sorda/cultura oyente ¿convergencia o divergencia?¹

Dra. ALISEDO, Graciela

*“Uno no habita un país, habita una lengua.
Una patria es eso y nada más”.*
Emile Cioran

El concepto de minoría lingüística que se puede adjudicar a la comunidad sorda sugiere inmediatamente la posible existencia de rasgos culturales que se manifiestan, como mínimo, a través de la existencia de una lengua cuyo poder de convocatoria no necesita demostración.

A partir del momento en que el término cultura sorda es objeto de reflexión, el entorno oyente ⁽²⁾ de niños sordos se preocupa por esclarecerse con relación a este tema. En primer lugar, es entendible que los padres, antes que nadie, necesiten intercambiar opiniones sobre las diferencias culturales que deberán asumir frente a sus hijos, y tendrán que explicar más de una vez a aquellos miembros de la familia que no lo saben, y tendrán que exigir, entre otras cosas, coherencia respecto de estas diferencias en los ámbitos educativos que se ocupan de los niños y de los adolescentes sordos.

Pero, para lograr este esclarecimiento, la reflexión sobre ciertos puntos de vista que dan pie a ciertas definiciones es importante. La palabra cultura viene de la antropología (ciencia del hombre) y ha adquirido un uso muy variado. Hoy se habla de cultura obrera, de cultura de empresa, de cultura adolescente, de cultura de cárcel, de cultura femenina, etc. Esto permite saber que el uso de la palabra cultura se ha extendido, diversificado y que posiblemente haya perdido algunos sentidos y ganado otros, o no.

Sin embargo, existen enfoques abarcadores que guían los conceptos más generales. Entre ellos, el punto más básico es el que separa a la cultura de la natura, lo que viene de la natura no tiene necesidad de ser aprendido, lo que pertenece a la cultura debe ser aprendido y transmitido. Por consiguiente no basta ser sordo para participar de la cultura sorda. Aparentemente, es necesario haber sido socializado en el mundo de los sordos, haber frecuentado los lugares donde ellos se encuentran, fundamentalmente las escuelas y las asociaciones y haber tenido acceso a su lengua.

Por otra parte es útil, para profundizar en el tema, tomar un concepto de lo que la cultura significa desde el punto de vista de la solución de problemas, porque la cultura es, en realidad, la manera en que cada sociedad enfrenta sus limitaciones, físicas e intelectuales, responde a desafíos, naturales y ambientales que le son propios e inventa soluciones para los problemas difíciles o sin verdadera solución como el sentido de la existencia, el destino, la desgracia y la muerte.

Una definición estándar de cultura afirmarí aproximadamente lo siguiente:

“Es el conjunto de todas las formas de vida y expresiones de una sociedad en la que se incluyen prácticas, códigos lingüísticos y no lingüísticos, normas, hábitos, reglas de formas de ser, de vestirse, de concebir fuerzas sobrenaturales, de generar rituales, desarrollo intelectual y artístico”.

Así se hace referencia a la cultura en “La cultura griega originó la cultura europea”, en “La cultura de los Incas anida en la cultura de los peruanos”. En el caso de las comunidades sordas, ¿qué hace de su quehacer cotidiano una cultura? El fenómeno de la Lengua de Señas como lengua que aglutina una comunidad entera ¿Demuestra que es posible que un cierto tipo de cultura se manifieste casi exclusivamente en torno de una lengua? En principio, en todos los casos, mencionar la lengua del grupo es aludir a una de las formas básicas de la cultura.

Pero lo adicional y más importante es que la sordera se vuelve visible en las manos de los sordos. Porque, como dice Bernard Mottez⁽³⁾, la reafirmación de la existencia de un individuo o de un grupo pasa, entre otras cosas por el hecho de hacerlo visible sobre la escena pública.

Es posible que, ni sordos ni oyentes hayan comprendido acabadamente la dimensión de esta manifestación cultural y del grado de equilibrio que está en condiciones de lograr. Sin duda se le adjudica un valor pero ¿qué valor? ¿El valor de excelencia lingüística que lleva a transformar cada lengua en una institución cultural propiamente dicha? ¿O se trata más bien de adjudicarle un valor instrumental porque no se ha podido ahondar en el decisivo proceso cognitivo que la Lengua de Señas, como toda lengua, pone en marcha en el período de construcción del mundo de cada hablante sordo?

En este sentido hay mucho para decir porque se ha hecho mucho pero no siempre por el camino del impacto lingüístico, es decir el impacto que produce el desarrollo de la lengua a través del uso de un verdadero código con relaciones internas y leyes de organización que todos los usuarios respetan como una ley. Por otra parte, sería poco realista hablar de cultura sorda si no se habla de educación del sordo y de educación bilingüe. Se ha escrito mucho sobre el bilingüismo en la escuela, sus características y su alcance. A partir de estas consideraciones no parece imposible lograr una definición de cultura sorda conforme con el valor sociocultural que representa.

Notas

¹ En el diccionario bilingüe de Lengua de Señas Uruguaya se denomina convergente o divergente a un tipo de movimientos en oposición inicial que tiende a convergir, o final que tiende a divergir. Estos términos son, por lo tanto, bien conocidos por los sordos usuarios del diccionario mencionado.

² Al que hoy se suman los profesionales involucrados.

³ Bernard Mottez, « Aspects de la culture sourde », Santé Mentale, n° spécial « L'œil écoute », 35, avril 1985 : 13-16. Traduction espagnole de Alisedo « La cultura de los sordos », Buenos Aires, El Cisne, 9, avril 1991 : 6-7. Version apenas modificada con el título « La culture sourde », Médiations, Handicaps et Culture, Marseille, AELGAIBUS, 1985 : 90-92.

La lectura comprensiva bisagra del proceso alfabetizador para el alumno sordo

Dra. ALISEDO, Graciela

En este trabajo se plantean una vez más los problemas dialécticos de la didáctica especial relacionada con políticas educativas globales y se los relaciona con dificultades y eventuales logros en la implementación de políticas alfabetizadoras en el caso de sordera infantil. En relación con ello la voluntad de redefinir la lectura (como proceso diferenciado de la escritura y única fuente de retroalimentación), es un paso hacia la voluntad de someter al análisis riguroso paradigmas supuestamente innovadores que no logran desprenderse de los modelos transcritivos más elementales. La reflexión sobre la alfabetización de masas de niños sordos de América Latina, pilar y cimiento de su escolaridad, no sólo no está clausurada sino que constituye un campo conceptual cuyo perfeccionamiento es aún una meta controvertida, de cara a su necesaria vinculación con la justicia social y la equiparación de oportunidades.

Para aportar el mayor grado de racionalidad posible a la problemática de la alfabetización de los niños sordos es de rigor reafirmar lo ya sabido: los alumnos sordos leen y escriben con suma dificultad, según lo confirman los datos estadísticos internacionales que hoy se conocen. La enumeración de la variedad de niños “diferentes” o “con dificultades” que no logran alfabetizarse, en la medida justa de sus posibilidades, muestra la restricción de la oferta alfabetizadora. Dado que el proceso se desarrolla en una institución educativa cabe interrogar a la vigencia de un modelo de alfabetización por asociación fonográfica, estructurado, con certezas y modos de seguir estrictos que se ven conmovidos por estos resultados. En la educación de los niños sordos persiste una restricción sociocultural (incluido el fonocentrismo) a pesar de los esfuerzos de los docentes y a los años de escolaridad de estos niños. En relación con ello la voluntad de redefinir es un paso hacia la voluntad de reformar, pues no se redefine algo que se piensa clausurado o perfecto.

Cabe señalar que esta realidad se contradice con el hecho de que la especialización del ser humano consiste en la capacidad para construir una realidad desde la necesaria instancia de organizarla en términos de lenguaje formal. Según el modelo innatista el cerebro humano (cualquier cerebro humano que no presente lesiones), cuenta con un sistema lingüístico universal determinado por la organización cerebral, tal como afirma Chomsky. Esta sofisticada programación genética dota a los grupos humanos (incluidas las comunidades sordas) del poder para superar toda clase de impedimentos para recibir y transmitir mensajes. Es necesario preguntarse seriamente acerca de la discusión educativa que acompaña a la alfabetización desde la creación de la escuela especial y hasta dónde tienen lugar minuciosos

análisis de propuestas metodológicas, discusiones didácticas centradas en la díada sujeto/ objeto de estudio y seguimientos y evaluaciones para la discusión de resultados. ¿Qué incidencia real pueden tener la Ciencias del Lenguaje en el enfoque de esta problemática y hasta qué punto la semiótica y la lingüística deben intervenir epistemológicamente en tales controversias?. Si la idea es revertir la tendencia, la intervención de la ciencia es insoslayable. La tarea comienza por preguntarse qué significa saber leer.

Proyecto de la materia ciencias sociales en una escuela secundaria con alumnos sordos y oyentes

Prof. Claudio Andretto; Prof. Fabián Abal; Prof. Jackelin Sánchez

Existen en la actualidad nuevas tecnologías que nos permiten realizar nuestra tarea docente con más elementos dinámicos, muchos de ellos usados por nuestros alumnos en su vida diaria.

De más está decir que, al tener una población significativa de alumnos hipoacúsicos, se torna interesante el hecho de utilizar todas las herramientas necesarias para que ellos y los alumnos oyentes puedan mejorar su comprensión de los temas abordados.

En este contexto, las imágenes resultan una valiosa herramienta didáctica no solo para realizar proyectos interdisciplinarios sino también para abordar los diversos temas de cada materia. Desde hace años hemos incorporado en nuestra institución la elaboración de trabajos en conjunto con distintas asignaturas: en nuestro caso, las materias de ciencias sociales e informática, más la colaboración de los integrantes del departamento de intérpretes.

En este contexto, la confección de videos y power points, fueron valiosísimas herramientas pedagógicas.

Hemos realizado un trabajo conjunto de un proyecto del departamento de Ciencias Sociales denominado: “Símbolos” desde una perspectiva adolescente, qué significaba para los alumnos el concepto de símbolo y cuáles eran los símbolos con los que se identificaban.

A modo de ejemplo, luego lo veremos expuesto, para algunos alumnos su símbolo eran los skates o patinetas. El proyecto fue grabado por el profesor de Historia, con la participación de alumnos e intérprete, en formato de película con cámara digital estándar. Se realizaron varias películas en una primera etapa.

Luego, los alumnos utilizaron este material sin editar para trabajarlo junto al profesor de informática: se realizaron incorporaciones de frases en formato de power points, se subtitularon los videos y se mejoraron algunas imágenes. El producto final fue un video en formato wmv, que se presentó al resto de la comunidad educativa.

El entusiasmo demostrado por los alumnos en el trabajo fue una muestra de que no estábamos errados en el camino de la integración, no solo de los alumnos y sus docentes sino también de las materias que componen el plan de estudios del instituto.

El trabajo interdisciplinar es de suma importancia para todos los integrantes de la comunidad educativa, permite el intercambio de ideas, promueve la integración, el debate y por qué no el disenso constructivo.

La mentalización en la práctica clínica con pacientes sordos-EMRD para la sordera

Lic. Annette Aspered (Suecia)

Leg Psychologist; Leg Psychotherapist; Cert. EMDR therapist;
Psychiatric clinic for deaf. Älvsjö, Sweden

annette.aspered@sl.se

En la última década, investigaciones pioneras se han dedicado al estudio a la mentalización y la capacidad para mentalizar –la habilidad para interpretar el comportamiento propio y el de los demás en términos de estados mentales intencionales, como deseos, necesidades, sentimientos y creencias.

Algunos pacientes no se benefician lo suficiente con algunas formas de tratamiento o con medicación. Hemos notado con nuestros pacientes clínicos en Älvsjö, que los pacientes sordos frecuentemente tienen dificultades con la mentalización y la regulación de los afectos. Un alto porcentaje de ellos sufre de traumas severos.

No es un desafío menor entender cómo la medicación funciona o cómo la psicoterapia individual ayuda. Pero con nuestros pacientes pudo demostrarse que el uso clínico del EMDR es una gran ayuda para ellos. Como una forma de terapia integrativa llegamos al paciente desde una variedad de formas.

Una parte del EMDR es psico-educativa. Educando a los pacientes entendemos que el tratamiento puede hacer contribuciones importantes para el establecimiento de la alianza terapéutica.

La terapia está diseñada para desarrollar la alianza terapéutica, ayudando a los pacientes a comprender la conciencia de los estados mentales propios y ajenos. Estar conscientes de los pensamientos negativos de si mismos para entender las sensaciones corporales, los estados mentales, entender como nuestro mundo interno nos afecta.

Los aspectos clínicos cubiertos incluyen pequeños y grandes traumas, interacciones, desordenes de personalidad, lesiones cerebrales traumáticas, fobias.

La mentalización se refiere a un sentido espontáneo que tenemos sobre nosotros y los demás como personas con acciones basadas en estados mentales, tales como deseos, necesidades, sentimientos y creencias. Cuando interactuamos con otros, generalmente vamos más allá de lo superficial, basando nuestras respuestas en un sentido común de qué subyace al comportamiento de la otra persona, “mentes lectoras”. Quien haya tenido un trauma, tiene afectada la habilidad para mentalizar. Muchos de nuestros pacientes sufrieron a lo largo de su vida traumas acumulativos. Coincidente con varias pérdidas, el apego puede ser afectado. Nuestros pacientes frecuentemente

dejan sus hogares para ir a escuelas de sordos. A veces son chicos de 4-5 años los que dejan a sus familias.

La mentalización puede ser vista como la concientización explícita -¿Por qué él ha sido tan duro conmigo? ¿Por qué ella no me ha contestado? ¿Por qué me mira de ese modo? La murmuración en el mundo social es parte de esto. La comunidad sorda es un mundo cerrado. Todos saben de todo acerca de los otros. La cultura es un poco más directa y abrupta debido a que pueden haber malos entendidos con el mundo oyente.

Mayormente mentalizamos intuitivamente, como andamos en bicicleta, -nuestras interacciones transcurren sin problemas, y respondemos automáticamente. Mentalizamos implícitamente – respondemos a las emociones de otros, por ejemplo con una mirada consternada en nuestro rostro cuando escuchamos que un amigo se ha divorciado, o tomando nuestro turno en la conversación con una pausa sensible. EMDR puede desarrollar nuestra habilidad para mentalizar. Con el EMDR logramos ir más allá del mundo hablado.

La mentalización afecta nuestra salud mental. Y el EMDR es una herramienta efectiva. La mentalización implícita y explícita son las bases para la conciencia del self y un sentido de identidad. Importante en si mismo, para la agencia del self y un control de nuestro comportamiento. La mentalización nos provee con un sentido espontáneo de dominio y responsabilidad para nuestras acciones y nuestras elecciones, mas que un sentimiento que el comportamiento es algo que ocurre. El EMDR contiene muchos protocolos estructurados para ser usados en el desarrollo de este tema.

“Encuentro de dos mundos: Silencio y Sonido” (Psicoanálisis de sordos en su propia lengua)

Lic. BENEDETTI, Maria Luisa

*“De vez en cuando hay que hacer
una pausa
contemplarse a sí mismo
sin la fruición cotidiana
examinar el pasado
rubro por rubro
etapa por etapa
baldosa por baldosa
y no llorarse las mentiras
sino cantarse las verdades.”
(Mario Benedetti)*

Buenos días...Es para mi un honor estar nuevamente en este lugar. Han pasado años de psicoanalista y sigo pensando que los sordos han sido la respuesta a un análisis que se hallaba incompleto. El inconsciente silencioso era la veta que supe encontrar para el análisis de las personas sordas. Desde hace veinticinco años que hubo el encuentro de dos mundos: silencio y sonido. El silencio de los analizantes y su lengua de señas y la interpretación de la analista que pertenece al mundo del sonido. Fui de esta manera la primera psicoanalista que en este país se hiciera presente. Hoy en día muchos son los psicólogos que se han interesado y luego, obviamente, han aplicado a su profesión. Entonces creo haber aclarado que este lugar, Facultad de Psicología UBA, ha sido el primer espacio para que mi inconsciente con sonido se encontrara hábil para oír (con los ojos) al inconsciente silencioso.

De vez en cuando hay que hacer una pausa para saber qué nos sucede. Los pacientes se han retirado y el espacio se ha transformado en nuestro lugar de encontrarnos. El analista está en la soledad de su pensamiento...

¿Qué sucedió con algo que ha comentado el analizante, pero cuál es la situación? Sus manos en silencio me cuentan el enojo y la pérdida de su noviazgo de hace dos días y de repente me dice que el novio actual es sordo y bueno, por eso... Aquí se vislumbra algo más allá del síntoma, ¿es un modo de vivir?, ¿la pérdida de un contacto que la induce a estar más sola que nunca? ¿Y el silencio más presente, ese que castiga, ese que invade a su imposibilidad de poder oír? Es sorda y sus padres oyentes se quedan con la imagen de una niña caprichosa, creen que la entienden y es pensada como si fuera una persona oyente. A todos los sujetos sordos hijos de padres oyentes les resta con tener un novio nuevo en vez de un amigo. No saben cultivar la amistad, porque nadie les ha explicado, en su propia lengua de señas, parte de la vida de un sordo. No tienen la palabra silenciosa, que les permita concebirlos y darse cuenta que pertenecen a una cultura diferente pero cultura al fin. De eso se trata:

saber la Lengua de Señas Argentina. Conocer la pequeña cultura. Muchas pausas me acompañaron a lo largo de la carrera. Aprendí de ellos, mis verdaderos maestros...

También se asimila el simple hecho de contemplarse a sí mismo. Es más que necesario. Es un deber. Estar cerca del paciente y lo suficientemente a distancia. Tenemos un síntoma y una manera de ser diferente, perteneciente a una pequeña cultura. A no olvidarnos de ello. Les iré mostrando a lo largo del presente trabajo otros casos.

Así me fui metiendo en el pasado de los pacientes y aprendiendo su cultura, y a diferenciar cuando hay síntoma, cuando es el hecho de comportarse fiel a su cultura y cuando los dos están imbricados y cómo se debe analizar esa situación. Como dice el poema: “rubro por rubro, etapa por etapa, baldosa por baldosa...”

Se vienen a mi memoria las palabras que dijera en el congreso anterior y que hoy las vuelvo a recordar: “Hay variaciones sutilísimas, imperceptibles para un oyente no habituado a la lengua de señas...” No puedo dejar de juzgar el compromiso en el que deben sentirse los psicoanalistas de sordos haciendo uso de la Lengua de Señas Argentina al mismo tiempo que su ser se halla en contacto con la comunidad sorda.

Oliver Sacks en su libro “Veo una voz: Viaje al mundo de los sordos”, nos dice: “La característica más sobresaliente de las lenguas de señas [la que diferencia de las demás lenguas y de las demás actividades mentales] es su utilización lingüística única del espacio. La complejidad de este espacio lingüístico es absolutamente abrumadora para la vista normal, que no puede percibir, y aún menos entender, la enorme complejidad gramatical de sus pautas espaciales.” (1991)

Me pareció una de las cosas más valiosas que se pudiera emitir acerca de la Lengua de Señas y mucho más para los que expresan ser psicólogos de sordos.

El análisis con un ser carente de audición tiene una estructura diferente, no lo podemos negar. Es por así decirlo, tratar a un sujeto en donde se expresa en el sinsonido de sus manos y el silencio de los ojos de su analista. La voz está, pero en la propia, del carente de audición. Por otra parte los fantasmas del análisis son los mismos que los de los oyentes pero difieren en su expresión. Ya lo veremos en el presente trabajo.

Estamos llegando a un final abierto. Como debe ser. Y mi pasión permanente por el análisis de los que son en parte mis maestros se añade a Oliver Sacks cuando nos dice: “Esta lengua está llena de plasticidad y belleza y es capaz

de crear la magia de la poesía y de envolver a las personas en un mundo onírico lleno de imágenes fantásticas. Sirve para confesarse, para la filosofía, para discutir o hacer el amor. Está llena de fuerza simbólica... El alma que escapa por sus dedos es para ellos la vida misma" (1992).

Y en esto que se va armando con rigor pero en paz, Mario Benedetti nos dice y le dice al mundo: "y no llorarse las mentiras sino cantarse las verdades".

Al encuentro de un desafío

Lic. Liliana Blanco

El contexto social en el que una persona crece y vive, sea o no discapacitada, resulta de fundamental importancia para comprenderla. Por ello necesito describir las características socio culturales del lugar en el que creció el paciente que presentaré.

También es imprescindible hacer una reseña de mi historia profesional para que se entiendan las vicisitudes contratransferenciales, y dejar en claro que mis interpretaciones pueden estar contaminadas por el prejuicio de quien proviene de una cultura diferente.

Después de muchos años en la clínica y la docencia en la Ciudad de Buenos Aires, decidí realizar a un viejo deseo: vivir en contacto con la naturaleza, tener una vida más tranquila y segura. San Martín de los Andes reunía las condiciones y me instalé allí, hace 3 años.

Las cosas no fueron sencillas, los trámites burocráticos para ejercer, llevaron casi un año. La “competencia” era mucha y muy buena. Así que decidí empezar en Junín de los Andes, distante 40 km. de mi casa, pero que me recibió con los brazos abiertos.

Allí conocí a Pedro, un paciente hipoacúsico severo, que puso a prueba todo mi bagaje teórico y que de alguna forma anticipó, el constante desafío que representa mi labor en La Patagonia.

En Junín atiendo en una clínica general, donde una secretaria da los turnos. Así que nada sabía de él, hasta la primera entrevista.

Entra al consultorio un hombre joven, alto delgado, buen mozo, con rasgos indígenas, pulcramente vestido y acompañado por una señora mayor, que lo presenta. Aclara que es su pareja, que Pedro es sordo de nacimiento, desconoce el lenguaje de señas y no lee los labios. Por tanto, viene en calidad de intérprete a solicitarme un psicodiagnóstico, requisito indispensable para lograr un implante coclear y que Pedro “pueda hablar como ella”. María, tal es su nombre, no para de hablar!. Después de dos entrevistas con ambos, decido intentar estar a solas con Pedro, y en otras oportunidades convocar a miembros de su familia de origen.

Aclaro que mi primera reacción fue tratar de derivarlo, no había tenido experiencia con hipoacúsicos, no imaginaba cómo tomar un psicodiagnóstico a alguien con quien carecía de un medio de comunicación. Pero en la zona, no hay psicólogos especializados en el tema, soy además, de los pocos con experiencia en psicodiagnósticos. Existía una posibilidad en Neuquén capital, pero ello implicaba un viaje de 6 horas con el concomitante gasto en pasajes y alojamiento. Decidí pues, aceptar el desafío.

Establecer una historia de vida con un paciente mapuche (más allá de si es o no hipoacúsico) no es tarea fácil para alguien que proviene de Buenos Aires. Los sucesos se cuentan como un todo cerrado, sin relación con lo que los precedió ni con los hechos siguientes. Muchas palabras tienen diferente significado, otras son desconocidas para una porteña como yo. La estructura gramatical es diferente. De nada sirve preguntar, responden repitiendo lo mismo. Y están los silencios, silencios interminables... No obstante, la historia de Pedro se fue desgranando entre los relatos de María, los de dos de sus hermanas, el de la directora de la escuela especial, y los gestos de Pedro y los míos, que parecíamos jugar a “dígalo con mímica” llevándonos a veces, a ambos, a reír de buena gana.

Tiene actualmente 36 años. Nació en el campo, en el seno de una familia numerosa: es el menor de 10 hermanos y el siguiente después de una hermana que falleció a poco de nacer: “tenía malformaciones”.

El campo en Junín de los Andes, es la estepa: un extenso territorio de pastizales pobres, donde se desarrolla un mundo humilde, silencioso, castigado por los vientos. El mundo del zorro, del guanaco y el choique, animales silenciosos y desconfiados. Las pequeñas poblaciones humanas se les parecen. Son mínimos asentamientos familiares destinados al cuidado de animales (cabras, llamadas por ellos “chivos”). Muchos son transhumantes, con lugares de invernada y otros de veranada. Mantienen costumbres y creencias ancestrales.

Según el relato de una de las hermanas, Pedro, no sólo no hablaba, tampoco caminaba, se arrastraba y gritaba por lo menos hasta los 6 años en que por fin, aprendió a caminar solo. Ellos creen en “el mal”, en que alguien o algo les provocó un daño, (lo dice con una mezcla de desconfianza y desafío, esperando mi reacción, nada digo, sigo escuchando...). Tardaron bastante en consultar con un médico. Cuando lo hicieron se enteraron que era sordo. (No logro saber los motivos por los que no caminaba). Pero las cosas no cambiaron, tampoco cambió la creencia. Él era feliz con los animales, en el campo. Hacía una vida casi “normal”, eso sí, para llamarlo había que tocarlo. Pedro relata con mucha gracia la misma historia, imitando a los animales, su andar a caballo, su rostro de felicidad recordando...

Después, por razones de salud de la madre, la familia se trasladó al pueblo, ahí, intentaron escolarizarlo, tenía 16 años. Fue a una escuela albergue, luego de un tiempo lo derivaron a la escuela especial. La directora les hizo los trámites para conseguirle un audífono ya que en esa época escuchaba algunos sonidos (los graves), actualmente su sordera es casi total. También se ocupó de que tuviese un tratamiento para aprender el lenguaje de señas, pero

no lo logró. En esa misma escuela especial, Pedro trabaja actualmente como personal de limpieza.

La madre falleció, el padre volvió al campo y Pedro pasó a vivir con su hermana mayor. Ayudaba en la casa, atendía a sus sobrinos y todos en la familia parecían entenderse con señas inventadas. Claro, los diálogos no eran muchos, "nosotros casi no hablamos", confiesa la hermana. Después, el padre quedó ciego por diabetes, se enfermó de cáncer, volvió al pueblo y quedó al cuidado de Pedro. Entonces empezó a aislarse más. Lo veían poco, estaba malhumorado, pero trabajaba, andaba en bicicleta por el pueblo, corría. También hacía carpintería que aprendió en la escuela especial. Hace dos años conoció a María viajando a Zapala donde Pedro llevaba a su padre a un cura "sanador".

María estaba casada con un hombre que la engañaba y la maltrataba, tiene hijos grandes y nietos. No es mapuche. Pedro la enamoró con su simpatía y su bondad. Hace poco más de un año muere el padre de él, ella deja a su marido y se van a vivir juntos. Dice que él quiere hablar como ella, que quiere escucharla (pienso que es ella quien quiere ser escuchada). Una vecina a cuya nieta le van a hacer un implante, les contó de esa posibilidad. Viajaron a Neuquén y después de varios estudios les pidieron el requisito del psicodiagnóstico.

Me contacto con el cirujano, quien me explica las características de un implante coclear, que es muy difícil que en este caso pueda haber algún éxito tanto por la edad del paciente, como por no tener lenguaje alguno. Supone que la sordera del paciente tiene relación con una toxoplasmosis materna que sería también la causa de la hidrocefalia de la hermana fallecida.

También me comunico con la fonoaudióloga con la que Pedro intentó aprender la lectura de labios. Afirma que él no tiene interés en comunicarse, que todos los intentos para lograrlo fueron vanos, como lo fueron para que incorporara el lenguaje de señas.

Los gráficos que tomo al paciente son el Test de Bänder, Dibujo Libre, HTPareja, Familia y el Test de Wartegg. En todos, sobresale la impulsividad, la falta de control e inhibición. Las dificultades en la coordinación visomotora a raíz de la impulsividad y una actitud inflexible y negativista. En las figuras humanas las orejas están dibujadas como agujeros en la cara, todos tienen la cabeza inclinada hacia la derecha (único oído con cierta audición y en el que tiene el audífono). Son figuras pobres pero completas, con trazos entrecortados y muy lábiles, sin diferenciación sexual. Resulta llamativo pues, que en la pareja, donde se representa él y María, haya transparencias que permiten ver el cuerpo desnudo.

Esta falla en la represión también se manifestaba en las entrevistas en las que ambos se acariciaban y besaban como si yo no estuviera.

Tanto el análisis de los gráficos como lo evaluado a través

de las entrevistas con Pedro, y sus allegados, deduzco su gran necesidad de emociones fuertes, sea de tipo erótico o poniéndose en riesgo de vida como cuando va en bicicleta por la ruta o maneja el auto (donde también arriesga la vida de otros), su inclinación a buscar peleas, producto de tendencias paranoides que lo llevan a pensar que los demás se burlan. Esto se da frecuentemente en el trabajo con profesores varones de educación física. Si pensamos que el uso de la motricidad en el niño sordo guarda relación con la dificultad para hacer simbólico lo concreto, podríamos preguntarnos si aún en la edad adulta el despliegue motriz no tiene la misma función y si no es posible que las fantasías paranoides respecto a los profesores de educación física pasen por el hecho de ser con ellos con quienes puede llegar a plantearse la rivalidad en lo que sí comparten: la habilidad motriz.

La muerte del padre tampoco ha podido ser elaborada, ambos tenían un estrecho vínculo. Lloro y se enoja al intentar relatarme el suceso. De hecho, los gráficos dan cuenta de un estado depresivo al borde de la desintegración. Supongo que incide el carecer de audición y de un lenguaje que le permita simbolizar su dolor, tampoco tiene conocimiento de las creencias culturales de su comunidad que le ayudarían en el proceso.

Si pensamos en la historia de Pedro, podemos inferir que la sordera fue detectada tardíamente, junto con la dificultad para adquirir la marcha. Es probable que en ese momento la enfermedad haya sido equiparada a la que provocó la muerte de la hermana y que siguiendo las creencias mapuches (creemos en el daño), haya sido adjudicada "al alma de la difunta". Para la cultura mapuche la enfermedad y la muerte siempre son producto de la acción intencional de determinados seres: Los kalku (seres malignos), manipulan a esas fuerzas negativas llamadas wekufe (el daño). Por lo tanto la concepción de la enfermedad tiene que ver con la introducción de un objeto morboso, que porta esa fuerza maligna o por el mismo espíritu maligno. El wekufe tiene el poder entre otros, de adueñarse y esclavizar al pillú (ánima del muerto reciente, que se resiste a alejarse de su cuerpo y a transformarse en alwe-espíritu maduro). Al ser atrapado el pillú, sería utilizado para hacer daño a otras personas. La persona enferma no es rechazada por la comunidad ni por la familia, se trata de ayudarla a través de las machis (chamanes) que tratan de restituir el equilibrio roto por el wekufe. Cuando el daño es muy severo y la machi no puede, se acepta la intervención del médico wuinka (blanco). En todo momento se protege y cuida a la persona enferma para no enfurecer al espíritu maligno que en él habita y que haga más daño a él o a su familia. Pensemos entonces, desde esta concepción que, ese pequeño sordo y con problemas de motricidad, fue incluido, como alguien familiar y extraño al mismo tiempo, poseído por algo prodigioso, tremendo o demoníaco. Freud dice acerca de lo siniestro: que "sería aquella suerte de espantoso que afecta las cosas conocidas y familiares de tiempo atrás" ... El análisis de estos diversos casos de lo siniestro nos ha llevado a una vieja concepción del

mundo, el animismo , caracterizado por la pululación de espíritus humanos en el mundo, por la sobreestimación narcisista de los propios procesos psíquicos, por la omnipotencia del pensamiento y por la técnica de la magia que en ella se basa...y... por todas las creaciones mediante las cuales el ilimitado narcisismo de ese período evolutivo se defendía contra la innegable fuerza de la realidad...Muchas personas consideran siniestro en grado sumo cuanto está relacionado con la muerte, con cadáveres, con la aparición de los muertos, los espíritus y los espectros....Difícilmente haya otro dominio en el cual nuestras ideas y nuestros sentimientos se hayan modificado tan poco desde los tiempos primitivos, en el cual lo arcaico se ha conservado tan incólume bajo un ligero barniz, como en el de nuestras relaciones con la muerte. Dos factores explican esta detención del desarrollo: la fuerza de nuestras reacciones afectivas primarias y la incertidumbre de nuestro conocimiento científico. ...Aún es probable que mantenga su viejo sentido: el de que los muertos se tornan enemigos del sobreviviente y se proponen llevarlo consigo para estar acompañados en su nueva existencia....

Es interesante resaltar que la familia mapuche es la institución de mayor incidencia en la socialización del niño y distintas generaciones están incluidas: abuelos, padres, tíos, hermanos. Además, la cultura mapuche otorga gran importancia a los lazos que se establecen entre una madre y su hijo recién nacido. Tradicionalmente el parto sucedía (y sigue sucediendo en las familias que viven apartadas), en la casa de la parturienta donde, desde el vamos, la madre establece un contacto permanente con el bebé. La lactancia ha sido históricamente valorada como una forma de mantener el apego y la comunicación con el bebé llegando incluso hasta los tres años . Es probable pues, que hasta que fue evidente la falta de lenguaje y la dificultad en la locomoción, Pedro recibiera el mismo trato que cualquier bebé mapuche normal. Si bien es seguro que no pudo escuchar las nanas cantadas por su madre, o las voces de sus hermanos jugando, como la estimulación visual adquiere una importancia fundamental en el acceso al conocimiento (kimun), esto pudo funcionar condensando con el tacto, (otro de los elementos valorados para la adquisición del kimun mapuche) en estos campos sensoriales, las pulsiones que permiten el acceso al conocimiento. Pedro carecía del sentido que le permitiría escuchar el sonido del viento, las voces de los animales, del fuego y del agua, pero el tacto y la vista suplieron esas fallas. Por los dichos de la hermana, permanecía largas horas, andando a caballo, cuidando los chivos, jugando con los perros. Y en la casa se había desarrollado un sistema de señas para transmitirle lo esencial. En ese mundo silencioso, era suficiente.

El diagnóstico de sordera no cambió demasiado ni para Pedro ni para la familia, seguía siendo un portador del wekufe y por lo tanto alguien a quien cuidar y hasta cierto punto temer, dándole un lugar preferencial en el ámbito hogareño, en el que fue "mirado" y amado, tanto por su madre como el resto de la familia quienes lograron

entablar una comunicación a través de una lengua de señas no formal. Aún hoy, sus hermanas, se refieren a él con cariño y preocupación por su bienestar. Sin embargo, determinados trastornos que denotan cierto grado de sufrimiento psíquico están presentes: impulsividad, angustia excesiva, rasgos autistas. Resulta difícil deducir si estos síntomas de datan de esos primeros años o del enorme esfuerzo por incorporarse a la vida en la ciudad. Con 16 años, en plena adolescencia, se lo saca del ámbito conocido, de protección familiar, con su madre muriendo, se intenta escolarizarlo en una escuela albergue. El impacto emocional que esta situación tuvo que causar, resulta abrumador. De pronto todo su mundo se derrumbó. El choque con la cultura blanca, desconocida hasta el momento, la ausencia de lenguaje que le ayudara a comprenderla, el estar rodeado de personas con buena voluntad pero que no lo entendían y seguramente el sentirse mirado y rechazado por sus pares, parece haber sido el elemento detonante en sus fantasías y sentimientos persecutorios.

La escuela especial fue más contendora, de hecho sigue manteniendo hasta hoy el vínculo, trabajando para dicha institución. Allí, realizar algunos aprendizajes, aquellos que guardan relación con su identidad mapuche como la carpintería. Pero no adquirió el lenguaje de señas ni la lectura de labios que lo insertarían en la cultura wuinka. Sigue manteniendo las primitivas señas que aprendió con su familia y en el contacto con la naturaleza.

Hasta que conoció a María, escuchar/hablar no representaban una inquietud. Ella aprendió a interpretar sus señas y a comunicarse usando un lenguaje corporal, pero Pedro sabe que eso no basta y ambos esperan como en un cuento de hadas, el milagro del implante. El cirujano wuinka adquiere el lugar de la machi, y mediante su arte, introducirá en su cerebro un elemento que deshará el maleficio.

Las explicaciones dadas por el médico sobre lo desaconsejable de la intervención, no fueron escuchadas por María y por lo tanto, tampoco transmitidas a Pedro, que agrava sus síntomas depresivos, cuanto más entusiasmo con el implante demuestra su mujer.

Tengo una entrevista con María, decido hablarle crudamente, mostrarle que es ella quien no escucha. Repito las explicaciones dadas por el especialista, hablo de los riesgos que implica comenzar a los 36 años, a oír sonidos que no sabe interpretar, de la necesidad de ser reconocido por lo que es: no oyente, tal y como ella lo conoció.

Finalmente veo a Pedro e intento transmitirle lo mismo, con gestos, con gráficos: creció en un mundo silencioso. Hasta los 16 años fue amado , respetado, también temido, después tuvo que adaptarse a otra realidad y lo logró con mucho sufrimiento. Ahora necesita ser aceptado.

Muchos son los interrogantes que se me abren a partir de

este caso, algunos guardan relación directa con la sordera, otros, con la problemática de la transculturalidad. Me pregunto cómo se constituye el aparato psíquico cuando la metáfora que posibilita el corte entre ambos sistemas falta. Entiendo que “el soporte de la estructuración psíquica de estos niños esté dado por un entramado entre madre e hijo centrado en imágenes visuales, en conjunción con lo táctil y olfativo”, pero me pregunto cómo se establece la represión fundante que separa ambos sistemas y si lo simbólico llega o no, a constituirse. En cuanto a la angustia, ¿se trata de una angustia automática producto de la invasión de cantidades de excitación o es una angustia señal, fruto de la represión secundaria? ¿Cómo se cualifican las cantidades de excitación que invaden el aparato en un sujeto que no ha logrado salir de un precario lenguaje de señas familiar? ¿Qué posibilidades de ayudarlo tenemos, en la elaboración de situaciones traumáticas por las que ha atravesado, en la medida en que no tenemos una lengua en común ni un bagaje cultural que nos aproxime?

Bibliografía

- 1.-Anzieu, D: El yo piel, Biblioteca Nueva, Madrid, 1983
- 2.-Bleichmar, Silvia: En los orígenes del sujeto psíquico, Amorrortu editores, Buenos Aires, 1986
- 3.-Carbonell, Beatriz, Chamanismo Mapuche, Medicina y Poder, sus formas de vínculo social. Universidad Fasta- Patagonia Argentina
- 4.-Díaz Mujica, A: Conceptos de enfermedad y sanación en la cosmovisión mapuche e impacto de la cultura occidental, Ciencia y enfermería X
- 5.-Freud, Sigmund: Lo siniestro, Ediciones Noé, Buenos Aires 1973
- 6.-García Vázquez, Cristina: Transculturalidad y enfermedad mental: los mapuche en Neuquén, proyecto de investigación en conjunto con el Lic. Javier Barda
- 7.-Janín Betriz: Los orígenes del lenguaje, ficha interna de la Cátedra de Niñez , Facultad de Psicología UBA.
- 8.-Núñez, B: Familia y discapacidad. De la vida cotidiana a la teoría. Lugar ediciones, Buenos Aires, 2007
- 9.-Sacks, O: Veo una voz, viaje al mundo de los sordos. Anaya & Mario Muchnik, Madrid,1991
- 10.-Schorn, Marta: El niño y el adolescente sordo, Reflexiones psicoanalíticas: Cap. 3 Desarrollo de la personalidad, el bebé y el niño sordo.,Cap. 6: Identidad, identificaciones e ideales; Cap. 7: El adolescente sordo y la escuela secundaria. Éxitos y fracasos Lugar editores, Buenos aires, 1987
- 11.-Schorn, Marta: La capacidad en la discapacidad: sordera, discapacidad intelectual, sexualidad y autismo: Lugar ediciones, Buenos Aires, 2003.
- 12.-Schorn, Marta: La conducta impulsiva del niño sordo. Aportes desde la psicología y el psicoanálisis,Cap. 3: El niño sordo y el diagnóstico de sordera.Lugar ediciones, Buenos Aires, 2008
- 13.-Marta Schorn: Clases para el seminario a distancia: Psicoanálisis y discapacidad, octubre 2012 <
- 14.-Marta Schorn: Discapacidad. Una mirada distinta, una escucha diferente. Lugar editores. Buenos Aires, 1999

Enfoque gestáltico como opción terapéutica para el abordaje del duelo en padres con hijos que padecen de una deficiencia auditiva.

Caso estudio: u.E.E “instituto de audiofonología carabobo”

(Valencia – Edo. Carabobo)

Eylin Del C. Bolívar Mérida

Planteamiento del Problema

Las personas requieren constantemente de la interacción social, aceptación, reconocimiento para afianzar los componentes emocionales, intelectuales y conductuales que lo caracterizan. Sin embargo, cuando se está presente una condición o discapacidad dichas habilidades sociales tienden a fracturarse, posiblemente a la no presencia de ellas en la estructura de personalidad repercutiendo en la aceptación del individuo, donde se encontrará con un sin fin de detalles biológicos propios de su naturaleza y psicológicos conformados por rasgos típicos de su personalidad y sociales proporcionados por el ambiente en el cual se desenvuelve, siendo de rechazo, mostrando así duelo o la incapacidad de enfrentar nuevas oportunidades de vida, ya aún cuando se posee la discapacidad. Para dar definición conceptual a la discapacidad, la Ley para las personas con discapacidad en Venezuela (2006). La define de la siguiente manera:

...Se entiende por discapacidad la condición compleja del ser humano constituida por factores biopsicosociales, que evidencia una disminución o supresión temporal o permanente, de alguna de sus capacidades sensoriales, motrices o intelectuales que puede manifestarse en ausencias, anomalías, defectos, pérdidas o dificultades para percibir, desplazarse sin apoyo, ver u oír, comunicarse con otros, o integrarse a las actividades de educación o trabajo, en la familia con la comunidad, que limitan el ejercicio de derechos, la participación social y el disfrute de una buena calidad de vida, o impiden la participación activa de las personas en las actividades de la vida familiar y social, sin que ello implique necesariamente incapacidad o inhabilidad para insertarse socialmente.

Así pues, se hace necesario mencionar que existe un porcentaje estadístico a nivel nacional que presenta dicha discapacidad en tal sentido, La Sociedad Venezolana de otorrinolaringología (s.f.) da a conocer lo siguiente:

La OMS estima que existen 278 millones de personas con defectos de audición moderados a profundos en

el mundo y el 80% de ellos viven en países subdesarrollados. Según estadísticas mundiales de cada 1000 niños nacidos 2-3 nacen sordos. En Venezuela de acuerdo al Instituto nacional de estadística se reporta que existen aproximadamente 33.996 personas con disfunción auditiva total, según el último censo.

Según este reporte se puede apreciar que existe un porcentaje significativo, donde la anomalía está presente, sin embargo no se habla sobre los estados emocionales o condiciones afectivas que padecen estas personas ni su círculo familiar. Se puede Considerar que la incapacidad de oír o la pérdida gradual a total hacen que el medio de comunicación poco accesible para la persona que la padece y su entorno laboral, social, familiar, repercutiendo así en la evasión y/o aislamiento como forma de defensa.

Por otro lado se hace necesario traer a exploración la dinámica que mantiene la familia (padre y madre) de niños con discapacidad auditiva, puesto que el medio de comunicación esta difuso y por ende ambos pares pueden pasar al polo de la exclusión pasiva de la relación (padre – madre- hijo) de algún modo en esta triada también se podría presentar un conflicto en el cómo ayudar, cómo comunicarse, cómo manifestarse.

Para respaldar lo antes comentado se hace necesario citar a Santo, M (2011) dando a conocer que:

La situación que vive la familia puede agravarse cuando observan en su hijo un distanciamiento progresivo de las pautas generales de un desarrollo normal.... El nacimiento de un hijo con discapacidad supone un shock dentro de la familia. El hecho se percibe como algo inesperado, extraño y raro, que rompe las expectativas sobre el hijo deseado.

Se puede decir que de este modo, las familias experimentan cambios cuando se tiene un hijo con discapacidad, quizás afectando la estructura y dinámica familiar, posiblemente la confusión, los sentimientos de aceptación, rechazo y culpabilidad se mezclan.

Así mismo, Vallejo, J. (s.f.), en su trabajo Duelo de los Padres ante el Nacimiento de un Niño con Discapacidad dice:

...La llegada de un hijo discapacitado genera en la familia una crisis inesperada, no normativa, de desajuste, que exige de los padres una adaptación instantánea. El equilibrio de la familia queda generalmente descompensado, tanto el funcionamiento interno de la familia como sus relaciones con el mundo exterior, se altera...

Tal como señala el autor del párrafo anterior, la Psicopedagoga Jhoanna Rausseo argumenta: para los padres tener un hijo con una discapacidad es un duelo, pues todos como padres esperan que sus hijos nazcan perfectos y normales, hay algunos que caen en un dolor profundo por la pérdida de lo esperado, pero de inmediato buscan ayuda necesaria para el niño y para ellos mismos, como también sucede el caso contrario, es el que con frecuencia se evidencia en el entrono educativo". (Comunicación personal, 8 de agosto 2012).

Aunado a lo expuesto por la Psicopedagoga antes mencionada, la madre de una sorda de 19 años manifiesta: "cuando el Dr. que examinó a mi hija me dijo que era sorda profunda, yo automáticamente me senté y me puse a llorar y llorar, no encontraba que hacer, decir, pensar, le preguntaba a Dios porque me mandaba a una niña así, me preguntaba a mi misma que voy hacer ahora?, lo que quería era morir, sentí un vacío tan grande dentro de mí como cuando uno pierde un ser querido, esa sensación tan desagradable que viví fue durante dos años sintiéndome triste, sola, vacía, a pesar del apoyo que mi esposo e hijos me dieron en ese momento; sin embargo yo desde el momento del diagnóstico busque información de escuelas para sordos" ,(comunicación personal, 14 de agosto 2012).

Por otro lado la madre de un sordo de 21 años de edad manifiesta: "me doy cuenta que mi hijo es sordo a los once meses porque dormía muchas horas, un día se me ocurre sonar dos tapas de ollas cuando dormía para ver si lo despertaba, pero al sonarlas ni se movió, ahí mismo lo llevé al médico desesperada llorando con temor a escuchar que era sordo, efectivamente el Dr. afirma que mi hijo era sordo, mi reacción fue llorar, le preguntaba a Dios ¿porqué me mandas a un hijo así? ¿Ahora qué voy hacer? , para mí fue o lo sentí como una pérdida, porque yo esperaba a un hijo sano, normal sin ninguna discapacidad, terrible poco a poco lo fui aceptando, aproximadamente dos años de tristeza, dolor y vacío me invadieron", (comunicación personal, 15 de agosto 2012).

De la misma manera una pareja con un hijo sordo profundo de 23 años de edad expresan lo siguiente: "cuando mi esposo y yo comenzamos a preocuparnos por la audición de Ken, y a los 12 meses le diagnosticaron oficialmente una aguda a profunda pérdida auditiva lo vivimos como una tragedia para la familia y al no tener conocimientos sobre la sordera y ningún antecedente familiar de sordera, no teníamos idea de qué esperar y fue devastador para nosotros...", (comunicación personal, 24 de agosto 2012).

Ante los testimonios expuestos en párrafos anteriores, es relevante aunar el de docente Yrámides Guillén (sorda), el cual dice que en la escuela de Audiofonología Carabobo, en algunos padres es notorio como se culpan uno al otro por la discapacidad que presenta el hijo, más aún si esa discapacidad es hereditaria, o adquirida luego de una enfermedad o suministro de antibióticos, no aceptan las sugerencias de las docentes con respecto a la forma que los padres deben trabajar en casa con sus hijos, se observan las fluctuaciones de humor de las madres ante las docentes, a su vez se puede presenciar como utilizan la discapacidad del niño y sus complicaciones secundarias como un medio de evitar problemas mutuos y no relacionados con la discapacidad del niño. (Comunicación personal, 7 de agosto de 2012).

Dando a conocer todos estos testimonios se puede percibir una gran carga afectiva y probablemente asociado a un estado emocional de dolor, angustia y rechazo por tal condición de vida que a sus hijos les toco padecer. En la Clasificación Psiquiátrica Americana DSM IV (Chávez, 1995), se considera el duelo como la reacción a la muerte de una persona querida, dándose por hecho que en la mayoría de los casos se da una reacción estimada como "normal", misma que puede variar considerablemente en su duración y expresión entre los diferentes grupos culturales.

Es por toda la problemática mencionada que se propone el programa terapéutico gestáltico para abordar el duelo de los padres que tienen hijos (as) con alguna deficiencia auditiva de la escuela de Audiofonología Carabobo.

Formulación del Problema

Surge la inquietud de realizar un trabajo terapéutico con el fin de abordar el duelo en padres con hijos que padecen una deficiencia auditiva de la U.E.E "Instituto de Audiofonología Carabobo", ante lo cual se plantea una interrogante ¿Aplicar terapia Gestáltica ayudará a afrontar el duelo que padecen actualmente los padres con hijos deficientes auditivos de la U.E.E Instituto de Audiofonología Carabobo"?

Objetivos de la Investigación

Objetivo General

Desarrollar un programa de psicoterapia gestáltica como opción terapéutica en el abordaje del duelo en los padres con hijos que padecen una deficiencia auditiva de la "U.E.E Instituto de Audiofonología Carabobo"

Objetivos Específicos

Diagnosticar el nivel del duelo en padres con hijos que padecen una deficiencia auditiva a través de la aplicación de un cuestionario.

Diseñar un programa psicoterapéutico basado en las técnicas gestálticas con el fin de abordar el duelo en los padres con hijos que padecen una deficiencia auditiva de la U.E.E Instituto de Audiofonología Carabobo”.

Aplicar el programa Psicoterapéutico, en los padres con hijos que padecen una deficiencia auditiva de la U.E.E Instituto de Audiofonología Carabobo”.

Evaluar la propuesta terapéutica, para conocer la efectividad del programa gestáltico en el duelo de los padres con hijos que padecen una deficiencia auditiva, a través de la prueba estadística t de Student.

Justificación y Delimitaciones de la Investigación

Su importancia se justifica, ya que su ejecución servirá de experiencia y aporte a la toma de decisiones en la búsqueda de la incorporación de nuevas estrategias de tratamiento brindando nuevas posibilidades de apoyo, además una nueva visión que propiciará a la persona con discapacidad y a la familia a vincularse con el proceso terapéutico integrando la responsabilidad y posteriormente alcanzar una integración social.

Desde el ámbito social, buscará mejorar la calidad de vida de estas familias en cuanto a su dinámica y convivencia, ofrecerá mejoras en cuanto la ampliación de nuevas técnicas y herramientas terapéuticas y la ampliación de la psicología en el ámbito de la discapacidad.

Por otra parte, la investigación desde el punto de vista teórico aportará nuevos contenido de la discapacidad auditiva, en general a fin de propiciar alternativas de soluciones a problemas asociados a dicha problemática plateada.

Desde el punto de vista psicológico los resultados obtenidos permitirán reflexionar sobre los comportamientos que mantienen los padres de personas con discapacidad en relación a la convivencia familiar. Ajustándolos conscientemente y permitirle ver la relación que tiene dicha actuación con una mejor calidad de vida.

Cabe destacar, que la presente investigación, será punto de referencia a otros investigadores en trabajos futuros tanto nacional e internacional, contribuyendo así, a la creación de una base de datos que pueda brindar información y ópticas para el mejor funcionamiento de las instituciones auditivas, específicamente a la U.E.E Instituto de Audiofonología Carabobo.

Plasticidad del aparato psíquico. El proceso de construcción de la representación-palabra cuando la imagen sonora está ausente

Lic. Mariana Bugalter. Lic Marisol Flores

El psicoanálisis, tal como lo señaló Lacan, “no tiene sino un medium, la palabra del paciente” (Lacan, 1953, p. 240). La palabra constituye el medio por excelencia en torno al cual podrá fundarse una relación analítica.

Pero ¿de qué hablamos cuando hablamos de palabra? Sin duda, para el psicoanálisis la palabra constituye mucho más que una pura pronunciación, que una serie de enunciados, de dichos. Sin embargo, el análisis no llegará a la enunciación sino es a través de esos enunciados. La palabra implicará no sólo la posibilidad de adquirir y producir los fonemas necesarios, que por asociación arbitraria remitirán a tal o cual objeto del mundo, sino también la apropiación que del lenguaje haga cada sujeto para dirigir sus dichos a un otro, para pasar de repetir las palabras de otro a tomar la palabra.

En nuestra práctica apuntamos a pasar de los enunciados a la enunciación, es decir, a poder recortar en esos dichos, algo de la posición subjetiva. Se ve muy bien entonces que esto sólo será posible a partir de los enunciados, puesto que no hay enunciación sin enunciados que la soporten. Los enunciados estarán relacionados con el lenguaje disponible, con la adquisición de dicho lenguaje. Es por eso que en esta oportunidad nos ocuparemos de los enunciados intentando vislumbrar los modos de ingreso de la palabra en el psiquismo de un sujeto, aun más de un sujeto con una discapacidad auditiva.

Lo haremos a partir de la premisa, constatada en nuestra clínica, de que ya sea en lengua oral o en lengua de señas, las personas con sordera acceden a un tratamiento psicoanalítico justamente por su capacidad de tomar la palabra, servirse de ella, tal como dice Lacan, como medio para el análisis.

Es esta experiencia la que nos lleva a preguntarnos, ¿habrá alguna diferencia en la constitución del aparato psíquico de la persona sorda, respecto de la persona oyente? Pensándolo sólo desde la particularidad de la falta de audición ¿cómo se dará este ingreso de la palabra en el psiquismo?

Nos remitiremos a los primeros tiempos de la adquisición del lenguaje, aquellos en que la palabra es hablada por otro, por considerarlo fundamental para poder pensar el pasaje de la palabra como palabra del otro, a la palabra como palabra propia.

En esta línea, recurrimos al texto La Afasia de Freud, del año 1891, donde nos dice: “la palabra es la unidad funcional

del lenguaje; es un concepto complejo constituido por elementos auditivos, visuales y cinestésicos.” (Freud, 1891, p.86). Serán las impresiones auditivas, táctiles y visuales de los objetos del mundo, tal como son percibidas por los órganos sensoriales, lo que Freud denominará representación-cosa, asociadas a la representación-palabra, compuesta por cuatro elementos: la “imagen sonora de la palabra”, la “imagen visual de las letras”, la “imagen motriz del lenguaje” (es decir, su articulación) y la “imagen motriz de la escritura”, lo que dará lugar a la palabra en sí. Es decir, la palabra cobrará significado al enlazarse, la representación-palabra con la representación-cosa. Un complejo asociativo que es más que la suma de sus partes, dado que implica un procesamiento mayor a un simple enlace. Podríamos decir que se trata de un enlace superador entre ambas representaciones.

Al referirse a este enlace Freud es taxativo, afirma “la representación-palabra no se enlaza con la representación-objeto (cosa) desde todos sus componentes, sino sólo desde la imagen sonora” (Freud, 1915, p. 212) Recordemos, la imagen sonora es uno de los cuatro elementos de la representación-palabra. Sin embargo, parecería que tiene un lugar privilegiado ya que sería el elemento esencial para que dicho enlace pueda realizarse. Es este aspecto el que nos interesa interrogar tomando como punto de partida aquellos casos donde la imagen sonora está ausente. Nos limitaremos entonces a pensar cómo se ha producido este enlace entre la representación-cosa y la representación-palabra en personas con discapacidad auditiva, que se comunican en lengua de señas, lengua viso-espacial que prescinde del elemento auditivo para su configuración. Podríamos también pensarlo para los casos de las personas sordas oralizadas, cuyo modo de acceso a la palabra es también particular. Sin embargo esta vez nos interesa reflexionar sobre los medios con los que ha contado el aparato psíquico para llevar a cabo dicho enlace, aún con la imagen sonora ausente.

Nos preguntamos en primer lugar ¿cómo se conformará la representación-palabra cuando uno de sus elementos, la “imagen sonora de las palabras”, está ausente? Y en segundo lugar, ¿Cómo se dará la asociación entre la representación-palabra y la representación-cosa, en estos casos?

Para pensar una posible respuesta a estos interrogantes nos serviremos del concepto de plasticidad neuronal, el cual remite a la capacidad de las neuronas de suplir las deficiencias funcionales correspondientes a una lesión, es decir de asumir una función otra supliendo el daño, para

desde allí plantear una extrapolación de dicho concepto al campo del psicoanálisis, con el fin de postular la existencia de una plasticidad del aparato psíquico en el proceso de construcción de las representaciones.

Propondremos que ante la falta del sentido de la audición, falta que impediría percibir la imagen sonora de la palabra y también acceder a su significación, la cual se da por la relación de la representación-palabra con la representación-cosa, el aparato del lenguaje del que nos habla Freud podría verse de alguna manera interrumpido. El sujeto tendría impresiones táctiles y visuales de los objetos que lo rodean pero estaría bloqueada la posibilidad del acceso a la palabra, de asociar un determinado objeto que posee una temperatura particular, una forma, un color, un brillo, con la palabra que lo nombra. El sujeto tendría entonces una relación puramente sensorial con el mundo que lo rodea, sin poder acceder al lenguaje, esto es, sin poder comunicarse con otros sujetos.

Sin embargo, la clínica evidencia que no es esto lo que sucede. La falta de imagen sonora no conlleva necesariamente la interrupción del aparato del lenguaje. Aún en los casos de niños sordos, hijos de padres oyentes, ante la falta de audición, lo visual adquiere mayor prevalencia. En este vínculo la utilización de ciertos signos, gestos, miradas, irán repitiéndose, y será en esta repetición que irá constituyéndose una lengua de señas espontánea, propia de esa familia. De este modo, valiéndose de lo visual, algo de la palabra podrá empezar a circular. Podría tratarse de una suplencia del aparato, que al no recibir ningún imput auditivo comienza a dar lugar, a valorar, el imput visual. Claro que esto no será suficiente, será necesario que se produzca un pasaje de esta lengua de señas familiar, endogámica, a una lengua de señas formal, compartida con otros, con el fin de que el aparato psíquico pueda verse enriquecido y que el vínculo social pueda habilitarse.

Postulamos entonces que es la plasticidad del aparato, a través del predominio de lo visual, lo que permite que la lengua de señas pueda ser un recurso ortopédico que permutando la "imagen sonora de la palabra" por la imagen visual de la seña, es decir la imagen visual de la palabra, constituye la representación-palabra y habilita su asociación con la representación-cosa, dando lugar al sentido.

Se nos podría cuestionar que si la representación-palabra está compuesta por la "imagen sonora de la palabra", la "imagen visual de letras", la "imagen motriz del lenguaje" y la "imagen motriz de la escritura" ¿por qué suponer, ante la falta de la imagen sonora, un elemento nuevo de la representación? ¿Por qué no decir que la plasticidad del aparato puede valerse de alguno de los elementos restantes para realizar dicho enlace, en lugar de postular un elemento nuevo?

Ya trabajamos la "imagen sonora de la palabra", veamos en qué consisten los otros tres elementos

de la representación-palabra. "Imágenes motrices de palabras" serían las impresiones sensoriales producto de la articulación del lenguaje. Se trataría de las imágenes que por ejemplo nos permiten decir que un sujeto "lee los labios". Puede leerlos porque ha incorporado la imagen motriz de la palabra, la configuración de los labios para su articulación. "Imagen visual de letras" sería la imagen que se pone en juego al momento de la lectura, donde ciertos signos gráficos se decodifican y obtienen una significación por estar asociados tanto a las imágenes motrices de las letras como a las huellas mnémicas de las palabras ya conocidas. "Imagen motriz de la escritura" serían las imágenes que se ponen en juego al escribir a partir de la percepción cinestésica recibida de la mano al reproducir las imágenes visuales de las letras.

Puede apreciarse la dificultad de postular que cualquiera de estos tres elementos de la representación-palabra puedan venir a suplir la imagen sonora de la palabra, ausente, puesto que todos requieren de un proceso previo que permita la incorporación de esas significaciones. Es decir, para poder tener una imagen motriz de palabra es necesario que esa palabra haya sido incorporada a nuestro haber simbólico, es necesario conocerla para luego poder reconocerla a través de su articulación. Lo mismo ocurre con la lecto-escritura, es necesario poder vincular esos signos gráficos con una significación previamente incorporada para que esa escritura o lectura tenga un sentido.

Es esto lo que argumenta la posición privilegiada que Freud otorga a la imagen sonora de la palabra, donde será ésta el soporte en torno al cual podrán constituirse los otros tres elementos (visual de letras, motriz del lenguaje y motriz de la escritura).

En esta línea define "aprendemos a hablar asociando una "imagen sonora de la palabra" con una "impresión de la invención de la palabra" es decir, con la huella mnémica que dicha palabra activa. Cuando hemos hablado, dice, estamos en posesión de una "imagen cinestésica de la palabra" es decir, de una imagen motriz. Y continúa percibimos también, después de haber hablado, una "imagen sonora" o "impresión sonora" de la palabra hablada. Mientras no hemos perfeccionado nuestro lenguaje, la segunda imagen sonora, aunque asociada con la primera, no es necesariamente idéntica a ella" (Freud, 1891, p.87)

Es decir, para aprender a hablar se requieren dos pasos, en primer lugar escuchar la palabra que nos viene del otro y asociarla con la impresión de la cosa, y en segundo lugar perfeccionar las imágenes sonoras producto de nuestra propia articulación, a fin de asemejarlas a las imágenes sonoras incorporadas inicialmente desde el otro.

Ahora bien, volviendo a nuestras preguntas iniciales ¿cómo se conformará la representación-palabra cuando uno de sus elementos, la "imagen sonora de las palabras", está ausente? y ¿cómo se dará la asociación entre la

representación-palabra y la representación-cosa, en estos casos?

Como venimos trabajando este enlace requiere necesariamente de un elemento que supla la imagen sonora ausente. Creemos que será a partir de la imagen visual de la seña que dicho enlace podrá realizarse. Imagen que inicialmente el otro podrá ofrecer sin necesariamente proponérselo, pero que el aparato psíquico, gracias a su plasticidad, incorporará como un nuevo ingrediente para dicha representación. Recurso ortopédico que busca suplir la ausencia valiéndose de una otra función. Imágenes que ofrece el otro y que el psiquismo reconoce como un modo de comunicación. Imagen visual de la seña que, asociándose con las impresiones de las cosas, da lugar a ese primer enlace que da cuenta de la adquisición de la palabra.

Así como en la lengua oral será necesario que las propias "imágenes sonoras de las palabras" se perfeccionen, repitiéndolas y comparándolas con las imágenes sonoras aportadas por los otros, también aquí será necesario que las imágenes visuales de señas se vayan repitiendo y comparando con las imágenes visuales de señas aportadas por los otros. Creemos que sólo la lengua de señas formal multiplicará las imágenes visuales de señas con las que compararse habilitando al sujeto a un pasaje del aprendizaje de algunas palabras, a la verdadera disposición de un lenguaje.

Esta predisposición a lo visual explicará y justificará que en el caso de personas sordas que se comunican con lengua de señas, el acceso a la palabra se haya producido a través de la imagen visual de la seña y no a través de la "imagen sonora de la palabra". Será a partir de la imagen visual de la seña que podrá constituirse luego una imagen motriz de la palabra señada. Distinto será el caso de la lecto-escritura, donde el sujeto deberá realizar un pasaje de la lengua señada a la lengua española, dada la diferencia gramatical de ambas. Pasaje algunas veces dificultoso que muchas veces se verifica en el particular modo de escribir de algunos sujetos sordos, donde la prevalencia de lo visual, y de la estructura gramatical de las señas, se pone en juego.

Esto no quiere decir que la prevalencia de lo visual se verifique exclusivamente en los casos de personas sordas hablantes de lengua de señas, sin embargo consideramos que dicha población es un ejemplo claro de la necesidad a la que el aparato psíquico se ha visto expuesto. Ante la ausencia real de la audición, el psiquismo se ha servido de la prevalencia de lo visual para desde allí suplir esa ausencia y esto se evidencia claramente en los casos planteados.

Como dijimos al inicio, si el psicoanálisis no tiene más que un medio, la palabra, creemos que no se tratará sólo de la palabra en tanto enlace de las representaciones, sino de la palabra en tanto medio de inscripción de los significantes que han determinado al sujeto. Ahora bien, para poder pasar al significante será necesario primero

poder pasar por la palabra, ya sea esta oral o señada. La imagen visual de la seña resultará fundamental en la estructuración psíquica del sujeto en tanto es el recurso que permitirá pasar de las percepciones de las cosas, es decir de lo sensorial, a lo simbólico.

Bibliografía

- FREUD, S. (1891) La Afasia Bs. As.: Nueva visión 2004
- (1905) "El chiste y su relación con lo inconciente" en Obras Completas Tomo VIII, Buenos Aires: Amorrortu, 2008.
- (1915) "Lo Inconciente" en Obras Completas Tomo XIV, Buenos Aires: Amorrortu, 2008.
- (1923) "El Yo y el Ello" en Obras Completas Tomo XIX, Buenos Aires: Amorrortu, 2007.
LACAN, J. (1953) "Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis" en Escritos 1. Buenos Aires: Siglo veintiuno, 2002.
SCHORN, M. (2009) "Sordera y Autismo" en La capacidad en la discapacidad: sordera, discapacidad intelectual, sexualidad y autismo, Buenos Aires: Lugar Editorial, 2009.

Libros en lengua de señas para bebés sordos : un mediador lingüístico y cognitivo

Maria Aparecida Brun Trindade (Brasil)

Se parte del presupuesto que el 90% de los bebés sordos tienen familia oyente, la cual no sabe o desconoce totalmente el lenguaje de señas (GOLDFELD, 2002). Ese hecho implica directamente en el desarrollo de tal individuo, pues la no exposición a su lengua natural - LIBRAS (Brasil) y a un ambiente lingüístico adecuado; con recursos de imágenes y con interlocutores de señas hace con que el sordo presente déficit lingüístico y retraso en su desarrollo cognitivo. De esa manera, los problemas atribuidos a los individuos sordos no lo son de origen sensorial, pero social, lo que responsabiliza a padres y educadores. Bajo esa perspectiva se hace necesario desde la más tierna edad exponer el bebé a un ambiente lingüístico con inputs visuales adecuados (KARNOPP, 2005). En ese sentido, el proyecto: “Libros en Señales para Bebés Sordos” fue realizado y desarrollado con la intención de posibilitar a esos bebés, sus familiares y educadores un artefacto literario con base en la estructura visual, lo que potencializa el desarrollo del individuo y colabora con el proceso de inclusión social de los sordos.

Videolibros: Reflexiones sobre la lectura en Lengua de Señas Argentina.

CANALES ASOCIACIÓN CIVIL

Más que una necesidad, la lectura es un derecho. Desde este punto de partida, hemos iniciado un sinuoso recorrido con docentes de sordos, especialistas en lectura, familias de sordos y mediadores de lectura con el fin de enunciar estrategias innovadoras capaces de promover el acceso a la lectura de las niñas y niños sordos.

Los sondeos teóricos realizados ilustran que la lectura tiene sus raíces en la oralidad, es decir, en las primeras conversaciones entre los padres y los niños desde muy pequeños. A partir de estos intercambios lingüísticos, se inicia un proceso donde los adultos ayudan a los niños a dar significado a todo lo que los rodea. El proceso de leer la realidad, de alcanzar y descubrir sentidos es el primer escalón para acceder a lectura. Leer es comprender: primero comprender el mundo y más tarde comprender los textos escritos.

Parte del camino que realizamos, incluyó la investigación sobre estos primeros pasos en familias de sordos señantes. En ellas, los intercambios a través de la palabra se establecen naturalmente; los padres sordos señantes transmiten a sus hijos e hijas sordas la lengua de señas.

Presentaremos la situación actual de las familias de sordos y justificaremos posibles razones por las cuales las personas sordas están alejadas de la lengua escrita y más específicamente de la literatura y los libros: un entretendido de circunstancias en relación con la accesibilidad, con el desarrollo del lenguaje y con el empleo de estrategias para relacionar información.

Para que las y los niños sordos se conviertan en lectores necesitan desarrollar plenamente el lenguaje y lo hacen naturalmente a través de la Lengua de Señas Argentina. Si los libros y la lectura comprensible, accesible y placentera para los niños sordos forman parte de los intercambios tempranos, se despierta el interés, disfrute y deseo de leer. Identificamos en las conversaciones y en la lectura de literatura los primeros pasos para acceder a la lengua escrita.

Los niños sordos que nacen en familias oyentes, generalmente se ven privados de encuentros tempranos con los libros y la lectura. En estas circunstancias, la escuela se transforma en un espacio primordial y estratégico para promover el acceso a los libros y a la lengua escrita. A partir de talleres de promoción de la lectura llevados a cabo en las escuelas por mediadores de lectura sordos, hemos sistematizado estrategias para promover la lectura en LSA, la lectura en voz alta en LSA y las conversaciones. Hablar en LSA sobre los libros es una actividad muy valiosa; es el mejor entrenamiento para

hablar sobre ciertas cosas. Al estimular a los niños a hablar sobre los libros, los estamos ayudando a expresarse acerca de todo lo que sucede en sus vidas.

Con el propósito de ofrecerles a todos los niños y niñas sordas el acceso a los libros y la literatura para que tengan la opción de elegir qué y cuándo leer, de la mano de lectores expertos, hemos creado Videolibros Virtuales en LSA. La idea es acercar la lectura en LSA a las escuelas y a los hogares en los que los padres no dominan fluidamente la LSA y que se encuentran alejadas de las asociaciones de sordos como sucede con las escuelas rurales, y posibilitar el acceso a la literatura a aquellos alumnos/as sordos que asisten a las escuelas comunes.

Los videolibros constituyen un claro ejemplo de las estrategias necesarias para leer en LSA. Para desarrollarlos, es necesaria la participación activa de personas sordas señantes, que reflexionen tanto sobre el español como sobre la LSA y sobre los procesos de traducción. Es por ello, que son los coordinadores sordos los que llevan adelante gran parte de las discusiones lingüísticas.

Presentaremos en este trabajo el relato de las etapas reflexivas que fuimos transitando y de nuestras conclusiones a lo largo de varios años de trabajo para considerar los alcances de este material educativo.

Pretendemos generar espacios de encuentro con la literatura, con el arte, con la expresión de ideas, emociones y percepciones sobre el mundo real o imaginario que ofrezcan a las niñas y niños sordos la posibilidad de desarrollarse crítica y constructivamente.

Trabajando con niños sordos y sus familias: diversas concepciones acerca del lenguaje y sus implicancias en la clínica fonoaudiológica

Marlene Canarim Danesi

Pocos fonoaudiólogos, entre los cuales me incluyo, conciben el lenguaje como elemento constitutivo del sujeto. En este sentido, la práctica fonoaudiológica con personas sordas requiere de un enfoque bilingüe, priorizando la búsqueda de inserción tanto en la lengua oral como en la lengua de señas. Desde nuestra propuesta, además de la concepción y del enfoque bilingüe para lograr el éxito en la asistencia a los niños sordos, se requiere la participación de la familia y de un adulto sordo.

Basados en Lichtig (2004), desarrollamos un programa para niños sordos y sus padres oyentes, asistidos en la Clínica Escuela del Centro Universitario Metodista – IPA en Porto Alegre Brasil, con el objetivo de lograr una mejor integración. El programa fue diseñado en dos etapas: asistir a las familias y mejorar la comunicación con los niños sordos. Con el fin de trabajar con los padres se llevaron a cabo actividades para desarrollar habilidades de comunicación, entre otras. Para la comunicación con los niños sordos se realizaron diversas actividades utilizando la lengua oral y la lengua de señas.

El programa alcanzó los objetivos propuestos. Concluimos demostrando la importancia de la inclusión de un adulto sordo en el programa, el valor del acceso a la información sobre la sordera y la mejora de la interacción en las familias que decidieron aprender la lengua de señas.

Palabras clave: concepción del lenguaje - enfoque bilingüe - prácticas fonoaudiológicas - lengua de señas.

El uso de la fotografía como medio terapéutico en el trabajo con un adolescente hipoacúsico

Lic. María Belén Cean

*"La videncia del fotógrafo no consiste en ver,
sino en encontrarse allí"
Roland Barthes*

El siguiente escrito pretende exponer una parte importante del trabajo terapéutico con un adolescente hipoacúsico en el cual se ha hecho uso del recurso fotográfico.

La fotografía, considerada como un elemento privilegiado de proyección, con apoyatura visual, y de gran valor en la constitución subjetiva. Favorece la significación y el uso de metáforas. Una persona explora, y se comunica, a través de la fotografía, se pone en juego. La foto es símbolo concreto de uno mismo, objeto metafórico transicional y artístico. Hay en las imágenes una conexión directa y menos censurada con el inconsciente. Puede irse ligando cierta cantidad de energía y libido libre, y surgir la correspondiente representación, el anclar de la palabra y nuevas significaciones. Hacia allí se apunta clínicamente. Se ha logrado con el paciente el armado de diversas historias usando muñecos u objetos diversos, las cuales eran retratadas en escenas con la cámara. Con dichas fotos se elaboraba junto al paciente una historieta.

Es un trabajo sobre el valor de la imagen y la fotografía, en un tratamiento con un paciente donde la transferencia, el estímulo visual y la comunicación a través de ellas adquiere otro estatuto.

*"Entre las muchas maneras de combatir la nada,
una de las mejores es sacar fotografías,
actividad que debería enseñarse tempranamente a los niños,
pues exige disciplina, educación estética, buen ojo y dedos seguros."
Las Babas del Diablo, Julio Cortázar*

El presente trabajo parte de considerar a la fotografía como un medio válido de expresión. Es ella un lenguaje en tanto es connotativo y representativo. Tiene elementos retóricos y está influenciada por temáticas culturales e ideológicas. A través de esta actividad se puede experimentar, mirar, conocer la realidad, enviar un mensaje, un signo e idea. A su vez, este arte fue pensado de diversas formas de acuerdo a ciertas estructuras de pensamiento, posiciones teóricas y epistemológicas. Interesa resaltar la mirada de Roland Barthes, Walter Benjamin y Charles Peirce. Estos autores definen a la fotografía como inseparable de su referente. La fotografía implica al sujeto, quien juega allí su deseo. El fotógrafo crea una huella, una inscripción en su producción. Abre paso a una ficción y aloja el campo de lo imaginario ahí mismo. Roland Barthes habla de la foto como una emanación pura del referente: "ambos marcados por la misma inmovilidad amorosa o fúnebre, plegados el uno al otro. Una foto es siempre invisible, no

es ella a quien vemos."¹ Es parte de una escritura interior. Implica deseo y muerte: ese instante ya es del pasado, pero retorna, se impone violentamente, llena la vista, y no puede ya ser transformado o rechazado. El campo de lo real ya sumergido en un plano imaginario, dando pie a que algo de lo simbólico tome su lugar e inscriba. Punza, lastima y despunta y es por esto que este pensador habla de encontrarse uno mismo en la fotografía.

El autor Philippe Dubois retoma estas conceptualizaciones, junto al campo psicoanalítico, postulando el concepto de Acto Fotográfico el cual ontológicamente implica al sujeto, y especialmente al sujeto en proceso. Es un acto icónico, totalmente singular. La imagen se vuelve inseparable de su experiencia referencial, del acto que la funda, y es en esa génesis, en esa huella, que debe buscarse la significación de la misma. La fotografía como acto es un golpe y su lógica: local, transitoria y singular.

Ahora bien, el niño utiliza el juego como una manera de comunicación, como una exhibición de una parte de su mundo interior a personas elegidas. El juego puede ser algo muy revelador sobre uno mismo, es una actividad creadora. En la adolescencia esto se traslada al espacio cultural y artístico, al enriquecimiento del self.

Se plantea la siguiente hipótesis: si el juego o arte implica comunicar algo, una de sus vías o medios para dicho fin puede ser utilizar el lenguaje fotográfico. A su vez, si en un niño o adolescente sordo o hipoacúsico, la vía comunicativa ya es principalmente de origen visual, se reconoce la importancia que este medio pueda proporcionarle.

El campo de la palabra no se reduce a la oralidad de la misma. El lenguaje empapa al sujeto en todas sus manifestaciones y hay otros procesos de comunicación que no implican la lengua oral. La lengua de señas puede ser una, y la fotografía también. Ambas apelan al recurso visual en pos de la comunicación. Utilizan el espacio cada una a su manera: la lengua de señas como área de expresión ya que signo frente a mí y al otro, la fotografía por ser el ambiente del cual capto esa imagen (originariamente real), sustraigo de allí esa idea que busco expresar, esa huella que inscribe, muestro al otro algo que me sirve y me reconozco en esa producción. Hay en la lengua de señas una mayor condensación al hablar o narrar, hay en la fotografía la condensación de miles de significados, aquel dicho que una imagen vale más que mil palabras.

Un paciente adolescente, que posee una hipoacusia profunda, se comunica principalmente a través de la lengua

de señas argentina, poseía pocos recursos retóricos al hablar (signar), sus narraciones eran sumamente acotadas, optando muchas de las veces por callar (no signar). Concurría siempre con una gorra con visera, agachaba la cabeza y tapaba con ella su campo visual, anulando toda posibilidad de comunicación. Por otro lado, su producción lúdica era muy rica. Creaba con los clásicos muñecos de Playmobil historias muy complejas, largas y con mucha trama. La Contratransferencia me condujo un día a concurrir con una cámara de fotos. Contratransferencia pensada como todo aquello que, por parte del analista, puede intervenir en la cura, y que fue, en este caso, el papel que yo, como sujeto le otorgo a la fotografía como medio de expresión. La idea era retratar con la cámara escenas claves de esas historias por él armadas, llevarlas luego impresas, y crear en un cuaderno, la historieta utilizando las fotografías. El paciente debía pegarlas en el orden debido (siempre lo recordaba) y escribirles la trama. En un primer momento, él indicaba en qué momentos tomar la fotografía y el encuadre de la foto lo armaba el analista. Luego, él se fue haciendo agente, y tomando él mismo las fotografías. A lo último, era el paciente quien creaba las historias, retrataba las escenas y luego armaba la historieta con las mismas. Se observaron cambios en la producción escrita del adolescente, siendo cada vez más rica y con mayores recursos, como por ejemplo pasar de escribir en tercera persona a en primera, utilizando los clásicos globos de dialogo de historieta. Su lenguaje vía señas se fue también complejizando, siendo más largo y expresivo. Su comunicación con los demás resultó también favorecida, siendo más fluida y sociable. El paciente había sido derivado a tratamiento por la escuela a causa de conductas impulsivas, las cuales mermaron considerablemente. Cuando el libro fue terminado (contenía varias historias), el paciente se lo llevó a su casa: era su producción, su discurso y algo propio.

Es neceser entonces sostener a la fotografía como un medio válido de expresión y creatividad, posibilitando un camino posible de investigación y tratamiento. El sujeto puede ejercer a través de la misma un verdadero acto icónico en sí, arma una experiencia singular y subjetiva y se pone allí en juego. La foto misma es inscripción, permite ligar y se conecta con el inconsciente. Es ese plus referencial sin el que se puede pensar ya la fotografía, el más allá de lo que ella muestra. Siempre habrá una parte de imagen invisible. Una foto siempre encubre, oculta otra.

“Entre ojo y memoria, entre mirada y pensamiento, entre visibilidad y latencia, la foto late. Late en todo su apogeo, late con todas sus alas, va y viene, se desliza interminablemente de uno a otro”

*El Acto Fotográfico
Dubios, Philippe*

Bibliografía

- Barthes, R.: La Cámara Lúcida; Paidós Comunicación; 2003; Buenos Aires.
- Cadava, E.: Trazos de Luz; Editorial Palinodia; 2006; Santiago de Chile.
- Dubois, P.: El Acto Fotográfico y Otros Ensayos; La Marca Editorial; 2008; Buenos Aires.
- Freud, S.: La Interpretación de los Sueños; Amorrortu Editores; 2005; Buenos Aires.
- Freud, S.: El Creador Literario y el Fantaseo; Editores; 2005; Buenos Aires.
- Laplanche J., Pontalis J.B.: Diccionario de Psicoanálisis; Editorial Paidos; 1996; Buenos Aires.
- Schorn, M.: La Conducta Impulsiva del Niño Sordo; Lugar Editorial; 2008; Buenos Aires.
- Sontag, S.: Sobre La Fotografía; De Bolsillo Editorial; 2011; Barcelona.
- Winnicott, D.: Exploraciones Psicoanalíticas I; Cap. 11 “El destino del Objeto Transicional”, Cap. 12 “Notas sobre el Juego”; Editorial Paidos; 2006; Buenos Aires.
- Winnicott, D.: Realidad y Juego; Cap. 7 “La Ubicación de la Experiencia Cultural”; Gedisea Editorial; 2007; Buenos Aires.

Sordera y transición. Entre la adolescencia y la adultez.

Lic. Julieta Cintado. Lic. Alejandra Jodar

En el presente trabajo se parte de observaciones y reflexiones en relación a algunos emergentes con los que se encuentra el adolescente y adulto sordo en transición dentro del ámbito educativo, en la escuela secundaria y luego el nivel terciario.

Se tomará como indicadores la experiencia de jóvenes sordos, estudiantes del Instituto Integral de Educación que transitaron por el nivel secundario y luego el terciario de la carrera Analistas de sistemas.

Los temas a abordar en estas etapas o transiciones son: La imagen de sí, los duelos característicos, cual es la relación con la autoridad en las diferentes etapas, mecanismos de defensa, como vivencian el medio ambiente circundante, como se sienten con la comunicación, relación con sus pares, representación de la sordera, nivel de exigencia, la experiencia educativa, cuales son las expectativas de las siguientes etapas, concordancia o discordancia entre la oferta educativa y laboral vs sus deseos personales, entre otras cosas.

Para arribar a dichas reflexiones se ha partido a través de encuentros al inicio del secundario (Transición Etapa 1), al finalizar el secundario (Transición Etapa 2), al finalizar el terciario (Transición Etapa 3) junto a test proyectivos en cada una de esas etapas.

Hipoacusia y Sordera: La Lengua de Señas como mediador simbólico

Psic. Marisa Chamorro

El presente trabajo consiste en la presentación de los lineamientos básicos del proyecto doctoral: Hipoacusia y Sordera: La L.S. como mediador simbólico. El estudio consiste en un trabajo de campo, planteado desde una metodología cualitativa. Se trata de una investigación sobre un grupo de padres de niños hasta 10 años, que están realizando tratamientos de habilitación oral en un instituto terapéutico de la ciudad de Rosario. Nos abocamos a la indagación del lugar de los padres ante la pregnancia social del modelo clínico terapéutico de la sordera y a la respuesta original de algunos de ellos. Esta respuesta consiste en la utilización de la Lengua de Señas Argentina (L. S. A.) de modo temprano. Identificamos, ese uso familiar temprano como un mediador simbólico. La noción de mediador simbólico es un constructo teórico que alude a representaciones sociales positivas de la persona con discapacidad, a un anclaje identificatorio para los padres, a la habilitación por parte de los padres de un espacio de transicionalidad para sus hijos y al despliegue y transmisión de la experiencia cultural familiar en ese espacio.

Para este estudio tomamos el concepto de función parental para analizar el impacto que tiene lo que se denomina el modelo clínico terapéutico de la sordera en estas funciones. Lo hacemos a partir de los postulados de D. W. Winnicott (1996a), quien equipara función parental con “cuidado de los padres” con el fin de hacer referencia a lo que él llama “ambiente facilitador”. En ausencia del mencionado ambiente facilitador no se puede dar el despliegue de las capacidades heredadas, entre ellas los procesos de maduración.

A partir de los estudios psicoanalíticos que nos anteceden nos proponemos situar, junto a la afrenta narcisista que representa la llegada de un hijo con discapacidad, la incidencia del modelo conceptual y representacional social en el que se inscriben los padres que reciben el diagnóstico de sordera y/o hipoacusia de ese hijo y su incidencia en el “cuidado de sus hijos”.

Situación del tema en el campo de conocimientos:

La concepción de discapacidad enmarcada en el modelo o paradigma médico surge desde mediados del siglo XVIII, momento en que se establece un criterio de normalidad funcional a las estructuras económicas de producción capitalista. El nuevo sujeto productivo debía ser “sano”. Esto implicaba tener la capacidad de producir lo más posible. El modelo médico de la discapacidad surge en este contexto, con la promesa de “cura” de la persona con discapacidad. Esta promesa se traducirá en la creación de toda una industria de la rehabilitación que prometerá

llevar al sujeto lo más cerca posible de la definición de normalidad de la época. La hipoacusia y/o sordera queda incluida dentro de esta definición médica de discapacidad, como aquella deficiencia causada por déficit sensoriales, particularmente a nivel auditivo. Desde este modelo se plantea una atribución natural de consecuencias sociales, comunicativas, cognitivas, lingüísticas y emocionales derivadas de la deficiencia auditiva.

El diagnóstico de hipoacusia y/o sordera en nuestro país gatilla la entrada en el “circuito de la discapacidad”. En este conjunto ubicamos diagnóstico-certificado de discapacidad – tratamientos de rehabilitación (habilitación oral en el caso de la hipoacusia y/o sordera) El marco legal que garantiza que la persona con discapacidad quede incluida en este circuito son nuestras leyes sobre discapacidad. La ley 22431 que define a la persona con discapacidad en función del déficit que porta y la ley 24901 que establece el sistema de prestaciones básicas de atención integral a favor de las personas con discapacidad. Estas leyes entran en contradicción en algunos puntos con la C. D. P. D. (Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad).

Consideramos que en la actualidad asistimos a una transición de paradigma representacional de la discapacidad, desde el modelo clínico al modelo social que sostiene que la discapacidad se produce socialmente asociada con las límites en el acceso a lugares y roles sociales valiosos en un determinado momento y lugar; distanciando la discapacidad de su antigua relación directa con el déficit orgánico. En relación a la sordera el paradigma que aparece como superador es el socio – antropológico. Este modelo considera a los sordos como miembros reales o potenciales de una comunidad lingüística y cultural propia. En el plano educativo, estas concepciones han ganado lugar y en la actualidad nuestra ciudad cuenta con dos escuelas para sordos que se proponen como bilingües.

Aun teniendo en cuenta esta incorporación a nivel educativo de la LSA, modificación asociada a importantes estudios acerca de su relevancia en materia educativa y las recientes legislaciones que implican la realización universal de otoemisiones acústicas a todo niño nacido vivo y la ley de provincial de L. S. A., el cambio de paradigma no llega a las familias en los primeros años de vida de los niños. En algunos casos la incorporación de la LSA llega con la escolaridad primaria y suscita conflictos al plantearse como portadora de una cultura diferente de la de los padres.

Es sobre el uso familiar temprano de la LSA que nos

proponemos indagar en este estudio, considerando que este trabajo no ha sido realizado hasta ahora. Proponemos este “uso temprano” en tanto habilitador de las funciones parentales. Lo nombramos con la categoría de mediador simbólico. En el presente estudio condensamos en esta definición también al concepto de espacio transicional de juego y creatividad como oferta propia de las funciones maternas y paternas y la relación que se establecen entre el despliegue de esa zona intermedia y la transmisión de la cultura.

Las hipótesis que sostenemos en el estudio son:

- La pregnancy social del modelo clínico – terapéutico de la sordera produce efectos en las funciones parentales: en el modo en que los padres reciben el diagnóstico de hipoacusia o sordera de sus hijos, en el vínculo comunicacional temprano que establecen con ellos y en la transmisión de la historia familiar y la cultura en la que se inserta esa familia.
- El uso familiar temprano de la Lengua de Señas Argentina es un mediador simbólico que permite el anclaje identificatorio de los padres en sus funciones.

Los padres entre la pregnancy del modelo clínico terapéutico y el uso de la lengua de señas como mediador simbólico.

Estela Díaz advierte, en su artículo “Mito, ciencia y discapacidad” que “...en el caso de la discapacidad el mito familiar queda abolido y es remplazado por el mito de la medicina, de la psicopedagogía, de la psicología.” (Díaz, E.; 2009; Pág. 20). En el caso de la discapacidad auditiva la autora hace mención a la pregnancy del mito de la fonoaudiología como discurso explicativo de casi todo lo que ocurre en la vida del hipoacúsico. Estos saberes son de tal consistencia, que en algunos casos, los padres se sujetan a ellos como tabla de salvación, como aquellos que realmente saben sobre sus hijos. Se opera de este modo una reducción de sentidos que termina identificando al sujeto con el déficit que porta y al discurso clínico como la única respuesta frente a esa falta.

Marcelo Silberkastein, en libro: “La construcción imaginaria de la discapacidad” (2006), realiza una indagación a cerca de las representaciones sociales que giran alrededor de la discapacidad. La discapacidad aparece asociada a la idea de “resto”, y a la idea de “desgracia”, con lo cual quedan congeladas las expectativas de los padres a cerca del futuro de ese hijo. Lo novedosa de este autor es que incluye el daño narcisista de los padres en el mundo representacional en el que ellos se hayan socialmente insertos. De este modo, relaciona la caída de las funciones maternizantes y paternizantes en el efecto traumático que provocan los diagnósticos de discapacidad, en tanto se ubican como acontecimientos intempestivos e inesperados, frente a los cuales los padres carecen de “mediadores simbólicos”. Esta cuestión implica el hecho de que no hay representaciones positivas, habilitadoras de una expectativa de futuro para el hijo con

discapacidad. Silberkastein da un paso más y apoyándose en postulados de Piera Auglanier para establecer que los padres “carecen de anclajes identificatorios” (Silberkastein, M.; 2006; Pág. 20) para sus funciones por falta de sostén del discurso cultural.

En este marco se inscribe lo novedoso del presente estudio. En la consideración del uso familiar temprano de LSA, que se da solo en algunas pocas familias en nuestra ciudad, como un mediador simbólico que construye discurso cultural para esos padres. Posibilitando una nueva identificación social para ese hijo y para los padres. Tomamos uno de los grandes postulados de Donald Winnicott: El concepto de función parental. Este autor equipara función parental a cuidado de los padres para hacer referencia a lo que él llama “ambiente facilitador” (Winnicott, D.; 1996a). Sin dicho ambiente no se puede dar el despliegue de las capacidades heredadas, entre ellas los procesos de maduración.

La conceptualización de los fenómenos y objetos transicionales. En su libro “Realidad y juego”, Winnicott (1996) desarrolla lo que él llama una zona intermedia de la experiencia, entre la realidad exterior y la vida interior. Zona libre de demandas, que solo es posible en el marco de lo que él llama la vivencia de ilusión. Para este autor, la iniciación de la experiencia es posibilitada por “... la capacidad especial de la madre para adaptarse a las necesidades de su hijo, con lo cual le permite forjarse la ilusión de que lo que él cree existe en la realidad” (Winnicott, 1996, Pág. 32).

Winnicott (1996) ubica el parloteo del bebé y la repetición de canciones infantiles en duermevela como parte de esos fenómenos. Al tomar la lengua de señas como mediador simbólico, lo planteamos también en este sentido. En tanto permite la continuidad de esta zona intermedia a través de un juego de lenguaje, que en el niño sordo no estaría permitido de otro modo.

Winnicott (1996) utiliza la expresión “experiencia cultural” como una ampliación de la idea de los fenómenos transicionales y del juego. Él ubica la experiencia cultural en el espacio potencial que existe entre el individuo y el ambiente, al igual que el juego. El despliegue de este espacio depende de la vivencia de confianza en la figura materna y es condición del vivir creador. Si no se da esta posibilidad, no hay desarrollo de zona intermedia alguna y se pierden los vínculos con la herencia cultural.

En su libro: “Veo una voz. Viaje al mundo de los sordos”, Oliver Saks (2004), trabaja la cuestión de la transmisión del lenguaje de padres a hijos apoyándose en los aportes de Vigotsky. Saks retoma los estudios del psicólogo Ruso, en relación a la importancia del medio social y la interacción con el adulto, en la interiorización del lenguaje. Planteando a este último como instrumento cultural para el desarrollo de los procesos de pensamiento. Tal como lo plantea Saks en el libro citado, Vigotsky sitúa al lenguaje como la mediación cultural más importante para el desarrollo de

las funciones psicológicas superiores, y, ya en 1925, en sus estudios sobre educación especial para sordos, sitúa la necesidad de una compensación en el caso del niño diferente. Esta compensación queda ligada a la utilización de un medio cultural alternativo: la lengua de señas.

Bibliografía

- Anzieu, D. (2007) "El Yo – Piel". Madrid. Biblioteca Nueva.
- Anzieu, D. (1995) "El pensar. Del Yo – piel al Yo – pensante" Madrid. Biblioteca Nueva.
- Augliani, P. (2001) "La violencia de la interpretación". Buenos Aires. Amorrortu.
- Baraldi, C. (2005) "Jugar es cosa seria: estimulación temprana... antes de que sea tarde". Rosario. Homo Sapiens editores.
- Behares, L. E. y Peluso, L. (1989) "Características lingüístico – cognitivas de los escolares sordos, hijos de sordos e hijos de oyentes". En "Signo y seña" N° 2 (Págs. 143 – 177).
- Bertaux, D. (2005) "Los relatos de vida. Perspectiva etnosociológica". Barcelona. Ediciones Bellaterra.
- Blanchet, A. "Entrevistar" en Blanchet, A. et al "Técnicas de investigación en ciencias sociales". Madrid. Nerea.
- Bourdieu, P. (1993). La lógica de los campos. Zona erógena (16), 1 - 14.
- Canguilhem, G. (1971), "Lo normal y lo patológico". Buenos Aires. Siglo XXI.
- Coriat, E. (1996) "El psicoanálisis en la clínica de bebés y niños pequeños". La Plata. Ediciones de la campana.
- (2006) "El psicoanálisis en la clínica de niños pequeños con grandes problemas". Buenos Aires. Lazos.
- Davis Lennard, J. (1997) "The disability Studies Reader". Nueva York. Routledge.
- Delgado, J. M. y Gutierrez, J. (1999) "Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales". Madrid. Síntesis.
- Díaz, E. (2009), "Mitos en torno a la sordera. Una lectura deconstructiva". Buenos Aires. Lugar editorial.
- Dolto, F. (2005). "La imagen inconsciente del cuerpo". Buenos Aires. Paidós.
- Fainblum, A. (2004), "Discapacidad. Una perspectiva clínica desde el psicoanálisis". Buenos Aires. Tekné.
- Forni, F. (1993) "Métodos cualitativos II. La práctica de la investigación". Buenos Aires. Centro Editor de América Latina.

Evaluación psicopedagógica en la escuela: una instancia de reflexión, reconocimiento y aprendizaje.

Psp. Carina Coccea; Psp. Sandra Medvedocky

Colegio CAIPAC - Gabinete de Psicopedagogía

A nuestra institución educativa, CAIPAC, asisten niños y adolescentes sordos, hipoacúsicos y con trastornos del lenguaje.

Nuestro equipo de profesionales está formado por directivos, coordinadoras, profesoras, fonoaudiólogas, psicopedagogas, maestras integradoras, una trabajadora social e intérpretes de lengua de señas.

Cada uno, desde su rol, participa en el proceso de enseñanza-aprendizaje trabajando de manera articulada para llevar adelante el proyecto individual y personalizado de cada alumno, involucrando activamente a las familias. En esta ocasión, el objetivo de nuestro trabajo es poder transmitirles nuestra experiencia en relación al screening psicopedagógico que realizamos a todos nuestros alumnos de nivel inicial, primaria y secundaria, durante el primer período del año 2012. En esta evaluación incluimos, también, a los alumnos que cuentan con un proyecto de integración en escuela común.

Como institución responsable de la educación de nuestros alumnos, nos resultaba fundamental poder comprender qué estaba pasando con cada uno de los niños y adolescentes con los que trabajamos siendo que, en muchos casos, las dificultades de aprendizaje eran cada vez más notorias.

Teniendo en cuenta la creciente matrícula de nuestra escuela, nos llevó un tiempo considerable realizar este despistaje, pero la información que pudimos recaudar resultó absolutamente relevante a la hora de sentarnos a repensar los contenidos, los recursos y las estrategias que veníamos implementando.

Frente a los resultados de nuestra investigación no nos detuvimos a remarcar las debilidades sino que nos centramos en las fortalezas con las que cuenta cada uno, para que desde allí los docentes promuevan aprendizajes significativos

“Encuentro entre culturas”

Lic. Psic. Lucía Correa; Lic. Psic. Rosarito Cortellari

Se procura realizar un abordaje de la temática a tratar, abarcando la conceptualización de “discapacidad”, desde una mirada socio-cultural.

Es preciso tomar como punto de partida ambos conceptos a desarrollar: “discapacidad” y “cultura”.

El objetivo central es su articulación en el marco de nuestra sociedad.

Por un lado, “discapacidad” como una construcción social abstracta, donde se juega el binomio de lo que se considera “normalidad-anormalidad”. Es importante destacar la existencia de un parámetro de medida propio de la sociedad, que otorga la categoría de “discapacidad” a toda persona que se encuentra “por fuera” de aquello que se toma como “normal”, entonces es donde surge la necesidad a nivel social, de otorgarle una denominación a “lo diferente”.

El escenario que la sociedad ha construido, se encuentra basado en criterios de generalidad.

En la medida que se ve a “la discapacidad” como una situación o condición limitante en relación a las facultades de la persona, es que se genera una conceptualización en el imaginario social, de carácter reduccionista, constituyendo un dispositivo de control, ya que no existe discapacidad por fuera del discurso de la normalización. No se halla en el cuerpo biológico sino que afecta las relaciones sociales, condicionándolas.

Aquello que se percibe concretamente en la persona, es el déficit orgánico en sí mismo establecido a partir de un diagnóstico.

En pocas palabras, la situación de “déficit” hace que se ubique a la persona considerada “discapacitada” en una posición de inferioridad de condiciones.

En el entramado que abarca la dimensión de lo social es que se produce una lógica de exposición entre: el cuerpo social que abarca lo universal, el cuerpo individuo que comprende lo particular y el cuerpo subjetivo que refiere a lo singular.

Por otro lado, “cultura” como un conjunto de valores, costumbres, creencias y prácticas que constituyen la forma de vida de un grupo específico 1.

Dicha definición lleva implícita dimensiones sociales del ser humano que determinan una modalidad de vida de un cierto grupo social.

De ahí que se puede ilustrar en un sentido figurativo la articulación entre “cultura y discapacidad”, tomando a

la cultura oralista en el encuentro con la cultura sorda. Allí el cuerpo social es la comunidad sorda, el cuerpo individuo es la deficiencia auditiva y el cuerpo subjetivo es la persona sorda.

El elemento específico que hace a la pertenencia de una cultura es “La Lengua”, que a su vez contribuye a la construcción de una Identidad “Social”.

La Ley No. 17.378 aprobada en el año 2001, establece que la Lengua de Señas pertenece a las comunidades sordas del Uruguay.

Esto traerá aparejado que toda persona sorda pertenece a la cultura sorda con la institución de su propia Lengua. Por ende cuando se produce el encuentro entre la persona oyente y la persona sorda, aquello que se da es un encuentro entre culturas, donde “la discapacidad” no tiene cabida.

Bibliografía

- Rosato, A. y Angelino, M. (Coords). (2009) Discapacidad e Ideología de la Normalidad. Desnaturalizar el déficit. Colección (dis) capacidad. Ed. Noveduc. Bs. As.
- Vallejos, Indiana et al. La producción social de la discapacidad. Aportes para. En Pablo Vain y Ana Rosato (coord.) La construcción social de la normalidad. Alteridades, diferencias y diversidad. Ensayos y Experiencias No. 57 Ed. Noveduc. Junio 2005.
- Pérez Lara, Nuria. Identidad, diferencia y diversidad. Mantener viva la pregunta. En: Larrosa, Jorge y Skliar, Carlos. Habitantes de Babel. Política y poética de la diferencia. Laertes, Barcelona. 2001.
- Peluso, L. y Torres, C. (comp.) 2000 Indagaciones en los Márgenes Cuestiones sobre lenguaje, psicología y educación. Ed. Trilce.
- Orri de Castorino, R. (2007) La Lengua de Señas. Su importancia en la educación del sordo. Grupo Editorial Lumen. Bs. As.
- Rella, F. (2001). Psicología preventiva y sordera. Ed. Lugar. Bs. As.
- Ley No. 17378 (2001) Uruguay.
- Stokoe, W. (2005) El Lenguaje en las manos. FCE España (1ra. Ed.).
- Peluso, L. (2010) Sordos y Oyentes en un liceo común. Investigación e Intervención en un contexto intercultural. Ed. Psicolibros Universitario. Uruguay.

Notas

¹ Terry Eagleton. La idea de cultura. Paidós, Barcelona, 2001, p. 58.

Sordera-autismo. Una mirada diversa

Lic. Rosarito Cortellari; Lic. Paula Gómez

Se pretende desarrollar un abordaje y un enfoque diverso en cuanto a las miradas socio-culturales acerca de la sordera y el autismo.

Esto se relaciona con una perspectiva que las engloba y al mismo tiempo las distingue en los primeros años del ciclo evolutivo vital, donde precisamente es que se consolidan las bases de la personalidad, como también los soportes a través de los cuales el niño irá conformando la modalidad de relacionarse y vincularse con los otros, dando lugar en tal proceso a la construcción de la subjetividad.

Por tal motivo, en el presente trabajo se toma como punto de partida el diagnóstico desde el nacimiento. En el caso de la sordera, se realiza al recién nacido una audiometría que permitirá evaluar el potencial auditivo del bebé y en caso de confirmarse el diagnóstico, es relevante intervenir a nivel profesional en el propio sistema familiar, ya que la familia constituye la primera institución social en la cual el ser humano se encuentra inmerso desde el inicio de la vida.

Es así que es preciso trabajar en el plano vincular, interpersonal, así como social, haciendo base en el propio seno familiar y de allí reflejar seguridad, firmeza y respeto, para que la mirada social (extrafamiliar), irradie un encare diverso de la concepción social de discapacidad.

Es muy importante tener en cuenta el mayor grado de variables posibles a la hora de trabajar con la familia, recordando que cada familia reacciona de modo singular y específico ante una situación de discapacidad de un miembro familiar.

Por consiguiente la circulación y el intercambio de información tiene que ser un aspecto a destacar y un factor de presencia permanente en la familia a modo de guía, aporte y soporte de dicha situación. Si bien la situación de sordera genera un impacto severo, una alteración a nivel de la dinámica familiar, cambios en el modo de relacionamiento, entre otros, es necesario el flujo constante de información circulando entre sus integrantes, generando un tránsito adaptativo que los conducirá a una situación de aceptación. Primer y esencial escalón del recorrido a enfrentar y afrontar.

A partir de dicho proceso se irá construyendo “en positivo”, fortaleciendo las aptitudes y potencialidades de quien se encuentra en tal situación deficitaria, pero por sobre todas las cosas, apostando a un desarrollo de la vida pertinente y ajustado, donde se puedan expresar las facultades en los diversos ámbitos de la vida cotidiana, no con una mirada reduccionista y limitante, sino enriquecedora.

En cuanto al autismo es importante resaltar que muchos niños diagnosticados de autistas, son sordos.

Es aquí donde se conjugan ambos, es decir que se dan características similares entre ellos ya que hacen referencia a una dificultad en la comunicación, con todo lo que conlleva tal consideración.

Pensar en términos de comunicación es abarcar dimensiones del ser humano presentes en su conformación a nivel psíquico-afectivo-emocional.

Actualmente se habla más que de Autismo, de TEA (Trastorno de Espectro Autista), donde se incluyen parámetros más amplios de enfoque

Bibliografía

- Bowlby, J. (1976) El vínculo afectivo. Paidós. Buenos Aires.
- Cramer, B. (1989) De profesión bebé. Urano. Barcelona.
- Spitz, R.A. (1984) El primer año de la vida del niño. Aguilar. Madrid.
- Stern, D. (1999) La primera relación madre-hijo. Morata. Madrid.
- Winnicott, D. (1993) Los bebés y sus madres: el primer diálogo Paidós. Barcelona.
- Winnicott, D. (1993) Los procesos en maduración y el ambiente facilitador. Paidós: Psicología Profunda. Barcelona.
- Brazelton, T. y Cramer, B. (1993) La relación más temprana. Paidós. Barcelona.
- García Etchegoyen, E. (1983) El apego o vínculo afectivo, un llamado de atención para las estrategias de intervención y estimulación temprana. Instituto Interamericano del Niño. Montevideo.
- Defey, D. Sabah, B. Stolovich, B. Vidas Difíciles. Maternidad y Discapacidad: una mirada desde adentro. Producción Colectiva: Universidad de la República, (Facultad de Medicina, Escuela de Parteras). Comunidad Israelita del Uruguay. (Dpto. de Trabajo Social: Área de Discapacidad). Montevideo.
- Lewis, V. (1991). Desarrollo y déficit. Ceguera, sordera, déficit motor, síndrome de Down, autismo. Paidós. España.
- Schorn, M. (2008). La Conducta impulsiva del Niño Sordo. Editorial Lugar, 1ra. Edición. Buenos Aires.
- Rella, F. (2001). Psicología preventiva y sordera. Editorial Lugar, Buenos Aires.
- Rosato, A. y Angelino, M. A. (compiladoras), (2009) Discapacidad e ideología de la normalidad. Desnaturalizar el déficit. Noveduc: Buenos Aires.
- Míguez, M. (2009) Construcción social de la discapacidad. Montevideo: Trilce.
- Vallejos, I. et al. (2005) La producción social de la discapacidad. Aportes para. En Pablo Vain y Ana Rosato (coord.). La construcción social de la normalidad. Alteridades, diferencias y diversidad. Ensayos y Experiencias No. 57 Noveduc.
- Doherty-Sneddon. (2009) El Lenguaje no verbal de los niños. Colección Prevención e Intervención en Niños. Editorial y Distribuidora Lumen, Buenos Aires
- Peluso, L. y Torres, C. (compiladores). (2000). Indagaciones en los márgenes. Cuestiones sobre Lenguaje, Psicología y Educación. Trilce.
- Bagattini, M. C. M. Dra. (Comp.) Psicopatología del Autismo y la Psicosis Infantil. EPPAL.
- Prego, Silva, L. E. (1999), Autismos: revisando conceptos. Trilce,

Montevideo.

Ferrari, P. (2000) El Autismo Infantil. Biblioteca Nueva, Madrid.

Bruner, J. (1984). Acción, pensamiento y lenguaje. Alianza, Barcelona.

Bruner, J. (1986) El Habla del niño. Aprendiendo a usar el lenguaje. Paidós, Barcelona.

Karmiloff, K y Karmiloff-Smith, A. (2001). Hacia el lenguaje. Del feto al adolescente. Morata, Madrid.

El sujeto frente al implante coclear

Lic. Mariel Defino

El trabajo a presentar se propone ilustrar diversos aspectos de la práctica con pacientes afectados de sordera (hipoacusia) que reciben implante coclear. El material proviene del trabajo con pacientes del Equipo de Implantes Auditivos (E.I.A.) y su seguimiento pre- y postimplante. La esencia de la ponencia consiste en ilustrar el proceso de subjetivación del implante coclear y la audición concomitante. Interesa particularmente abordar la cuestión no tanto desde la perspectiva de la facultad cognitiva introducida o restaurada (perspectiva médica) sino más bien el trabajo pulsional y de vínculo al otro que el sujeto aborda o rechaza. Algunos puntos a destacar serán: la tipología de las demandas de implante, la diversidad de posiciones subjetivas frente al implante y sus efectos, la incidencia de la tecnología en el campo del cuerpo pulsional, posibles intervenciones psicoanalíticas en el campo de la psicoprofilaxis, la pugna entre lenguaje de señas y comunicación oral.

Emoción y personalidad en adolescentes pre linguales implantados

Lic. Leticia Diamante y Lic. Cristián Quesada Schorn

Introducción

El presente trabajo va a intentar abordar la cuestión de la consolidación de la personalidad y el autoconcepto en los pacientes sordos usuarios de implante coclear.

Las consecuencias psicológicas de la discapacidad dependen de su significado social. Es la conceptualización y el tratamiento negativo de la dificultad la que origina la inadaptación social de las personas sordas. Por ello uno de los objetivos de este trabajo es apuntar a construir un significado positivo de la discapacidad que mejore su adaptación al medio, su vinculación con los otros y su calidad de vida.

Para que haya una buena integración y adaptación, hay que proporcionar comunicación y trabajar en la elaboración de la identidad de la persona sorda.

En la adolescencia y temprana adultez, es de suma importancia el trabajo psicológico en la aceptación de la sordera, la construcción de la identidad de la persona sorda, y la constitución del autoconcepto de sí mismo, para el bienestar psicológico de la persona, una mejor calidad de vida, y una adecuada inserción social, laboral, cultural en la vida adulta.

Este trabajo nos lleva a plantearnos que ocurre con el autoconcepto de las personas sordas pre-linguales implantadas, o cómo se consolida el mismo en este grupo de sujetos.

Caracterizaremos brevemente el período de la adolescencia y los avatares por los que atraviesan los adolescentes en general y los adolescentes sordos en particular.

Ahondaremos el concepto de “autoconcepto”, haciendo una revisión del mismo, de su desarrollo y construcción a lo largo de las diversas etapas de la vida, relacionándolo con la “autoestima”, el ser, la identidad, las habilidades sociales, los modos de afrontamiento y la autoeficacia, en adolescentes sordos, articulando los conceptos con casos clínicos.

Larsen y Buss (2005) han diferenciado conceptualmente tres componentes del SER: el autoconcepto –la comprensión que tiene la persona de sí misma-, la autoestima –la forma en que la persona se siente respecto de quien es-, y la identidad social –la forma en que se presenta ante los otros-.

Las investigaciones sobre el autoconcepto hacen

referencia a algunos puntos fundamentales: la idea de que el autoconcepto se forma y desarrolla en interacción con otros, la transcendencia de este constructo para el logro de la estructuración y felicidad personal, interpretación y evaluación del mundo y de sí mismo.

En relación a la hipoacusia, se observa que la sordera en ocasiones se impone a la experiencia por limitar la interacción y el feedback lingüístico del entorno social, afectando el desarrollo del autoconcepto. El lenguaje –en sentido amplio, cualquier modo de comunicación entre dos, sea oral o gestual- es esencial en el desarrollo del autoconcepto, permitiendo que cada uno atribuya significado a las experiencias sociales y a la interpretación de dichas experiencias. El lenguaje es parte del proceso de interacción social y de la comunicación.

El autoconcepto de los jóvenes sordos descansa sobre las referencias al cuerpo, las posesiones personales y materiales, las actividades adaptativas y las interacciones sociales. Lo mismo ocurre entre los jóvenes oyentes, en los que el autoconcepto se organiza en torno a estas cuatro estructuras (LEcuyer, 1991).

El término habilidad social se hace referencia a la capacidad o aptitud empleada por un individuo cuando interactúa con otras personas en un nivel interpersonal. Luego la habilidad social podría ser definida como la capacidad de ejecutar aquellas conductas aprendidas que cubren nuestras necesidades de comunicación interpersonal y/o responden a las exigencias y demandas de las situaciones sociales de forma efectiva.

Dentro del marco de la terapia psicológica con adolescentes sordos, uno de los pilares a trabajar, desde nuestro punto de vista, son los recursos de afrontamiento. El afrontamiento consiste en una serie de estrategias que empleamos para solucionar, evitar o dejar de lado los problemas de la vida diaria o los problemas que se nos presentan en momentos fundamentales de nuestra vida (como escoger una carrera, un trabajo, pareja, vivir en matrimonio, tener hijos, etc.).

La forma en que los adolescentes afrontan estos factores de estrés es un tema primordial a la hora de trabajar con un adolescente sordo en terapia psicológica. Muchas de las habilidades que deben aprenderse son estrategias de afrontamiento.

Aplicaremos estos conceptos en casos de adolescentes sordos pre-linguales implantados.

Desde nuestro punto de vista, consideramos una condición

sine qua non trabajar en el autoconcepto y la identidad del adolescente sordo, es decir la aceptación de su sordera, a nivel psicológico, haciendo notar que la adquisición de un implante coclear ayuda como herramienta a nivel vincular, posibilitando en muchos casos el desarrollo o reforzamiento de una adecuada competencia social y de calidad de vida en general.

Es interesante notar cómo el uso del Implante Coclear junto con una terapia psicológica especializada en sordera e hipoacusia, posibilitaron mejoras en la calidad de vida de los pacientes. Hemos podido observar casos en los que no hubo un buen trabajo psicológico previo y posterior, en los que el implante, aún teniendo resultados positivos en la vida del sujeto, no se pudo aprovechar al máximo de sus posibilidades, no debido a una complicación médica o una limitación en la evolución auditiva, sino desde la perspectiva subjetiva del sujeto.

Implantes Cocleares

Indicación: Históricamente, el grupo de los adolescentes sordos prelinguales ha sido un grupo que ha presentado una gran controversia a la hora de pensar en la opción de implantarlos y brindarles la posibilidad de oír. Esta controversia se ha debido a dos motivos:

A) porque son personas que han estado toda su vida sin oír, que no han recibido ninguna o muy poca estimulación auditiva, con lo cual el proceso de (re)habilitación auditiva es mucho más complejo y lento, y

B) porque es un grupo que presenta dificultades propias del momento vital y los procesos psíquicos que están atravesando, en el cual surgen muchos cuestionamientos, replanteos y cambios de posiciones subjetivas, lo cual ha llevado a que algunos adolescentes implantados hayan decidido no usar más su implante.

En un comienzo No se implantaban adolescentes, luego comenzaron a implantarse algunos pocos. En los últimos años, aproximadamente desde 1998, la FDA ha comenzado a autorizar la colocación de IC en adultos sordos prelinguales. Los criterios de inclusión se han expandido enormemente en los últimos años, y dentro de ellos, se encuentran los adolescentes y adultos sordos prelinguales, como candidatos naturales a la colocación de un implante coclear.

Pronóstico y Evolución: el pronóstico es más incierto en este tipo de pacientes, ya que se sabe que presentan mayores dificultades en función de la cantidad de años de privación auditiva. Deben realizar todo el aprendizaje desde el inicio, al igual que lo hace un bebé recién nacido. Es fundamental en estos casos, el trabajo previo, tanto con el paciente como con la familia, de preparación, de abordaje de las expectativas, las fantasías, las ilusiones, la información, etc. El abordaje profundo de estas cuestiones se hace imprescindible para lograr una mejor evolución posterior, ya que se adquiere la capacidad de

espera, de planificación, la noción de un proceso gradual y progresivo, se incorpora fuertemente la idea de trabajo y esfuerzo para realizar un nuevo aprendizaje, todo lo cual mejora la capacidad de adaptación.

Para la realización de este trabajo, hemos utilizado y administrado en adolescentes implantados el "Listado de Adjetivos para la Evaluación del Autoconcepto en adolescentes y adultos", de Maite Garaigordobil Landazabal. TEA Ediciones, año 2011.

El LAEA es un cuestionario que consta de 57 ítems o adjetivos que describen las distintas esferas que componen el autoconcepto. Todos los ítems se valoran en una escala numérica entre 0 y 4 (Nada, Un poco, Moderadamente, Bastante y Mucho). Cada individuo elige el número que siente que mejor lo representa o describe, de tal modo, el cuestionario brinda una idea general de la valoración que cada uno tiene de sí mismo y de cómo está constituido el autoconcepto.

También hemos administrado el "Glasgow Benefit Inventory" en pacientes adolescentes implantados en el Centro de Implantes Cocleares Prof. Diamante.

El Glasgow Benefit Inventory (GBI) es un cuestionario específicamente sensitivo a los problemas de salud ORL que mide los cambios en el estado de salud producidos por la intervención quirúrgica. Para estas medidas, la definición de estado de salud es la percepción de un bienestar general, incluyendo un bienestar total, psicológico, social y físico.

El cuestionario consta de 18 preguntas. Las respuestas en todas las preguntas se basan en la puntuación de 1 a 5 de la escala de Likert. Su valoración va desde -100 (máxima valoración negativa) hasta +100 (máxima valoración positiva), siendo 0 un resultado neutro (sin cambio). Todos los puntajes por encima de 0 son positivos, poniendo de manifiesto mejoras producidas a partir del uso del IC.

Además de su puntuación total, mide otras variables: una variable de ESTADO DE SALUD GENERAL (que incluye aspectos emocionales), una variable de APOYO SOCIAL, y una variable de SALUD FÍSICA.

El GBI es un cuestionario de valoración SUBJETIVA, son los mismos pacientes quienes responden el cuestionario GBI, haciendo sus propias valoraciones acerca de las modificaciones que han vivenciado a partir del uso del IC. Los resultados aquí expuestos, hacen referencia a las percepciones y valoraciones de los mismos pacientes acerca de los cambios en su calidad de vida.

Expondremos la investigación realizada con este grupo de adolescentes, en relación al Autoconcepto y la Calidad de Vida en adolescentes implantados cocleares. Pondremos de manifiesto los resultados observados, correlacionando los resultados en tres grupos diversos:

1. Adolescentes NO implantados con y sin terapia
2. Adolescentes implantados de NIÑOS con y sin terapia
3. Adolescentes implantados de ADOLESCENTES con y sin terapia

Presentaremos los resultados y las conclusiones de la investigación realizada.

Discapacidad auditiva temprana y funciones ejecutivas

Lic. Estela Díaz

estelasusanadiaz@hotmail.com

Abstract

El desarrollo de un niño supone un proceso extenso y complejo en el cual incidirán tanto los procesos prenatales como postnatales. El bagaje congénito, las experiencias tempranas, si padece una discapacidad, como es el caso que nos ocupa, son aspectos que tienen una importancia relevante ya que son factores que pueden propiciar o alterar el curso del desarrollo.

En la discapacidad auditiva temprana el gran riesgo que existe es que el déficit auditivo pueda afectar el despliegue del lenguaje y junto con ello el desarrollo de muchas habilidades que se enlazan a él, como el desarrollo cognitivo, el modelado de las conductas, el control de las emociones y los impulsos, los procesos de aprendizaje.

El objetivo del presente estudio está orientado a evaluar el modo en que los niños con discapacidad auditiva, moderada, severa o profunda, prelocutiva, operan con respecto a un grupo de habilidades que dependen de las **Funciones Ejecutivas**. La franja etárea que abarca el estudio está comprendida entre los 6 y los 12 años y para llevar a cabo las evaluaciones se utilizó la prueba ENFEN de Portellano, J. A., Martínez Arias y R, Zumárraga, L. (2010).

Introducción

La relación entre pensamiento y lenguaje, sostiene Vygotsky (1973) no es de carácter invariante sino que se va construyendo a lo largo del desarrollo. Dentro de este desarrollo, el lenguaje supone un proceso particular y el pensamiento otro y a lo largo de él es que se tendrán que ir creando interrelaciones funcionales que serán las encargadas de crear las condiciones para que el lenguaje se transforme en pensamiento y el pensamiento en lenguaje (Marchesi, A., 1995). Al respecto Vygotsky expresa lo siguiente: "La relación entre pensamiento y palabra no es un hecho sino un proceso, un continuo ir y venir del pensamiento a la palabra y de la palabra al pensamiento, y en él la relación entre pensamiento y palabra sufre cambios que pueden ser considerados como desarrollo en el sentido funcional. El pensamiento no se expresa simplemente en palabras, sino que existe a través de ellas." (Vygotsky, L., 1973).

El lenguaje se relaciona estrechamente con diferentes funciones pues cumple un papel fundamental, por ejemplo, en la organización perceptiva, en los procesos atencionales, en la organización de la información recibida, en las relaciones que es preciso establecer cuando pretendemos aprehender conceptos, clasificar, diagramar categorías, solucionar problemas, planificar una tarea,

como así también en el manejo y control de nuestras conductas y emociones, además de la importante función que cumple en el establecimiento de las relaciones sociales y los aprendizajes (Marchesi, A., 1995). "Son esencialmente los sistemas de simbolización los que permiten liberar el pensamiento del contexto ambiguo de las percepciones. Para que se desarrolle esa capacidad de simbolización, al parecer innata en el hombre, necesita interaccionar con la capacidad simbólica de los demás. De esta manera, se establece un sistema de simbolización pero también se integran las pautas cognitivas peculiares de cada entorno y de cada sociedad, entorno y sociedad en las que el individuo deberá integrarse." (Monfort 1982)

De acuerdo a lo referido podemos decir que por la estrecha relación que el lenguaje mantiene con los aspectos de carácter psico-cognitivos del niño, cuando existe alguna alteración que afecta el desarrollo del lenguaje, como es en el caso de la sordera prelocutiva en la niñez, ello no será sin consecuencias sobre estas áreas. Sobre esto Rosselli, Ardila y Matute afirman que las interrupciones o distorsiones en este proceso suelen tener repercusiones importantes en la maduración intelectual y psicológica del niño. La ausencia de lenguaje antes de los 5 años de edad supone un pronóstico no muy alentador para el desarrollo integral del niño (Rosselli, M., Matute, E., Ardila, A., 2010).

Con respecto a las condiciones en las cuales un niño puede llevar a cabo naturalmente o no el desarrollo lingüístico, cabe señalar que existe una diferencia significativa entre los niños cuyo entorno es oyente y aquellos que tienen un entorno en el que circula la lengua de señas, pues en este último caso el niño tiene la posibilidad de adquirir un sistema lingüístico estructurado y contar con las condiciones para comunicarse e interactuar naturalmente con las personas de su entorno desde el primer tiempo de vida. La situación de los niños sordos que están inmersos en un entorno en el que solo circula la lengua oral la situación es mucho más compleja por la razón de quedar privados de ese baño de lenguaje inicial y tener que "aprenderlo" lenta y muy costosamente, con el consiguiente costo adicional que ello tendrá en el curso del desarrollo de las habilidades antes enumeradas que están íntimamente ligadas al lenguaje.

Los sonidos que percibimos son estímulos de los cuales nos valemos para orientarnos, para aprender, para tener acceso a experiencias placenteras como son la música o las palabras de la mamá cuando le habla al bebé, para escuchar al otro, para entenderlo y hacernos entender. Ahora bien, De todos los estímulos sonoros aquellos que corresponden al lenguaje son los más importantes, si alguna vez hemos estado en un lugar donde no conocíamos el idioma que se hablaba en dicho sitio nos podremos dar

cuenta de la gran limitación y desconcierto que significa para una persona que no escucha estar inmerso en un medio donde le está sumamente restringida la posibilidad de comunicarse, dificultad que alcanza tanto a quien no conoce la lengua de la mayoría o dispone de ella de manera muy limitada, como a quien intenta comunicarse con él.

FUNCIONES EJECUTIVAS: Conceptualización y evaluaciones

El concepto **Funciones Ejecutivas** (FE) fue introducido por Lezak, M. (1995) para hacer referencia a las capacidades mediante las cuales una persona puede funcionar con independencia, plantearse objetivos y propósitos, trazar un plan para alcanzarlos y desplegar conductas autosuficientes que le permita llegar a lo que se propone. Posteriormente muchos autores hicieron sus aportes sobre este regulador que posee el cerebro para comandar y ordenar las restantes funciones que en él se procesan, entre los que se encuentran: Norman y Shallice(1980, 1986), Baddeley y Wilson (1988), Stuss y Benson (2002), Damasio (2008), Portellano (2008, 2010), Soprano (2010), Allegri (2001), Ardila, Matute, Roselli (2010), entre tantos otros.

Las **FE** constituyen la esencia de la conducta humana, aquello que lo diferencia de las restantes especies. Las mismas se enlazan estrechamente a la actividad funcional del área prefrontal del cerebro e intervienen activamente en el establecimiento de objetivos, en el control emocional, en la regulación del comportamiento y en la autoconciencia. (Portellano, J.A, 2005)

El **área prefrontal** si bien se conecta con el resto de las áreas del cerebro, no se relaciona directamente con las áreas motora primarias ni sensoriales por esta razón sus lesiones no afectan la parte motora ni produce trastornos sensorio-perceptivos severos. (Portellano, J.A., Martínez Arias, R., Zumárraga, L., 2010). Las **conexiones córtico-frontales** son las que le permiten al área prefrontal recibir la información de los otros lóbulos cerebrales.

La Dra. Soprano (2010) sostiene que las FE constituyen un **constructo multidimensional**, y que por ello es difícil establecer un criterio preciso tanto en lo que refiere a las habilidades que controla como así también para establecer una batería que las evalúe. Dentro de ellas incluye las siguientes habilidades: Capacidad de organizar y planificar una tarea, seleccionar de manera adecuada los objetivos, iniciar un plan y sostenerlo en la mente mientras se ejecuta, inhibir las distracciones, cambiar de estrategia en forma flexible si la situación lo requiere, controlar y autorregular las acciones para alcanzar el objetivo propuesto.

CARACTERÍSTICAS DEL SÍNDROME DISEJECUTIVO

Las lesiones o los déficits en el área frontal provocan un síndrome denominado **disejecutivo**. En la infancia

estas lesiones suelen tener una forma difusa, inespecífica debido a la dinámica del cerebro infantil. Sin embargo, estas disfunciones a nivel del área prefrontal provocan en los niños importantes trastornos. “Durante el período prenatal, perinatal o durante los primeros años de vida se pueden producir lesiones cerebrales como consecuencia de accidentes traumáticos, metabólicos, infecciosos o de otra índole. Muchas veces las lesiones cerebrales son sutiles y no pueden ser diagnosticados mediante pruebas médicas convencionales, ya que ofrecen falsos negativos. Sin embargo, los profesionales implicados en la educación infantil son conscientes de que existe un determinado porcentaje de niños cuyos problemas de aprendizaje y conducta no dependen de factores externos, sino que son imputables a la falta de madurez cerebral o a la existencia de alteraciones neuropsicológicas de gravedad variable que habitualmente se engloban bajo la denominación ‘disfunción cerebral mínima infantil.’” (Portellano, J.A., 2007)

Dentro de estas causas también podemos incluir la discapacidad auditiva por los efectos que la falta de audición genera a nivel de los estímulos sonoros que deberían llegar al cerebro para modelar el armado de las funciones que requieren de dicha estimulación.

El **síndrome disejecutivo** acarrea, de acuerdo a Portellano (2007, 2010) diferentes dificultades: Dificultad para el control del pensamiento y pérdida de la capacidad para planificar, secuenciar y resolver problemas complejos; la actuación suele ser fragmentada, sustituyendo las operaciones intelectuales pertinentes por respuestas impulsivas y no premeditadas, disminución de la velocidad de procesamiento, dificultades para realizar tareas de modo concentrado, con déficit atencional y distractibilidad causada por estímulos externos de carácter irrelevante, incapacidad para establecer categorías o abstraer ideas, pérdida de flexibilidad cognitiva, tendencia a la perseveración y rigidez del comportamiento, alteraciones en la memoria operativa, con dificultad para la realización de tareas que requieren la ejecución de dos o más actividades simultáneamente, alteraciones en la personalidad, el humor, el control de la emociones, la impulsividad, desinhibición del comportamiento.

Una breve viñeta clínica donde es posible observar alguno de los aspectos inherentes al trastorno disejecutivo en un adolescente sordo. Este joven, quien fue implantado de pequeño y cuenta con un muy buen nivel de lenguaje oral, había reunido una suma de dinero que, evidentemente, para lo que él manejaba usualmente era un monto bastante mayor. Me dice entonces que tenía pensado comprarse algunas cosas y cuando le pregunto qué era lo que quería adquirir comienza a hacer una larga lista de elementos de ropa y zapatillas de marcas reconocidas y desde ya muy caras. Además de haber muchos objetos, todo era multiplicado por dos, tres, cuatro y hasta cinco elementos. Cuando le pido que se detenga para monitorear el listado que había hecho y hacer algunas cuentas para ver efectivamente que podría comprar de todo lo enumerado

con ese dinero, obviamente la lista se redujo sólo a algunos pocos objetos de los enumerados. En este caso se pone de manifiesto claramente como el trastorno disejecutivo le impide a este joven inhibir la conducta prepotente que se le imponía en torno lo que deseaba, la posibilidad de hacer un cálculo estimativo del monto que podía costar lo que deseaba adquirir para trazar un plan ajustado a la realidad.

Lázaro, Ostrosky-Solís y Lozano refieren que la existencia de un daño cerebral o disfunción temprana en la zona prefrontal tiene consecuencias importantes que se traducirán en diferentes trastornos a nivel del desarrollo. Sin embargo, en los primeros años no es fácilmente detectable debido a que su estructura tiene un desarrollo extenso en el tiempo y ello hace que haya funciones que sólo se expresan tardíamente, como la abstracción, la resolución de problemas complejos, y tantas otras. Expresan también que “Los procesos cognitivos soportados por la corteza prefrontal (CPF), como las funciones ejecutivas (FE) se caracterizan por presentar una gran diversidad en sus alteraciones, ya que el desarrollo de los sujetos puede afectarse en diferentes áreas por separado por lo que diversas patologías del desarrollo pueden afectar diferentes funciones ejecutivas...De acuerdo a ello es importante contar con pruebas neuropsicológicas que puedan realizar una evaluación lo mas diferenciada u óptima posible en un tiempo mas o menos corto.” (Lázaro, Ostrosky-Solís y Lozano - 2008)

ESTUDIO DE LAS FUNCIONES EJECUTIVAS REALIZADO EN UNA POBLACIÓN DE NIÑOS Y NIÑAS CON SORDERA TEMPRANA

El objetivo del presente estudio estuvo orientado a evaluar el modo en que los niños con discapacidad auditiva temprana entre moderada a profunda operan con un conjunto de habilidades cognitivas que, entre otras, dependen de las **Funciones Ejecutivas**, para ello se utilizaron las siguientes pruebas: Test de Matrices Progresivas de Raven a los efectos de determinar el CI de los niños mediante una escala que prescinde del aspecto verbal y así poder cotejar la relación entre desarrollo de la inteligencia y el grado de evolución de las funciones ejecutivas y la prueba denominada ENFEN: Evaluación Neuropsicológica de las Funciones Ejecutivas en Niños, elaborada por Portellano. José A. y otros.

En la selección de la muestra se tuvo en cuenta que los niños posean un nivel de lenguaje que les permita expresarse de manera comprensible y organizada en forma oral y comprender consignas transmitidas mediante dicha forma lingüística, como así también que no padezcan otra problemática agregada a la discapacidad auditiva, como sordo-ceguera o retraso mental severo.

La franja etárea de los niños estuvo comprendida entre 7 y 12 años y el número de la muestra estuvo constituida por 12 niños sordos e hipoacúsicos escolarizados en escuelas especiales para niños sordos e hipoacúsicos

y/o integrados en escuelas comunes. Alguno de los niños cuentan con equipamiento de audífono y otros han recibido un implante coclear. Todos los niños de la muestra han recibido tratamiento de estimulación auditivo verbal después de la detección de la sordera y de haber sido equipados.

Detalle de los instrumentos mediante los cuales se realizaron las evaluaciones:

Nombre de la prueba: Test de Matrices Progresivas – Escala Coloreada (Para niños entre 7 y 10 años) y Escala General (Para niños entre 11 y 12 años).

Autores: Raven, J.C. y Raven, J. y Court J.H.

Características de la prueba: “Es un test destinado a “medir la capacidad intelectual...para comparar formas y razonar por analogía, con independencia de los conocimientos adquiridos.” Informa acerca de “la capacidad presente del examinado para la actividad intelectual en el sentido de su más alta claridad de pensamiento en condiciones de disponer de tiempo ilimitado.” (Raven, 1999)

b – Nombre de la prueba: Evaluación Neuropsicológica de las Funciones Ejecutivas en niños (ENFEN).

Autores: J.A. Portellano, R. Martínez- Arias y L. Zumárraga.

Características de la batería: Está compuesta por 4 subtests que evalúan diferentes habilidades cognitivas que dependen de las Funciones Ejecutivas (Portellano y otros, 2010):

- **Fluidez verbal:** Evalúa fluidez fonológica y semántica relacionada con la memoria operativa de trabajo.
- **Senderos:** Permite valorar la flexibilidad cognitiva, habilidades grafomotoras y visoespaciales.
- **Anillas:** Evalúa la capacidad de abstracción y para programar el comportamiento.
- **Interferencias:** Permite evaluar control atencional.

En la elección de las pruebas se tuvo en cuenta que las mismas tuvieran básicamente estímulos visuales. Con respecto al subtest fluidez verbal del ENFEN, como los niños seleccionados para integrar la muestra debían tener un nivel de oralización que les permita establecer una comunicación dentro de parámetros comprensibles, los niños pudieron responder a ella de acuerdo a sus posibilidades. Esta es una subprueba además importante pues, de acuerdo a uno de los objetivos del presente estudio, permitió relacionar el nivel de lenguaje de cada niño con el desarrollo de las Funciones Ejecutivas alcanzado.

La modalidad de la toma fue Individual. En dos sesiones de 30 minutos aproximadamente cada una de ellas.

Los derechos de los niños con discapacidad auditiva.

La importancia de los primeros voceros

Lic. Andrea Dibb

El Trabajo Social es una disciplina que desarrolla su accionar en el campo de los derechos humanos. Cuando se vulnera un derecho; aparece la necesidad de un recurso que permitirá satisfacer la misma y podrá garantizarse ese derecho. El recurso puede ser variado: una información; material; técnico; una red social; humano u otro.

Cuando hablamos de discapacidad, en este caso, auditiva; se vulneran derechos cuando la persona que atraviesa esa situación no puede acceder al recurso que necesita para equipar sus oportunidades en el medio social en el que vive. El Trabajo Social, entonces; será un nexo para posibilitar medios para dicha equiparación.

Hoy me voy a referir a la aparición del diagnóstico de hipoacusia y/o sordera en los niños y niñas y cómo el Trabajo Social aborda este tema con sus padres, sus voceros. Aunque es importante destacar que la información acerca de los derechos de las personas con Discapacidad auditiva se dirige a todas las personas sin distinción de edad.

Cuando aparece el diagnóstico de la hipoacusia o sordera en un niño o niña integrante de una familia de personas oyentes, aparece una situación de stress individual y familiar relacionada con el impacto que produce el mismo. Esta situación provocará cambios definitivos en la persona y su familia. Cabe destacar que no será el mismo escenario cuando este diagnóstico aparece en familias de personas sordas.

(filmína)

El impacto en familias oyentes estará relacionado con las sensaciones que pueden atravesar los padres y demás familiares: podrán sentir, tristeza, sensación de catástrofe, impotencia, injusticia, entre otras.

Muchas veces se comienza un recorrido médico intentando confirmar que el diagnóstico es equivocado.

Es un momento especial donde, aparecen miedos y dudas sobre el futuro del niño y la familia.

Es importante en esta etapa que el profesional que aparece en la vida de esta familia respete este momento y que establezca un tiempo de escucha para luego poder comenzar con el proceso de información.

Es habitual que los profesionales propongamos a las familias cambiar la preocupación por la ocupación.

“cuando diagnosticaron la hipoacusia de Agustina; no lo aceptaba. Me costó aceptar a mi hija”. Nos dice una mamá.

La experiencia nos muestra que en este primer momento es imprescindible que la familia pueda expresar sus sentimientos para iniciar lo que será el paso previo a la ocupación: la aceptación de la situación que atraviesa su hijo/a.

También es importante señalar que ningún profesional puede trabajar sólo la difusión de la información ya que debemos comprender que la familia está atravesada por

múltiples variables que conciernen a la dinámica familiar y a la nueva organización de sus recursos.

(filmína)

¿De qué hablamos cuando hablamos de discapacidad auditiva? Es importante entender esta primera definición:

Las personas con déficit de audición: hipocusia o ausencia total de audición padecen una alteración en el sentido de la audición que nos permite considerar en la República Argentina que tienen discapacidad auditiva.

La discapacidad no constituye una limitación; es una situación que atraviesa la persona que define un estilo de vida. Conocer el diagnóstico; saber si constituye una discapacidad; permitirá la intervención temprana facilitando al niño o niña la incorporación de la modalidad de comunicación que contemple sus necesidades y garantice su óptima inserción familiar, educativa, laboral y social.

Y aquí aparece el famoso y en ocasiones vapuleado “Certificado de Discapacidad”.

(filmína)

Es el primer recurso para conocer y que muchas veces, las barreras comunicacionales, en especial de los profesionales que desconocen su significado y pre juzgan su alcance, no permiten el acceso rápido y adecuado. Y todos estaremos de acuerdo en que en este tema, la prevención e intervención temprana puede modificar a favor la vida de un niño.

Sabemos que es difícil a veces acceder al certificado de discapacidad, no tanto por el trámite que implica, sino por su significado: certificar una condición que aparece como desfavorable o negativa, sin embargo, el mismo será útil para acceder a la atención necesaria para que esa condición sea lo menos limitante posible en la vida de esa persona.

No alcanza con brindar la información del organismo dónde se tramita. Debemos establecer el espacio adecuado para ofrecer esta información y escuchar la realidad de la familia en cuestión. El Certificado es la puerta que abre la familia al Sistema de Atención de la salud auditiva.

(filmína)

A partir de la obtención de este instrumento: el Certificado de Discapacidad los derechos a garantizar son:

a) Recibir Atención médica y prestaciones de Rehabilitación de manera temprana y oportuna. Son beneficiarios de la Ley Nacional 24.901.

Asimismo la Ley Nacional 25.415 obliga a las obras

sociales a realizar estudios en el recién nacido a fin de evaluar su audición.

b) Las familias tiene derecho a conocer todas las opciones de Rehabilitación; Habilitación y modalidades de enseñanza (oral; lengua de Señas)

c) Derecho al acceso y a la utilización de todos los avances tecnológicos.
(filmína)

d) derecho a conocer los recursos existentes en su comunidad:

Centros de salud especializados en audición.

Centros educativos especializados y comunes.

Servicios sociales gubernamentales.

Entidades no gubernamentales dedicadas a la temática de la discapacidad auditiva: asociaciones de padres, deportivas, sociales, etc.

Los recursos de la comunidad deben posibilitarle al niño vivir en su comunidad; compartir experiencias sociales cotidianas; compartir vivencias con su hermanos. En síntesis, transitar la vida como todos los niños.

e) Derecho a conocer la diferencia entre Discapacidad – Invalidez- Insanía.
(filmína)

Este proceso de comunicación con la familia debe darse de manera sistemática y respetando los tiempos; los valores, la cultura de las familias, pero en especial respetando el derecho del niño o niña a la atención más acorde a sus necesidades –que no son las del profesional-. Esto que parece obvio, en la realidad no lo es. Se observa que es habitual que las familias se encuentren tironeadas entre las diferentes instituciones; profesionales, posturas metodológicas. No olvidemos que las familias buscan el mejor camino para sus hijos pero en general hasta la llegada de este niño con hipoacusia o sordera desconocían la temática. Ejemplos.

No olvidemos que los profesionales que nos dedicamos a esta temática tenemos una gran ventaja y un gran problema.

La ventaja es que continuamente profundizamos en el conocimiento de la misma y en los avances que suceden día a día.

El problema es que solemos olvidar que: el niño es mucho más que su oído. El niño, paciente, alumno, usuario de nuestro servicio, es una persona integrante de una familia que no “debería absorber” toda la información que nosotros creemos conveniente que conozca. Los padres no deben convertirse en fonoaudiólogos, maestros; abogados de sus hijos. Es allí cuando sólo ven el problema de su hijo, presionándolo muchas veces con consecuencias trágicas para él o ella y todo el grupo familiar.

Los padres deben ser padres y los profesionales nexos y apoyos en el proceso de habilitación; escolar, laboral, etc. Cada día debemos tener presente esta premisa.

Nuestro desafío es promover medios que respeten su dignidad; que equiparen sus oportunidades; que promuevan sus talentos; que desarrollen su autonomía.

El trabajo junto a sus padres, sus primeros y ojala únicos voceros tendrá como objetivo que ellos puedan tomar las primeras decisiones más adecuadas para que su niño/a pueda comunicarse con el entorno familiar y social.

Nuestra responsabilidad es dar a conocer SIEMPRE, no sesgar información NUNCA, pero respetando a la persona, sus deseos, su historia familiar, su cultura.

La actividad ocupacional: una propuesta desde la escuela y para los jóvenes con discapacidad auditiva.

Lic. Andrea Dibb y Lic. Veronica Cher

La presente propuesta propone trabajar con los jóvenes en el Instituto Argentino de la Audición y el Lenguaje un día a la semana, en contraturno a las actividades pedagógicas. El equipo de trabajo está formado por un docente especial y un trabajador social. El eje es trabajar junto a los alumnos las habilidades sociales y entre sus propósitos están:

“Reconocer el derecho en igualdad de condiciones de todas las personas con discapacidad a vivir en la comunidad, con opciones iguales a las de las demás, y trabajar en conjunto para adoptar medidas efectivas y pertinentes para facilitar el pleno goce de este derecho por las personas con discapacidad y su plena inclusión y participación en la comunidad”.

Las actividades tienden a: Facilitar medidas de apoyo personalizadas y efectivas.

La “comunicación” incluirá los diferentes lenguajes; la visualización de textos, los dispositivos multimedia de fácil acceso, así como el lenguaje escrito, los sistemas auditivos, y otros modos, medios y formatos.

Integración escolar. Escuela iadal

Lic. Andrea Dibb, lic. Ana Maria Barbeito, Lic. Silvia Mabel Amato

La escuela IADAL, es una institución que desde el año 1962, trabaja en el ámbito de la educación y rehabilitación de niños sordos, hipoacúsicos y con problemas de lenguaje, con el propósito de equiparar sus oportunidades para la vida en sociedad.

Los integrantes de la misma creemos que las desventajas de una persona con discapacidad, en este caso auditiva, no tienen un origen principal en el déficit del sujeto sino más bien en las deficiencias del entorno social. Es decir, que es en la interacción de la persona y su medio donde se plantean las condiciones para una vida participativa plena de derecho o no.

Contamos con un Gabinete de Integración abarcando dos Proyectos: Socialización Escolar e Integración escolar.

El proyecto de Integración de IADAL, se propone trabajar en conjunto con el equipo profesional de la escuela común, con el principal objetivo de equiparar al niño en sus posibilidades pedagógicas, emocionales y sociales, siendo su referente principal en el aprendizaje: la maestra de grado común.

Escuela especial y escuela común tienen que construir "una mirada escolar" que permita nuevos dispositivos destacando el trabajo sobre los valores sociales y priorizando los diferentes saberes de cada modalidad escolar.

- Lic. Andrea Cecilia Dibb, Trabajadora Social, UBA
- Lic. Ana María Barbeito, Psicopedagoga. USP. Profesora de discapacitados de oído, voz y palabra, ISPEE.
- Prof. Silvia Mabel Amado. Profesora de sordos y perturbados del Lenguaje. USAL

Subjetividad y sordera: el sentido elidido

Graciela B. Di Leva

En el presente trabajo el término elidido adquiere distintos significados. Elidir alude a suprimir, eliminar, prescindir, frustrar, desvanecer. Por sentido nos referimos a los cinco sentidos (vista, oído, tacto, gusto, olfato) y a sus resonancias en el cuerpo, allí donde quedan intrincados con la Lengua.

Las preguntas y la inocencia de los niños: “El Principito” de Saint Exupéry, ahora tiene una serie. De ella gustan muchos niños, entre ellos, uno de 5 años quien me pregunta ¿el planeta en el que vos vivís es el mismo en el que yo vivo? Pregunta inocente en apariencia que abre y permite pensar ¿Existen distintos universos sensoriales, distintos universos simbólicos, así como existen distintas lenguas?

Un planeta desconocido: Tengo acumulados algunos años de experiencia en atención de niños cuando recibo una propuesta para trabajar con niños sordos. Mi primera paciente sorda, contaba 5 años en el momento que llega a mi consultorio con su padre, derivada por la escuela y por la fonoaudióloga. No tenía lenguaje hablado, no jugaba, me miraba y reproducía el gesto de mi sonrisa. ¿Con que palabras transmitir esa experiencia, tomada por una fuerza que me dejaba impotente, suspendida en el tiempo y en el espacio? Planeta de frustración y dolor, espacio sin eco, de espejos, de dobles y formas fijas, áspero, estrecho, aislado. Mis palabras perdieron sentido, ¿Qué decir, como hablar para llegar a ella?

El espacio que parecía vacío se fue poblando de formas, colores y movimiento, un lado y otro lado, arriba-abajo, adentro-afuera, sensaciones, diálogos tónicos, ritmos, el placer del movimiento del cuerpo en el espacio, de la mano primero, luego sola descubriendo recorridos, juegos y risa. Esta fue la lengua que hablamos en los primeros tiempos de trabajo, La lengua de señas fue muy posterior, luego de transcurridos unos años de intentos fallidos por acceder a la lengua oral con tratamiento de habilitación auditiva post implante coclear. Más tardíamente sus padres entre idas y vueltas, deciden que retome tratamiento y comienzan a aprender lengua de señas para comunicarse con su hija. Aparecen nuevos sentidos en su vida. La irrupción de la sexualidad en la pubertad patentiza el tiempo irrecuperable, tiempos de sueños irrealizables de los padres y un doloroso despertar.

Cartas sobre los sordos: La experiencia de estar en contacto con la realidad que sufren padres que no aceptan la marca diferente que implica la sordera de un hijo, me llevó a pensar que en muchos casos allí donde la ciencia interviene exitosamente en el logro de habilitar el sentido de la audición, existe una concepción sostenida por el discurso médico, cuyo fundamento entiende que para habilitar un sentido es preciso elidir otro.

En “Carta sobre los ciegos para uso de los que pueden ver”, citado por Lacan en su Seminario 11, Diderot formula una pregunta:... ¿verá el ciego inmediatamente después de la curación? Es lo que tendemos a pensar, que los ojos se abrirán, caerán las escamas y (en palabras del nuevo testamento) el ciego “recibirá la vista”; y... en caso de que viera, ¿verá lo suficiente para discernir las figuras y podrá al verlas, darles los mismos nombres que les daba tocándolas? (2)

Sigo la misma ruta y a modo de una “Carta sobre los sordos para los que pueden oír”, me pregunto: ¿Escuchará el sordo inmediatamente después de una curación? es lo que tendemos a pensar, que los oídos se abrirán y el sordo “recibirá la audición” y....en caso de que oyera, la pregunta es: ¿escuchará lo suficiente para discernir el lenguaje y podrá darle a las palabras los mismos nombres y los mismos sentidos que les daba con gestos, con movimiento de sus manos?

Tenemos el deber de respetar cada caso en particular, no obstante he podido comprobar que los padres de niños sordos que acceden al sonido a través de implante tienen como primera fantasía que el niño podrá comprender los sonidos del habla y el sentido de las palabras inmediatamente luego de la intervención. De a poco, no sin frustración van entendiendo que lograr la comprensión del lenguaje y adquirir el habla requiere de un proceso que se hará de forma paulatina y que durará años de trabajo. No es la sordera la causa de su padecimiento, sino quedar ubicado en el “lugar de sordo” en tanto que el sonido de las palabras que oye aún no están unidas a un sentido.

Nos preguntamos: ¿Cuáles son los efectos en la subjetividad de los niños sordos que solamente adquieren la lengua oral? ¿Qué marcas deja el aprendizaje sistemático de la lengua oral si la misma ingresa por la vía auditiva, la única que el sordo tiene inhabilitada? ¿Qué efectos produce la prohibición del uso de señas, movimientos espontáneos y lengua de señas como también el despliegue de su capacidad visual y de expresión viso-gestual? Es sabido que los niños sordos nacidos de padres sordos que se subjetivan a partir de la misma lengua, la lengua de señas, aprenden la lengua oral como segunda lengua.

Frases de pacientes: -“Estoy de acuerdo con la lengua de señas. Para mi hijo no: él va a ser oyente” (madre de un niño de 4 años, implantado recientemente)

-“La bañó y me angustio cuando pienso que no me escucha, le encanta el agua y lo disfruta pero el padre me insiste que la bañe rápido para que no esté mucho tiempo sin escuchar” (madre de una niña implantada a los 3 años de edad)

-“¿El sabrá que es sordo? ¿Se dará cuenta de la diferencia con los chicos que oyen?”

-“Cuando le digo dame la taza me entiende, pero si le pregunto ¿esto qué es? No se acuerda que se llama taza. (madre de niño sordo de 6 años implantado a los 4 años.)
-“La maestra me dice que tiene que practicar, todos los días, le voy incorporando las palabras pero ya no sabemos que más implementar para que nos entienda. Está agresivo, no hace caso y se burla, cada vez peor.”

Ser Sujeto: Los padres oyentes de hijos sordos se identifican con la concepción que la medicina adopta en relación de a la sordera, modelo médico hegemónico que entiende a la sordera como una falla en el cuerpo que es posible reparar o rehabilitar. Desde esta concepción los avances de la ciencia y la tecnología, lejos de estar al servicio del hombre, reproducen una ideología que aún desde los discursos médicos de prevención, fomentan la exclusión. Las terapias de rehabilitación auditiva con niños desestiman el canal visual, solo les es permitido “hablar sin ver” (3) “Las distintas formas de reeducación o de implantación del lenguaje producen un efecto de extrañamiento respecto de las marcas inscriptas.” “No se trata de enseñar el sentido de las palabras, sino por el contrario, que pueda producirse el movimiento de expulsión de la plenitud de sentido que se impone cuando aprendemos a hablar” (4)

Lacan acuñó, para referirse al sujeto del inconsciente (\$) el concepto de parlêtre, condensación entre parler (hablar) y être (ser), sujeto que habla una lengua particular: la de su propio inconsciente, Lacan la denominó como lalangue. Lacan enuncia que “el inconsciente está estructurado como un lenguaje”, y no como “el” lenguaje: “el” lenguaje es el campo de la lingüística; un lenguaje (lalengua) ya es la entrada en el campo psicoanalítico, en tanto da cuenta del sujeto del inconsciente (\$). (5)(6)

“Lalangue” no es solo la lengua materna sino la manera en que el discurso del Otro se inscribió en el sujeto. En el niño sordo se presenta por otro camino que al oyente, por ingresar con su propia lengua al Sujeto del inconsciente, proceso previo al aprendizaje de la Lengua de señas, lengua que le da su verdadero ser, su identidad y su pequeña cultura.

Cuando aquel niño de 6 años, mostraba su dibujo, representación de una boa que digiere un elefante, no lograba ser comprendido. “Las personas grandes nunca comprenden nada por sí solas y es cansador para los niños, tener que darles siempre y siempre explicaciones”. Desalentado abandonó la carrera de pintor pero no cesó de preguntar obteniendo por respuesta: “es un sombrero”. Entonces ya no les habló más de boas ni de bosques vírgenes ni de estrellas.

Como Antoine con su dibujo, los niños nos interpelan, insisten: ¡No, no es un sombrero! Nos enseñan que para crear lazos son necesarios los ritos más que las palabras; que se puede “escuchar” con los ojos, que se puede “hablar” con las manos” (7) que “no se ve bien sino con el corazón” y que “lo esencial es invisible a los ojos” (8)

Referencias:

- (1) “El sabor del mundo” Le Bretón: La premisa fundamental en que se basa el concepto de “antropología de los sentidos” es que la percepción sensorial es un acto no sólo físico, sino también cultural. Esto significa que la vista, el oído, el tacto, el gusto y el olfato no sólo son medios de captar los fenómenos físicos, sino además vías de transmisión de valores culturales. Nos referimos aquí a modos de comunicación sensorial tan característicos como el habla y la escritura, la música y las artes visuales, así como a la gama de valores e ideas que pueden transmitirse a través de las sensaciones olfativas, gustativas y táctiles. Constance Classen .
- (2) Diderot, D.: “Carta sobre los ciegos para uso de lo que ven” Ed. El cuenco de plata.
- (3) Las terapeutas del lenguaje en su método de habitación auditiva tapan sus bocas y desestiman toda comunicación que no sea por el canal auditivo)
- (4) “Presentaciones psicóticas en la infancia”. Berraute Graciela Ed. Teseo
- (5) “Escritos 1” J. Lacan Ed. Paidós
- (6) “ Seminario 20” J. Lacan Ed. Paidós
- (7) “Sordo-¿Mudos?- (Un mundo a conocer) Benedetti María Luisa Ed. Kliné
- (8) “El Principito” Antoine De Saint Exuperi Ed. Emece

Cómo se identifica la salud mental del niño sordo ¿Por su conducta psicológica o la sociológica?

Lic. Susana Drovetta

Más allá de la realidad de que la Salud Mental es inherente al individuo, no podemos dejar de considerar que ésta nace en la célula madre social y por ende de ella la adquiere o no.

Considerando que la existencia de Salud Mental de un ser humano se puede corroborar cuando sus comportamientos son puestos en evidencia por sus interrelaciones con otros pares, infiero que el emergente de tal situación es la conducta social.

Para ello deberemos conocer los fundamentos de una socialización la cuál se basa en un proceso de resiliencia que nace en el grupo social base, la familia.

Cada miembro de familia se apoya en el grupo, éste se sustenta en cada miembro y el grupo y cada uno de los miembros, en la comunidad en que se encuentre.

En el caso dónde se presenta una discapacidad la situación se hace más compleja y por ende las variables comprometidas en el presente con efectos en el futuro, deberán ser más identificadas.

“la interacción social que el niño sordo y su hermano logren les permitirá adquirir valores, normas, costumbres, roles y conductas que le permitirán adquirir autonomía, independencia, definir su personalidad y decidir su identidad, lográndose que cada niño adquiera su Salud Mental”

Desarrollando sus mentes espiritual, emocional, racional y física, se favorecerá el desarrollo del proceso cognitivo que le permitirá el proceso de socialización.

Favoreciendo de esta manera la resiliencia, proceso que le facilitará defenderse con sus propias fortalezas, pudiendo comprender y aceptar las normas que le permitirán se un ser social permitiéndole desarrollar su Salud Mental, empleando todo instrumento existente en función de lo que el niño tenga como potencialidades.

Se considera que la existencia o no de Salud Mental se puede corroborar

“cuando los comportamientos son puestos en evidencia por sus interrelaciones con otros pares...” y “...el estado de equilibrio entre una persona y su entorno socio-cultural lo que garantiza su participación laboral, intelectual y de relaciones para alcanzar un bienestar y calidad de vida.”

Dando un marco de referencia que incluye no solo la

actitud individual sino la social la cuál estará marcada por el estado y el proceso de Resiliencia.

Werner (1992) la aparición o no de esta capacidad de resiliencia en los sujetos depende de la interacción de la persona y su entorno humano.

Grotberg (1998) capacidad universal que permite a una persona sobreponer los efectos dañinos de la adversidad. La resiliencia parte de un contexto social. Boris Cyrulnik (1999) capacidad que tiene el ser humano o la comunidad para afrontar las adversidades no se puede ser resiliente uno sólo, pues la resiliencia se construye en interacción con el entorno y con el medio social.

Murray: (2003) una actitud y una conducta orientada a la norma, que se caracteriza principalmente por transformar la visión real de uno mismo, por una visión que demuestra la competencia del individuo y el grupo social para resolver problemas y para alcanzar un alto estándar de vida.

1)¿Cómo se podrá definir la visión real de uno mismo por una visión de competencia psicológica y social cuándo existen serias dificultades para lograr la socialización del niño sordo?

2)¿Qué sucede en el caso de las personas sordas con elevada dificultad de obtener resiliencia familiar lo cual puede impedir lograr la socialización?

3)¿Podrá registrar las normas y no solo seguirlas?
¿Entrarán en una etapa de anomia?

¿Cómo se identifica la Anomia?

Emile Durkheim la define como el mal que sufre una sociedad a causa de la ausencia de reglas morales y reglas jurídicas... no es que la norma no esté explicitada en el sistema, sino que es el individuo mismo quien no las registra.

Para Merton, la anomia representa la imposibilidad para ciertos individuos, de acceder a los medios que sirven para obtener los fines establecidos socialmente, o viceversa.

¿Cómo la comunicación temprana favorecerá la construcción de la subjetividad?

La comunicación favorecerá la disminución de los miedos y la visión del objeto-oído permitiendo que los niños puedan

a- Fortalecer el Interior que le favorece desarrollar

-el yo mismo -el yo social

b- Desarrollar el proceso de socialización, interacción entre el niño y su entorno del cuál va adquiriendo

-valores
-normas
-conductas

-costumbres
-roles

c- Generar la resiliencia, la cuál identifica la capacidad de resolver problemas tomando decisiones, lo cuál se obtiene fortaleciendo las dimensiones de

-lo Espiritual
-lo Físico-Biológico

-lo Psico-Emocional

La vulnerabilidad de una familia con un niño sordo es la misma que posee toda familia, solo que se presenta una mayor complejidad de manejo en el desarrollo de lo emocional-racional.

La Salud Mental se identifica como el comportamiento que tiene una persona

¿Quién o qué identifica dicho comportamiento?
¿la persona? ¿la sociedad?

La Resiliencia identifica la capacidad de defensa de un individuo

¿Pero frente a qué o a quién?
¿a sí mismo?
¿a las normas?
¿a la sociedad?

La Anomia término que marca la falta de normas.

¿Qué o quién genera la observancia de las normas?

¿el individuo?
¿la sociedad?

Consiliencia unión de conocimientos de distintas disciplinas para crear un marco unificado de entendimiento.

Entonces

¿quién es el emergente de la distorsión de la conducta del hombre?

¿quién puede ser el referente de la presencia o no de Salud Mental?

¿el mismo hombre?
¿la sociedad?

Entiendo que la conducta social es tanto el emergente como el referente de la Salud Mental ya que la interacción del hombre con otros hombres mostrará la presencia o no de dicha Salud Mental a través de

- la interacción del niño, su entorno, y sus normas
La base de su propia resiliencia alimentada por la familia,

permitirán al niño sordo desarrollar sus fortalezas para

→ingresarenelprocesodesocialización=→alimentando el proceso de resiliencia →permitiéndole generar un estado de resiliencia que le facilitará cumplir con →el ciclo de interacción social evitando que ingrese →en un estado de anomia, favoreciendo, con una mirada de consiliencia, la presencia de la Salud Mental resumiendo su concepto en“el estado de equilibrio entre una persona y su entorno socio-cultural”

Bibliografía

Grotberg, E.H. (2001). Resiliencia, Descubriendo las propias fortalezas. Paidós.

Merton, R.K. (1964). Anomie, anomia and social interaction: contexts of deviant behavior. The Free Press.

Murray, C. (2003). Risk Factors, Protective Factors, Vulnerability, and Resilience, Remedial. Special Education. ISBN.

FORÉS, Anna y Jordi GRANÉ (2008): La resiliencia. Crecer desde la adversidad. Barcelona: Plataforma Editorial.

La narración de cuentos a niños sordos

Lic. María Beatriz Fourcade, Prof. Martha Horas (UNSL)

La información que recibe un niño que interactúa en un entorno de lectura es incomparablemente mayor cualitativa y cuantitativamente que la que recibe un niño en un medio donde los adultos no son lectores. Algunas investigaciones señalan que, en un entorno de lectura, a un niño se le leen no menos de 400 cuentos infantiles por año y que antes de los tres años un niño en un entorno favorable participa de alrededor de 10 situaciones de lectura significativas al día (Noriega Atencio, 2002).

¿Viven los niños sordos una situación similar? Aún sin contar con datos empíricos demostrables nos arriesgaríamos a decir que no; “los sordos no disponen de un entorno de lectura, salvo excepciones, por dos razones fundamentales”, señala Sánchez: “porque no hay lectores sordos competentes que puedan hacer con los niños sordos lo que hacen los lectores oyentes con los niños oyentes, y porque los lectores oyentes no dominan en absoluto la lengua de señas como para transmitir la “información” lingüística que es vehiculizada por la lectura en el caso de los oyentes (Sánchez, 2001).

Los cuentos pueden ser una herramienta muy eficaz para propiciar entornos de lectura y para acercar la literatura a los niños sordos.

A los niños oyentes de clase media, en su primera infancia se les leen cuentos en forma habitual, en algunas familias es un ritual diario que los pequeños disfrutan enormemente. Estas experiencias son escasamente vivenciadas por los niños sordos. Aquellos niños sordos hijos de padres sordos probablemente han “escuchado” cuentos en lengua de señas relatados por sus padres; pero aquellos niños sordos hijos de padres oyentes (cerca del 95%) no han tenido esta posibilidad. En principio, porque los padres oyentes no dominan la lengua de señas como para relatar o contar cuentos y en segundo lugar porque en las escuelas de sordos no ha sido una práctica habitual, hasta hace poco tiempo. Tampoco se contaba, como en la actualidad, con materiales audiovisuales especialmente diseñados.

La posibilidad de conectarse con la literatura a través de los cuentos permite la transmisión dinámica del conocimiento social, histórico, cultural de las sociedades. Desde mucho tiempo atrás las comunidades han utilizado los cuentos para instruir acerca de los valores, explicar conductas, transmitir valores (Arenas, 2000).

Asimismo, “un buen cuento le habla no tan solo al intelecto, sino que involucra el sentido estético, la imaginación y los sentimientos. La fascinación con la narración de cuentos puede también residir en la habilidad de realizar los deseos subyacentes, una forma de utopía. Para que los niños sordos puedan desarrollar su fascinación con la narración

de cuentos es necesario que cuenten con cuentos que les sean accesibles. En este sentido, también es importante lograr que los cuentos seleccionados y traducidos a la Lengua de señas permitan establecer un puente firme y creativo entre la cultura oyente y la cultura de la comunidad sorda, asegurando así, el derecho a la participación, educación y fortalecimiento de la dignidad de todos los seres humanos, sin ningún tipo de distinción. A través de los cuentos clásicos y populares, los niños sordos también tendrán acceso a la cultura de la comunidad mayoritaria” (Bianco, 2003).

La narración de cuentos permite conocer el mundo real y también permite el desarrollo de la fantasía, la imaginación, la ficción. Es un momento de goce estético muy valioso para el desarrollo cognitivo de los niños.

La mayoría de los niños oyentes cuando ingresan a la escuela han tenido una vasta experiencia con los cuentos en su ambiente familiar; sin embargo los niños sordos, casi generalmente, no han tenido estas experiencias, por esta razón carecen del conocimiento de esquemas narrativos básicos que les permitirían elaborar sus propias historias. La competencia narrativa implica el conocimiento del esquema narrativo que involucra un conjunto de reglas acerca de la estructura canónica de la narración (Bampa,). Este esquema narrativo lo adquieren los niños oyentes en forma temprana (alrededor de los cuatro años) si están en contacto con narraciones en su hogar.

La narración está constituida por: la agentividad: un sujeto que realiza una acción con un fin determinado; la secuencialidad, la canonicidad y un sujeto que cuenta.

Se observa en los niños sordos sus dificultades en la adquisición de esquemas narrativos, principalmente por su escasa competencia en su lengua natural; pero más aún por la falta de contacto con acciones y expresiones de otras personas dirigidas a ellos que les permitan comprender, entender esquemas narrativos o diferentes tipos de discursos.

Si los niños sordos tienen la oportunidad de acceder a material literario que esté especialmente dirigido a ellos, desarrollarán la apreciación y el gusto por los cuentos en la lengua que les es natural, para luego transferir estas preferencias a la lengua escrita en general (Banfi y Bianco, 2005).

Los cuentos pueden facilitar el desarrollo de ciertas habilidades específicas tales como:

- Compartir experiencias con otros.
- Relacionar eventos narrados con la propia realidad.
- Comprender y recordar una secuencia de eventos.

- Predecir situaciones sobre la base de información disponible.
- Inferir información del contexto (Banfi ,2005).

Existen algunas cuestiones a tener en cuenta cuando se implementa la narración de cuentos en el aula. En primer lugar, debe considerarse si la modalidad lingüística es bilingüe y la lengua de señas es la primera lengua de los niños, la lengua que debe preferirse es esta última, ya que será la lengua natural. Una vez que se cuenta el cuento en lengua de señas se puede pasar a realizar actividades en lengua escrita.

Algunos autores marcan la diferencia entre lo que es contar un cuento y leer un cuento. Si bien ambas persiguen objetivos similares, lo que cambia es la forma y la presentación del texto. Al contar un cuento se crea un escenario en el aire y el narrador actúa el relato personificando los distintos personajes en el escenario que es el espacio. No se muestra el texto en su versión escrita.

Mientras que al leer un cuento se transmite una visión global del significado y el texto escrito está presente para que los niños lo visualicen. Se realiza una traducción en lengua de señas que respeta el texto escrito.

La traducción del significado se hace en forma global ya que las diferencias entre la gramática de la lengua de señas y la lengua oral impiden una traducción término a término, además, el que lee el cuento puede apelar a la utilización de rasgos no manuales y a la variación del estilo de producción de las señas, imitando de esta forma los cambios de la voz y la entonación de una lectura sonora a efectos de mejorar la comprensión del mismo.

Otras cuestiones a tener en cuenta son:

1) La selección de los textos: la misma debe realizarse siempre en relación al nivel cognitivo y lingüístico de los niños, respetando sus intereses. Es un hecho común que los pequeños demanden que se les cuente una y otra vez un mismo cuento, lo que demuestra que el mismo está satisfaciendo sus necesidades y expectativas.

Además, debe procurarse que los dibujos reflejen fielmente el texto escrito que lo acompaña, pues los cuentos “presentan dos lenguajes simbólicamente dinámicos: el de las palabras y el de las imágenes, éste segundo es tan importante como el primero, ya que los niños que aún no pueden leer las palabras sí pueden leer las imágenes” (Macchi y Veinberg, 2005). Se prefieren los dibujos coloridos y con imágenes claras, que permitan la separación posterior para la realización de actividades como, por ejemplo, el ordenamiento de las secuencias. Los cuentos deben tener un esquema narrativo coherente donde pueda visualizarse en forma precisa el inicio, desarrollo y el final. En general, lo más adecuado es usar los cuentos que hay en el mercado, pero tomándose el tiempo necesario para seleccionarlos. Este es un momento fundamental para el éxito en la lectura posterior. Los cuentos también pueden ser realizados por el docente, lo que permitiría la incorporación de personajes donde los

niños sordos puedan verse reflejados. En algunos países ya se consiguen estos textos especialmente dirigidos a esta población, pero no son fáciles de conseguir en Argentina o en otros países latinoamericanos.

Macchi y Veinberg (2005) señalan, que los niños de educación inicial (jardín de infantes o pre escolar) prefieren los siguientes temas:

- a) cuentos sobre otros niños que realizan cosas que no pueden hacer ellos, pero que les gustaría hacer, tales como pilotear un avión, vencer obstáculos, viajar en un tren hacia zonas desconocidas, etcétera.
- b) Cuentos de intriga.
- c) Cuentos disparatados que humanicen a personajes no humanos (animales u objetos que actúen como personas).
- d) Cuentos realistas de las personas de su entorno, y de niños como ellos, con los que puedan identificarse.
- e) Cuentos que contengan secuencias reiterativas, acumulativas o frases con efectos mágicos.

2) La extensión del texto: dependerá del nivel al que está dirigido, teniendo en cuenta que si se trata de un grupo de niños que recién comienza su trabajo con cuentos es preferible que sea una secuencia corta con pocas láminas y textos breves.

El momento de la narración del cuento debe ser un momento placentero, los niños se ubican cómodamente alrededor del narrador creando un clima diferente al habitual de la clase. El clima que pueda crearse es importante porque los niños aprenden de ese modo que la lectura es para jugar, para imaginar, para disfrutar, para inventar otros mundos posibles. El que realice la narración reflejará la misma situación por la que pasarán los niños cuando se conviertan en lectores autónomos; por lo tanto puede observar el título, la tapa, la contratapa antes de comenzar a contar el cuento, luego realizará la narración, permitiendo la detención en las partes definitorias de la historia; elementos que serán fundamentales en la formación de los lectores. Resulta muy oportuno detenerse para realizar preguntas a los niños que promuevan actividades como las anticipaciones, las inferencias, las deducciones y las generalizaciones.

Cuando se realiza la narración es preciso considerar que debe contarse con una buena competencia en lengua de señas, además de realizar otro tipo de consideraciones, como por ejemplo el acompañamiento de señas usando expansiones y reduciendo la cantidad de ampliaciones a medida que repiten el cuento.

Tratar de hacer explícito lo que está implícito, usar estrategias para llamar la atención. Mantener el contacto ocular con los niños si es necesario enfatizar algún punto. Para mejorar la comprensión de los conceptos puede dramatizarse más usando la mímica y el acompañamiento de todo el cuerpo.

Las actividades que pueden realizarse a posteriori de la

narración de cuentos son muy amplias y estarán dirigidas a la comprensión e interpretación del texto. Además muchas actividades perseguirán un objetivo más amplio y abarcativo que es el de mejorar la competencia lingüística. La dramatización del cuento, puede ser realizada también por los niños, quienes eligen el personaje que desean desempeñar. En lo posible se trata que todos los niños ocupen los diferentes roles.

Para la comprensión se realizan preguntas pues de esa manera se asegura la correcta interpretación de lo narrado. Debe tenerse en cuenta que por las dificultades que manifiestan los niños sordos con la internalización de esquemas narrativos suelen manifestar distorsiones en la interpretación o nombrar acciones sin contextualización o con escasa correlación con el problema eje de la narración.

Se puede también, solicitar a los niños su propia narración del cuento leído, respetando la competencia lingüística de cada uno.

Considerando la característica particular de las lenguas de señas de su carácter ágrafo, requiere la mediación de narradores hábiles y competentes que les acerquen al mundo de la ficción. Estas experiencias tempranas pueden actuar como disparador, proporcionando entornos propicios donde se cimiente el gusto por la lectura y se acerque la literatura a los niños sordos.

Bibliografía

BAMPA, Susana: "La creación del mundo de ficción: ser otro sin dejar de ser uno mismo".

BANFI, Cristina; BIANCO, Gabriela (2005): "Cuentos a Mano. Cuentos en Lengua de Señas Argentina. Libro de actividades". Asociación Civil de Artes y Señas. Buenos Aires.

BIANCO, Gabriela (2003): "Cuentos en Lengua de señas argentina", Trabajo presentado en las Jornadas de Lingüística de la Lengua de Señas, Universidad Nacional del Comahue, OnLine, recuperado en <http://www.adas.org.ar/publicaciones.htm>.

MACCHI, Marisa; VEINBERG, Silvana (2005): "Estrategias de prealfabetización para niños sordos", Noveduc, Buenos Aires.

SANCHEZ, Carlos (2002): "Eventos tempranos de acercamiento a la lectura"; Mérida, Venezuela.

La Hipoacusia y las Terapias Orales: escuchar y hablar ¿el único objetivo?

Fga. Marcela Garrido

Fga. LSLS Cert. AVT® Marcela Garrido fgamarcelagarrido@gmail.com

CIANTAL. Centro Integral para la Atención del Niño con Trastornos de Audición y Lenguaje

El presente trabajo propone abrir un espacio donde pensar los objetivos tanto finales como inmediatos de las terapias de habilitación oral del sujeto sordo a la luz de los planteos y necesidades de adolescentes oralizados con este tipo de programas.

Desde que los implantes cocleares se establecieron como alternativa terapéutica frecuente para el abordaje de la sordera y con ellos toda la evolución tecnológica del resto de los auxiliares auditivos (audífonos, sistemas de frecuencia modulada, etc.) las terapias de modalidad oral se volvieron más y más exigentes sobre el desarrollo de la vía auditiva como modalidad principal de adquisición y desarrollo de la lengua oral.

Digo de la lengua oral y no del lenguaje porque a mi criterio es justamente en la lengua oral donde se puso la atención, la energía, el esfuerzo, olvidando por momentos no solamente las necesidades del propio sujeto sino el objetivo primario que por definición era el lenguaje. Nos perdimos en la forma descuidando lo más precioso que es el contenido e inclusive pasando por alto en muchos aspectos al sujeto. En esta presentación nos vamos a enfocar solamente en este último aspecto, el intrasubjetivo.

A través de la escucha de individuos sordos enrolados en estos programas que han alcanzado altos niveles de desarrollo auditivo - lingüístico nos proponemos analizar de manera retrospectiva los objetivos terapéuticos aplicados y los resultados obtenidos no solamente en el área comunicacional sino y fundamentalmente a nivel personal social y emocional. Tratar de encontrar las fortalezas y debilidades del enfoque y utilizar esta información en futuras planificaciones.

A la luz de los resultados, se presentan propuestas para incluir de manera temprana dentro de la planificación terapéutica todo lo relacionado con el conocimiento de la propia sordera por parte del sujeto en cuestión. Herramientas para conocerse, conocer su dispositivo, sus derechos y aprender a hacerlos valer. Incorporar como uno de los ejes centrales de trabajo la expresión de deseos, necesidades, sensaciones y sentimientos. Ampliar el área de intervención para incorporar estos aspectos que hacen a un desarrollo más holístico e integral del individuo.

Evaluación psicopedagógica pre Implante Coclear: Seguimiento y escolaridad de 300 pacientes implantados en el Hospital Garrahan

Psp Isabel Gismondi

(integrante del equipo de Implante coclear del Hospital Garrahan)

La psicopedagogía está relacionada con la asistencia del sujeto en situación de aprendizaje.

La función general del psicopedagogo es comprender y operar sobre el proceso de aprendizaje y sus resultados en el ámbito individual, grupal e institucional.

El abordaje psicopedagógico de un niño sordo debe realizarse por profesionales con conocimiento de la temática, manejo de variados recursos de comunicación, y experiencia con pacientes sordos pues, a veces, se subestiman o malinterpretan resultados de tests por inexperiencia en la correcta adecuación de las consignas, temor a la re-pregunta al niño o, a veces un entrevistador novato, se suele conformar con la respuesta afirmativa del paciente sordo que, en realidad, no entendió nada.

La evaluación psicopedagógica realizada en el ámbito hospitalario no se reduce a la mera aplicación de técnicas con conclusiones diagnósticas. La cantidad de pacientes, familias que concurren del interior del país, el tiempo que es limitado; obliga a plantear un encuadre de trabajo donde se debe priorizar el conocimiento del niño, su estilo de relación con el mundo de las personas y de los objetos, modalidad y recursos comunicativos. Es imprescindible indagar sobre sus competencias lingüísticas en los diferentes planos del lenguaje: fonológico, morfosintáctico, léxico y pragmático.

El primer contacto con el niño debe ser un intercambio breve, centrado en el interés del niño, por ello la hora de juego diagnóstica es la técnica por excelencia ya que aporta datos valiosos acerca del nivel simbólico y pre-simbólico de la comunicación, así como también permite determinar un perfil madurativo.

Asimismo se emplean técnicas gráficas que son un excelente medio de expresión no-verbal y refleja aspectos de la personalidad y de la capacidad intelectual. El test de Bender permite evaluar la madurez visomotora, resultando una prueba muy empleada y confiable para el análisis de esta función.

Para la evaluación del desarrollo intelectual, se completa el diagnóstico con la escala ejecutiva del WISC III, (se está incorporando el WISC IV), WPPSI y el Test de Matrices Progresivas Raven, escala coloreada, prueba que presenta reactivos no verbales y no requiere control del tiempo. El cuadernillo de estímulos atrae la atención y los niños advierten rápidamente en qué consiste la prueba sin

necesidad de demasiadas aclaraciones.

La entrevista psicopedagógica con padres además de tener como objetivo recabar datos sobre la historia familiar y evolutiva del paciente, es importante que los padres brinden información sobre la comunicación con su hijo, los juegos compartidos, la relación con otros niños, el aprendizaje de conductas, etc. Son muchos los padres de niños muy pequeños que están transitando el período de crisis o están en plena elaboración del duelo, por tal motivo la entrevista debe ser un espacio de escucha y contención.

Es importante indagar sobre las expectativas respecto al I.C. La elección de la escolaridad despierta ansiedad y, a veces, angustia en los padres.

Erróneamente algunos profesionales indican escolaridad común para todo niño hipoacúsico implantado y esto definitivamente no es así.

Por tal motivo se debe orientar a los padres en cuanto a todas las ofertas educativas y se sugerirá la adecuada de acuerdo a:

- todos los datos recogidos en la entrevista: antecedentes, causa de la hipoacusia, problemas agregados, edad del niño, equipamiento previo al implante, nivel socioeconómico, lugar de residencia, etc.
- los resultados del diagnóstico y
- la particularidad del niño.

Se debe transmitir a los padres información clara sobre las necesidades educativas del hijo, las mejores propuestas escolares y los programas de apoyo que deben acompañar el proceso escolar.

La escolaridad del niño en el momento de la consulta o la sugerida previa al I.C. no siempre es la definitiva. Por ello se establece un diagnóstico inicial y nuevas redefiniciones diagnósticas que se realizarán con seguimientos posteriores donde se evaluará el proceso de aprendizaje del niño.

Se presentará una muestra que refleja la escolaridad, (nivel inicial y primario), de 300 pacientes implantados en el Hospital Garrahan,

La muestra está dividida en cuatro grupos de acuerdo a la edad del implante y será expuesta en un gráfico de barras.

Los grupos son los siguientes:

- Grupo A: niños implantados hasta los 2 años, 11 meses: 36 pacientes
- Grupo B: niños implantados de 3 años a 5 años, 11 meses: 115 pacientes
- Grupo C: niños implantados de 6 años a 8 años, 11 meses: 89 pacientes
- Grupo D: niños implantados de 9 años a 15 años: 60 pacientes

Se mostrará, de cada grupo, el total de niños que cursaron en escuela común y el total que cursaron en escuela especial. Se analizarán y se expondrán las variables observadas.

Conclusiones:

- Grupo A: 66% concurrieron a EC
33% concurrieron a E.E.
- Grupo B: 50% concurrieron a E.C.
50% concurrieron a E.E.
- Grupo C: 38% concurrieron a E.C.
62% concurrieron a E.E.
- Grupo D: 45% concurrieron a E.C. (con apoyos, con concurrencia a EE o secundario Especial)
55% concurrieron o concurren a E.E.

Aclaración: La gran mayoría de los niños implantados de escuela común, cursan o cursaron su primario con apoyos.

Los niños que asisten a escuela especial se debe a que:

- Presentan problemas agregados
- Se consideró la elección más apropiada

Conclusiones finales

- El niño con I.C. sigue siendo un niño sordo.
- La elección de una escuela no debe depender sólo de los óptimos beneficios auditivos y verbales del niño.
- Que un niño implantado escuche bien, no significa que pueda entender toda la información por vía auditiva.
- Evaluar exhaustivamente expectativas de los padres vs escuela a elegir

Trabajo con la lengua escrita:

Descripción de una experiencia con un niño sordo

Prof. Pamela Guardia Núñez

E-mail: pguardia@unsl.edu.ar

Universidad Nacional de San Luis

Eje Temático: Educación – Escuela Común - Integración Escolar

Resumen

Este trabajo tiene como objetivo la descripción de una experiencia con un niño sordo previa a su integración a una institución común y en el marco de las actividades realizadas en el Programa de extensión: “Servicio para sordos”, que se lleva a cabo en la Clínica Fonoaudiológica de la Universidad Nacional de San Luis (UNSL). Dichas actividades sirven como un insumo para las tareas realizadas en el Proyecto de Investigación: “Las adquisiciones del niño sordo: aspectos educativos y terapéuticos”, de forma tal que ambos proyectos de retroalimentan.

Las actividades descritas y analizadas, incluyen el trabajo con la lengua escrita.

El sujeto presentaba en los aspectos educativos, serias dificultades en la lectura y escritura, con imposibilidad de escribir oraciones simples y palabras de uso cotidiano, evidenciando una gran falta de vocabulario. Tampoco leía textos simples y demostraba gran frustración ante la dificultad para realizar estas tareas.

Por lo tanto, se comenzó a trabajar en estos aspectos a partir de una propuesta ajustada a sus necesidades. Ante esto, al finalizar la primera etapa, se evidenciaron grandes cambios no solo en la construcción de conocimiento, sino también a nivel actitudinal.

Terapia con población sorda, enfoque Lingüístico- Cultural

Psic. Leonardo Hidalgo (Peru – EU)

Clínica ambulatoria para personas sordas e hipocusicos del Hospital Jackson Memorial esta dedicada a proveer servicios de salud mental completos a la población Sorda e hipoacusica del condado de Miami-Dade.

Nosotros ofrecemos la gama completa de servicios de salud mental a niños, adolescentes, y adultos sordos y sus familias. Establecido en 1994 el programa atiende a la comunidad sorda con variantes necesidades de comunicación (signado/oralisado, Ingles, Español, Criol etc).

Nuestro personal provee servicios con un entendimiento de la cultura sorda y son fluidos en el lenguaje de señas Americano ASL. También desarrollamos a profesionales que quieran trabajar con esta población.

Tenemos: Un psicólogo licenciado (oyente); dos terapistas (oyentes); un trabajador Social (sordo); un psicólogo residente (oyente); un psicólogo post doctorado (sordo); un intérprete certificado de lenguaje de señas.

¿Por qué la necesidad de una Clínica exclusivamente para Sordos?

Por la necesidad de tener un contacto directo con el terapeuta sin intermediarios.

Porque competencias lingüísticas y culturales son necesarias para un tratamiento efectivo en la persona sorda.

Porque el terapeuta tiene que estar familiarizado con la Epistemología de la persona sorda.

El terapeuta tiene que estar familiarizado con el proceso de terapia con la persona sorda.

Requiere más tiempo; requiere servicios auxiliares.

Balanceando el Poder

Parte del trabajo en la terapia es la necesidad de balancear el poder.

Se evita el duo terapeuta/intérprete

Usando el lenguaje de las señas y no el español (fluidez lingüística).

La representación sorda en la composición del personal es primordial.

Características del terapeuta

Fluidez en el Lenguaje de Señas

Cuanta más habilidad más confianza y número de pacientes

Competencia cultural (bautizado por la comunidad sorda)
Flexibilidad (contexto alto/contexto bajo)

Experiencia en diversos ramas de especialización/ Red de Proveedores
Enfoque evolutivo

Necesidades de la comunidad sorda

La historia de la comunidad sorda es una historia de opresión institucionalizada donde la persona sorda no tiene acceso a ambientes sociales libremente accesibles. Sus familias, escuelas, trabajos etc.

Frecuentemente la persona sorda experimenta sentimientos de aislamiento como respuesta a estos ambientes no accesibles para ellos

El 95% de personas sordas nacen de padres oyentes.

Por razón de su Sordera ellos pertenecen a una minoría lingüística pero no acceso a su comunidad "innata".

En términos generales todavía existe un debate si existe una Cultura de Discapacidad.

En términos específicos ya se ha establecido la existencia de la Cultura Sorda.

La cultura sorda es una de las pocas culturas en las cuales sus miembros no son culturizados por sus familias, sino por grupos externos, y compañeros (transmisión lateral)

El Síndrome de la Mesa de Cena

Efectos: sentimiento de aislamiento; pérdida de oportunidad para enseñanza y desarrollar un concepto del mundo más claro; baja el autoestima de la persona sorda.

Las personas sordas prefieren estar con otros amigos sordos y no con sus familiares por el acceso a la comunicación.

John Luckner y Ana Valasky (2004) identificaron 5 características de una familia Saludable con niños sordos
Compromiso a la familia.

Aprender el Lenguaje de Señas.

Apoyo de familiares, amigos y comunidad

Apoyo de profesionales en los centros educativos que el niño esta atendiendo.

Altas expectativas en el potencial del niño Sordo

Necesidades de Padres Sordos con Niños Oyentes

Encontramos que los padres sordos con niños oyentes tienen que justificar sus habilidades en el cuidar el Niño.

Muchas veces los abuelos toman la tutela de los niños y no permiten a las madres sordas el proceso de aprendizaje en "ser madre".

Muchas veces los padres sordos de hijos oyentes utilizan

a sus hijos para servirle como interpretes.

Cuando los hijos de niños sordos toman el poder de la comunicación hay un peligro de una reversa de en los papeles que cumple cada uno.

Rol del intérprete de lengua de señas uruguaya en la 1º Unidad de Salud para personas sordas

Lic. en Enf. ILSU. Claudia HIRIGOYEN; Lic. en Enf. ILSU. Noemí VIGNE

Montevideo, Uruguay

Policlínica Municipal Luisa Tiraparé

La presente ponencia relata brevemente la experiencia que se está desarrollando en la primera unidad de salud para personas sordas del Uruguay la misma funciona en la Policlínica Municipal Luisa Tiraparé. Dicha unidad cuenta con un equipo interdisciplinario conformado por diferentes técnicos entre ellos Intérpretes de Lengua de Señas Uruguaya (ILSU). Creemos pertinente realizar, en primer lugar, una breve reseña histórica, para luego conocer las características generales del servicio y específicamente la función que se encuentran desarrollando los ILSU.

Reseña Histórica

La primera unidad de salud para personas sordas surge en Francia en el año 1995, en La Salpetriere, a través de una iniciativa del Dr. en Psiquiatría Jean Dagrón. La misma tiene como objetivo el acercamiento de la comunidad sorda del país a los servicios de salud, dentro de un marco en el cual el profesional se adapta a la lengua del usuario, dejando de lado el modelo oralista el cual supone que es el usuario sordo el que debe adaptarse a la lengua del profesional. En Francia año tras años han incrementado la cantidad de unidades llegando a un total de quince unidades, dentro de las cuales dos se especializan en salud mental.

Actualmente encontramos unidades de salud en lengua de señas en Austria, Francia y Uruguay así como unidades específicas en salud mental en Estados Unidos, Inglaterra e Irlanda.

En el año 2010 llega a Uruguay el Dr. Jean Dagrón, a través de las gestiones del Dr. Alexis Karacostas y la Lic. Andrea Benvenuto, es entonces cuando se presenta a las autoridades uruguayas el primer proyecto de unidad de salud para sordos (USS). Luego de dos años de gestiones y de la adaptación del proyecto a las necesidades y posibilidades de nuestro país, se logra a través del esfuerzo conjunto de APASU, CINDE y FENASUR la aprobación del proyecto. En julio del corriente año se realiza el lanzamiento de la USS en la sede de Pronadis.

Proyecto para la instalación de la unidad de salud para personas sordas en el Uruguay

El proyecto establece como objetivos generales:

Instalar la unidad médica para la atención a la salud de personas sordas, las que serán atendidas utilizando su lengua natural.

Esta unidad brindará servicios de medicina familiar a las personas sordas, en Montevideo y área metropolitana, con

un enfoque integral, a través de un equipo multidisciplinario, incorporándose a la estructura de la Policlínica Dr. Juan José Crottogini para los servicios de primer nivel, y a la del Hospital Español para los de segundo nivel.

Objetivos específicos:

- Captar al mayor número posible de personas sordas que estén afiliadas a ASSE, o que sean usuarias de los servicios de las policlínicas municipales, o que carezcan de cobertura mutual (el servicio tramitará su afiliación).
- Gestionar con las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva privadas, por las vías más adecuadas, la utilización de este servicio por parte de las personas sordas a ellas afiliadas, o bien la incorporación en sus prestaciones de un servicio de características iguales o similares.
- Brindar servicios de medicina familiar en el primer nivel de salud y realizar las derivaciones necesarias al segundo nivel.
- Realizar seguimiento de las personas sordas atendidas, con un enfoque preventivo y terapéutico.
- Coordinar derivaciones y realizar su seguimiento.
- Realizar actividades de difusión y de sensibilización, tanto dentro del sector salud como en la comunidad en general, para contribuir al cumplimiento de los objetivos.
- Articular con otras instituciones y/u organismos para facilitar una mejor integración de la persona sorda a la sociedad.

Primera unidad de salud para personas sordas

La unidad surge de un convenio entre Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), Programa Nacional de Discapacidad (PRONADIS), la Intendencia Municipal de Montevideo (IMM), la Federación Nacional de Instituciones de la Comunidad Sora del Uruguay (FENASUR) y el Centro de Investigación y Desarrollo para la persona sorda (CINDE), siendo este último la unidad ejecutora del mismo. La unidad brinda atención de salud a usuarios de ASSE y en el caso de aquellos usuarios pertenecientes a servicios de salud privados se realiza una orientación, evacuación de dudas y derivación al servicio que corresponda.

El servicio se encuentra enmarcado dentro del primer nivel de atención, en el cual el usuario realiza un primer contacto con el servicio de salud. Está previsto que en este nivel se centre la atención en la promoción de salud y prevención de enfermedades, realizando actividades de

educación y diagnóstico precoz de las mismas con los individuos y familias.

El equipo se encuentra conformado por profesionales de la salud hablantes de la lengua de señas, Intérpretes de Lengua de Señas Uruguaya e integrantes de la comunidad sorda. Actualmente cuenta con un Médico en medicina general, dos Licenciados en Psicología, un Licenciado en Trabajo Social, dos Intérpretes en Lengua de Señas Uruguaya y dos Mediadores sordos.

La modalidad de atención abarca las necesidades específicas de este grupo poblacional brindando atención integral a los usuarios y sus familias. La consulta consta de una primera instancia en la cual el usuario es entrevistado por uno de los profesionales quien procede a llenar una ficha de datos personales realizando la captación del mismo. Luego de identificar las necesidades intereses y problemas del usuario este es abordado por el resto del equipo de la unidad de salud, teniendo como objetivo que todos los usuarios reciban abordaje interdisciplinario.

Uno de los elementos diferenciadores de esta unidad es la presencia dentro del equipo profesional de mediadores lingüísticos y culturales sordos. Esta figura es fundamental ya que representa la presencia de la comunidad en la experiencia, promoviendo la integración de la comunidad y cultura sorda dentro del equipo y en los diferentes lugares de trabajo. Cumple variadas funciones dentro de las cuales encontramos facilitar la comprensión entre el ilsu y el usuario, orienta en temas de la comunidad y de la cultura a los usuarios, trabaja en la adaptación de la dinámica de las consultas y de los materiales de trabajo a las necesidades de la comunidad.

Se destaca la aceptación que la unidad ha ganado dentro de la comunidad, a apenas tres meses del inicio de actividades con tan solo dos días de atención semanales, encontramos los siguientes datos:

- Más de 100 consultas.
- Un total de 42 usuarios de la administración pública, 5 de mutualistas privadas y varios en lista de espera.
- Más de 20 derivaciones cumplidas a especialistas y estudios clínicos

Rol de las ilsu

La labor del Intérprete en Lengua de Señas consiste en permitir que la persona sorda participe en un acto de comunicación en igualdad de condiciones con respecto a una persona oyente, actuando como nexo comunicacional y cultural entre las personas participantes.

En el trabajo diario, dentro de la USS participamos de las diferentes consultas y oficiamos como nexo entre el equipo de salud entendiéndose por el mismo al médico, trabajador social, psicóloga, los componentes del servicio sanitario y el usuario sordo. Debemos aclarar que la totalidad del equipo maneja la lsu por lo tanto la presencia de la ILSU dependerá de la solicitud del técnico y/o usuario.

La consulta médica y/o técnica dentro de un servicio de salud debe garantizar el cumplimiento de los derechos

de los usuarios en tanto, la privacidad de la consulta, la confidencialidad de los temas tratados, la comprensión de la totalidad de la información brindada y la evacuación de dudas, en un ambiente con la seriedad y el profesionalismo necesarios. El ILU no es ajeno a estos requerimientos, es fundamental y de orden que se cumplan dentro y fuera de la consulta las características previamente expuestas. En cuanto a las características contractuales, las Intérpretes, como el resto del equipo, nos encontramos contratadas por CINDE, siendo este la comisión ejecutora del proyecto y MIDES el organismo que lo subvenciona. Contamos con un régimen de trabajo con horas fijas a cumplir dentro de la policlínica, en donde el usuario consulta y recibe por parte de la profesional atención directa. Por otro lado contamos con la modalidad de horas de reten. Esta modalidad supone horas para el acompañamiento de estudios que estén programados o interconsultas previamente coordinadas con especialistas a los cuales el usuario sordo deba concurrir y los ingresos hospitalarios. Si existen estudios o interconsultas que se encuentran dentro del horario de reten disponible, la interprete deberá asistir y en los casos en que no exista demanda deberá estar a disposición por cualquier eventualidad, pudiendo ser contactada a lo largo de dicha franja horaria con y sin previo aviso.

En cuanto al trabajo intramuros, las Intérpretes asistimos la consulta médica propiamente dicha, consultas odontológicas, talleres de educación nutricional, estudios paraclínicos (extracción de sangre), realizaciones de control de glicemias, control de presión arterial, peso y talla. Es importante destacar que el usuario sordo en todo momento se encuentra acompañado por una intérprete o mediador sordo.

En cuanto al trabajo extramuros se acompaña al usuario sordo a los diferentes estudios coordinados como son ecografías, tomografías computarizadas, resonancia magnética, así como interconsultas con especialista coordinados, los cuales pueden variar su atención en diversos hospitales (Filtro, Maciel, Hospital Español).

Tanto las intérpretes como el resto de equipo de la unidad estamos trabajando en forma muy organizada, es un trabajo arduo que ha venido en crecimiento.

Un dato relevante resulta el constante aumento de las consultas y por ende de las situaciones que requieren de la presencia de un ILSU, hecho que llevó a la coordinación con CINDE para gestionar el apoyo de estudiantes de ILSU en aquellas situaciones que pueden ser consideradas propicias para la realización de prácticas estudiantiles y que no son viables de cubrir por el equipo de la USS.

Es evidente que la demanda va en ascenso y como equipo vemos la necesidad de aumentar las horas de ILSU y también la formación específicas de las mismas.

Es un trabajo muy enriquecedor pero sobre todo de satisfacción, el ver luego de finalizada cada consulta

la expresión en el rostro del usuario sordo, contento y agradecido por haber entendido en su propia lengua la solución del problema que lo aqueja.

Actividades de participación de las ilsu

- Talleres de sensibilización en diferentes instituciones.
- Participación en actividades de promoción de salud y prevención de enfermedades en policlínica y barrio.
- Trabajo en conjunto con especialistas adaptando consultas y material de trabajo.
- Talleres de acercamiento a la Lengua y a la comunidad para funcionarios y usuarios de la policlínica.
- Coordinación de servicio de interpretación en primer, segundo y tercer nivel de atención.

Aspectos de la intersubjetividad primaria. Un modo de abordar el vínculo temprano de padres oyentes y niños sordos

Dra. HUERIN, Vanina

La exploración del **vínculo madre oyente-niño** sordo despierta interés desde el campo de la psicología como del psicoanálisis porque desde la clínica pueden observarse particularidades propias de este binomio. Un mundo de sentidos que los separa y a su vez supone un efecto y una marca en esa relación.

La labor **clínica** con estos padres oyentes y sus hijos sordos, permite detectar la preocupación de aquellos por la **adquisición de la lengua oral** y cómo ésta impacta en la manera en que se relacionan con sus hijos sordos.

Por ello cabe preguntarnos: ¿Es posible pensar que los modos de comunicación espontánea que los adultos en general establecemos con los niños pequeños como parte de nuestra cultura están afectados en este tipo de interacciones? Lo que hacemos los adultos espontáneamente con un niño pequeño, incluso de la propia comunidad lingüística, es realizar gestos o tomar ciertos gestos del niño como parte de la comunicación. Lo mismo ocurre cuando intentamos comunicarnos con alguien que no habla nuestra propia lengua. ¿Estos patrones se mantienen en la comunicación con un niño sordo pequeño?

Para poder responder estas preguntas es necesario recorrer las múltiples teorías acerca del desarrollo infantil que encontramos en la bibliografía psicológica y psicoanalítica, que sostienen distintos paradigmas y tienen en cuenta diversas evidencias empíricas y conceptuales. Y a su vez considerar la complejidad de la **constitución psíquica**, sus distintas dimensiones y lo que supone no limitarnos a un enfoque que plantee una causalidad única del desarrollo.

Muchos clínicos e investigadores señalan que muy tempranamente en el desarrollo podemos detectar **signos predictivos de trastornos severos** en la comunicación, como las pautas de mirada o las acciones imitativas simples, aspectos de la interacción que van más allá de la palabra e incluso de la utilización de gestos en la comunicación.

Si abordamos las problemáticas de comunicación de los niños sordos, nos beneficiaremos al estudiar la **comunicación preverbal**, ya que nos permitirá comprender y detectar dificultades en la misma antes que surjan problemáticas más complejas (en su mayoría relacionadas con el habla).

En esta presentación se tomarán líneas de estudio como

las de Meltzoff y Gopnik (1993) que proponen la idea de que existe una inclinación y habilidad innata en recién nacidos para imitar algunos gestos faciales de los adultos. También se hará referencia al concepto de “parentalidad intuitiva” (Papoušek, 1981,1987), ya que hace hincapié en la importancia del desarrollo comunicativo y el rol que el medioambiente cumple en él, lo cual resulta enriquecedor y aporta una mirada distinta sobre las interacciones entre padres oyentes y niños sordos pequeños. Papoušek entiende que los intercambios sociales más tempranos comienzan por el deseo imperioso del adulto de comunicarse y lo que parece ser su predisposición a aceptar cualquier respuesta del recién nacido como potencial contribución a este diálogo. Por otro lado, lo que caracteriza a estas interacciones es que el adulto no espera una reciprocidad en el diálogo verbal con el recién nacido, incluso adapta sus vocalizaciones para interactuar con éste. Bruner (1983) coincide en estas conceptualizaciones afirmando que las madres se comportan como si sus bebés comprendieran y, en consecuencia, los involucran en estos intercambios dialógicos. Y agrega que el adulto va adecuando su expectativa respecto de la respuesta del niño de acuerdo a las “teorías” sobre las capacidades de éste.

La idea de que la acción es intencionadamente comunicativa está relacionada directamente con los **gestos previos al habla** que surgen alrededor de los 9 meses. Es decir que los gestos son las primeras acciones en las que el niño manifiesta una clara intención de comunicarse (Español, 2004; Austin, 1962; Bates et al., 1979). Esto implica que cuando hablamos de gestos suponemos que en el niño ya existe alguna conciencia del otro como sujeto con quien es posible compartir una experiencia.

Es a partir de los gestos que la experiencia subjetiva cambia para el infante preverbal, ya que los objetos del mundo y la experiencia pueden ser compartidos (Silvia Español, 2004).

Angel Rivière (2003) desarrolla una idea novedosa y original para explicar la **ontogénesis de los símbolos en el niño**, explicando que la conducta infantil está situada desde un principio en un contexto de interpretación humana. Mucho antes de la aparición de conductas simbólicas en el niño, los padres dan interpretaciones simbólicas a sus actos y establecen los cimientos de construcción de significados al interpretar como significativas las acciones infantiles. Son entonces las acciones las que proporcionan los primeros materiales de construcción de los significados. Lo que hace que una conducta sea simbólica o no, desde

un punto de vista psicológico, es su mecanismo de producción y no su carácter verbal o no verbal.

Estos hallazgos nos llevan a reconsiderar que el abordaje de la comunicación es un tema que los profesionales de las distintas áreas podemos **trabajar con estas familias preventivamente**, durante la infancia preverbal de estos niños. Es decir, antes del momento en que los padres tienen que escoger un abordaje educativo con sus hijos, donde se encuentran en la disyuntiva entre escuela especial-escuela normal, lengua oral-lengua de señas.

Para profundizar en este estudio me propuse realizar una investigación empírica, centrada en el estudio de las interacciones entre madres oyentes y sus hijos sordos de entre 3 y 4 años, que fue llevada a cabo entre el 2006 y el 2010, en el marco de lo que fue mi tesis Doctoral. El objetivo central del trabajo realizado residió en registrar dichas interacciones con el fin de estudiar el tipo de comunicación establecida en la díada, el proceso inferencial ligado a la decodificación de los estados mentales de los niños durante la interacción.

Para ilustrar el campo de estudio planteado, se comunicarán algunos resultados significativos que reflejan aspectos de la problemática estudiada.

Resumiendo lo expuesto, considero necesario tomar la **primera infancia** como el período en el que ocurren hitos cruciales para la adquisición de las capacidades comunicativas e integradoras en el ser humano, y que su estudio necesariamente se beneficia con el aporte de las **investigaciones** en este ámbito, en particular los avances de los estudios sobre la comunicación entre bebés y cuidadores, o sobre el desarrollo mental temprano.

Bibliografía

- Austin, J. L. (1962). *Cómo hacer cosas con palabras*, Bs As: Ed. Paidós.
- (1991)
- Bates, E. Benigni, L., Bretherton, I., Camaioni, L., & Volterra, V. (1979). *The emergence of symbols: Cognition and communication in infancy*. New York: Academic Press.
- Bruner, J. (1983). "En busca de la mente. Ensayo de autobiografía." Colección Fondo de cultura Económica. Mexico
- Español, S. (2004) *Cómo hacer cosas sin palabras. Gesto y ficción en la infancia temprana*. Madrid: Antonio Machado
- Meltzoff, A. N. & Gopnik, A. (1993). The role of imitation in understanding persons and developing a theory of mind. In *Understanding Other Minds: Perspectives from Autism*, ed. S. Baron-Cohen et al. Oxford: Oxford Univ. Press, 335-365.
- Papoušek, H. (1981). The common in the uncommon child: Comments on the child's integrative capacities and on intuitive parenting. In M Lewis and L Rosenblum (Eds.) *The uncommon child*, New York: Plenum. 317-328.
- Papoušek, H. & Papoušek, M. (1987). Intuitive parenting: a dialectic counterpart to the infant's integrative competence. In *Handbook of infant development*, ed. J. D. Osofsky. New York: Wiley, 669-720.
- Rivière, A (2003). *Acción e interacción en el origen del símbolo. Obras escogidas. Vol II. Lenguaje, simbolización y alteraciones del desarrollo. Capítulo 5. Editorial Médica panamericana. España.*

Interacciones y bilingüismo en y con adolescentes sordos

Lic. María Alejandra Jodar

psicodar@hotmail.com

mjodar@psi.uba.ar

Introducción

En este trabajo se mencionarán algunos aspectos de la investigación que llevo a cabo para mi doctorado en psicología titulado "Impacto de la sordera e implicancias psíquicas en interacción con la comunicación y el lenguaje en adolescentes sordos" cuyo objetivo final es investigar y profundizar en el estudio de los procesos de comprensión, expresión de conceptos, inferencias y mecanismos de información en adolescentes sordos, hijos de padres oyentes, que interactúan en situaciones habituales de bilingüismo (Lengua de Señas, Lengua Oral).

Se trata del adolescente sordo y las interacciones habituales de bilingüismo en relación con el proceso adolescente de individuación. Se articula tanto la problemática afectiva como la relacionada con la comunicación y la lengua.

Las interacciones van más allá de la lengua. Desarrollo lingüístico y afectivo van de la mano. La forma de comunicación, el desarrollo del lenguaje, el origen de la sordera, padres sordos u oyentes, la constitución psíquica, la constelación familiar, su historia educativa, determinarían de alguna manera las interacciones, las inferencias, explicaciones, lo que se intercambia en los mensajes. Interacción con la lengua, consigo mismo, con sus afectos, con los otros, como así también en los otros. Interacciones y adolescencia:

Peter Blos (1991) considera la adolescencia como un segundo proceso de individuación, aproximadamente entre los 13 y 20 años. Esto implica desprenderse de los lazos de dependencia familiares, aflojar los vínculos objetales infantiles para pasar a integrar la sociedad global y el mundo de los adultos. Es un tiempo, una moratoria entre la infancia y la adultez a partir del impacto del cambio puberal sobre el espacio de las representaciones psíquicas, de la puesta en tensión entre la identidad y la identificación, o incluso en términos de integración del cuerpo sexuado y, como lo hemos dicho, en términos de separación-individuación.

En esta etapa se resignifican los conflictos inconscientes relacionados con su infancia. Este proceso da cuenta de duelos por el cuerpo infantil, por la identidad y el rol infantil y por los padres de la infancia.

Es importante considerar la heterogeneidad de esta población. Cada persona es singular, está atravesada por una historia y una interpretación de su historia pero . También hay una historia en común, y rasgos de identificación con y en esa familia.

Sin embargo, cabe preguntarse ¿cuáles son las particularidades que se observan en el joven sordo hijo de padres oyentes, durante su adolescencia, durante este segundo proceso de individuación, que conflictos podrían resignificarse?

El desarrollo biológico, la maduración sexual da cuenta de cambios no solo a nivel físico, sino también psicológicos (elección de objeto sexual, imagen corporal, la corriente tierna y sensual). El adolescente sordo, como dice Marta Schorn (1998), realiza una tarea más ardua en el duelo por los cambios corporales porque se agrega la falta de audición.

El joven sordo tiene que lidiar muchas veces con su independencia ante la dificultad para desprenderse de los padres infantiles por sentimientos de inseguridad y temores ante lo que representa la sordera para él y su familia, sumada la cuestión del cómo comunicarse con los oyentes. Se genera una relación de dependencia que puede perdurar en la adultez.

Podrían revivenciarse sentimientos de exclusión por cumplir con las expectativas de ser casi oyente como ideal, por no comprender lo que sus familiares hablan en lengua oral, o porque se le explica corto, o por situaciones de celos frente al hermano oyente y fantasías ligadas, que por ser oyente es mejor tratado, o más incluido, o se le deja hacer cosas a las que el joven sordo no tiene derecho. El consentimiento de los caprichos, no prestar atención a las demandas del joven, las fallas en la comunicación, la diada madre- hijo/a se alteran en la necesidad de desvinculación, de separación de las figuras parentales. Un adulto sordo de nacimiento, hablante de lengua de señas, recuerda de su adolescencia: "Papá y mamá no me enseñaban nada. Hablaban corto. Piensan que soy tonto, sordo, no hablan conmigo. Hablan por la espalda. Yo puedo entender lo que pasa, los problemas. Soy sordo, no tonto."

Esto se repite en su relación con sus pares: la falta de confianza. A su vez, su padre era una persona introvertida con todos, pero él sentía que era solamente con él. Su madre hablaba por teléfono o discutía y él sentía que hablaba a espaldas de él. No le contaba, no lo incluía.

El rol social y la conducta, los valores y la moral están determinados por el deseo de ser manifiestamente distinto a lo que se le ha inculcado y está interiorizado (Súper Yo), o simplemente opuesto a esto. A lo cual se agrega la apuesta por la aceptación de su sordera y su identidad como tal, cuya separación, mezclándose con la individuación, se produce desde el concepto: ellos son

oyentes, yo soy sordo.

El grupo de pares es parte del proceso de individuación. En compañía de sus contemporáneos, hallan estímulo, sentido de pertenencia, lealtad, y empatía. En el caso del adolescente sordo, poder identificarse con otros jóvenes sordos, con la comunidad y la posibilidad de expresarse en la lengua visogestual favorece su sentido de pertenencia. El grupo permite las identificaciones y los ensayos de rol sin demandar un compromiso permanente. El sentirse excluidos, probablemente por no haberse sentido incluido en los diálogos familiares, se manifiesta como un punto sensible. En el caso de aquellos que no aceptan su sordera, se sienten excluidos tanto con pares sordos como con oyentes, esto da como resultado inhibición para socializarse.

La escuela como lugar donde se conectan con pares sordos muchas veces funciona como lugar de identificación, socialización y contención. (Schorn, 1998). Los signos sintomáticos de un fracaso en la desvinculación respecto de los objetos infantiles, en el rechazo que hace de su familia y su pasado en consecuencia representan un descarrilamiento del proceso de individuación en sí y se producen situaciones de riesgo en el joven, como por ejemplo la inhibición o la planificación esta puesta en acto a través de la impulsividad (acting out)). Generalmente se repiten situaciones ante la dificultad para la puesta de límites por parte de los padres y para reflexionar sobre lo que lo angustia o desea en contraposición con seguir siendo objeto de goce del otro: Expulsión o sobreprotección por parte de los padres ante la impulsividad del hijo. Se repite la búsqueda de objeto amoroso incondicional. Los padres los describen como niños caprichosos, se trata de padres con dificultad para la puesta de límites y para la explicación.

Identificación e identidad

La experiencia subjetiva del adolescente, expresada en el dilema: “¿quién soy yo?” Contiene múltiples enigmas.

El adolescente sordo además se pregunta: “¿que soy?”

¿Qué es ser sordo? ¿Qué es ser oyente?

¿Ser sordo implica tener que separarme de mis padres oyentes?

Dilemas que atraviesan internamente en este proceso de individuación, por lo cual es importante ayudar al adolescente sordo en este cuestionamiento para su crecimiento interno, que transite hacia la adultez y sus interacciones.

El desenlace del trabajo de la adolescencia es la conquista de una identidad sexuada, consecuencia de un trabajo de liberación respecto de los padres infantiles y de una aceptación de las experiencias de duda, de falta y de soledad. Sin embargo, esa liberación no puede ser absoluta, salvo como artificio intelectual. Las introyecciones e identificaciones infantiles son constitutivas, y la interiorización de objetos parentales

tranquilizadores funda nuestro sentimiento de existir. A esto se suma la importancia de que el sujeto sordo pueda reconocerse como tal y pueda comunicarse con la lengua que él elija.

Juan, un adulto sordo refiere haber concurrido a colegio común toda su vida. Fue implantado a los 7 años. “Había que trabajar mucho, practicar mucho para entender. Yo pensaba que era el único sordo que existía en el mundo hasta que una fonoaudióloga, cuando tenía 17 años me presentó otros sordos. Aprendí lengua de señas. Tengo amigos sordos. Mi padre no me hablaba. En realidad no era de hablar mucho. Después me di cuenta de que con el resto de mi familia tampoco hablaba”.

Claudia, adulta, sorda de nacimiento, fue a un colegio primario oralista y a un secundario común. Se comunicaba con su familia en lengua oral y con sus amigos en lengua de señas, que aprendió cuando tenía 26 años, a través de una persona sorda que conoció. Dice “al conocer sordos encontré mi mundo”. Antes no tenía amigos. Papá me decía tonta, yo pensaba que me lo decía a mí porque soy sorda pero luego me entere que a mi hermana oyente también se lo decía. Mi padre tenía una historia muy dura con sus padres. Me enojaba con mis padres porque me contaban corto lo que hablaban.”

Comunicación y bilingüismo

Partimos de la concepción teórica de que estos adolescentes han desarrollado un nivel de abstracción, de conocimiento y de pensamiento, y que poseen una historia trazada tanto afectiva como intelectual y educativa. Por otra parte, culminaron sus estudios primarios en institutos especializados para sordos, en otros casos en colegios comunes, con diferentes ideologías en relación a la oralización de la lengua, poseen un lenguaje estructurado, pertenecen a un estrato socio cultural determinado y están atravesados por una historia subjetiva.

Si bien existen diferentes clasificaciones médicas de sordera (pre lingüística y post lingüística, grados de deficiencia auditiva, causas, etc.), en el caso de los adolescentes sordos hijos de padres oyentes, la lengua materna (lengua oral) no ha sido adquirida en forma espontánea. De acuerdo a la edad en que se diagnosticó la sordera y el tipo de sordera, comienzan con estimulación temprana, fonoaudióloga, concurren a colegios especializados en niños sordos o a escuelas comunes.

Generalmente los padres los describen de niños como caprichosos, llorones. La forma de comunicación con su madre ha sido a través de un protolenguaje (señas caseras) y muchos jóvenes recuerdan utilizar el señalamiento (pointing) para hacerse entender. En algunas ocasiones aprenden la lengua de señas, y en otras la lengua oral primero. Muchas madres han funcionado como intérprete frente a la familia y los otros.

El niño sordo es ante todo un niño visual. Si bien en la actualidad persisten controversias en cuanto a la adquisición de la Lengua de Señas, gran parte de los especialistas en este tema concuerdan acerca de la importancia de detectar cuanto antes la sordera en el niño para que la familia pueda implementar la comunicación visual y gestual. Se sugiere que el niño adquiera la Lengua de Señas que habla la comunidad sorda lo antes posible para expresar su pensamiento, desarrollar su lenguaje y sus funciones cognitivas. Los niños sordos hijos de padres sordos generalmente tienen acceso en forma natural a la comunicación gestual, a la Lengua de Señas (lengua materna) y al bilingüismo (lengua de señas como primera lengua y aprendizaje de la lengua oral) (Mottez, 1976, Alisedo, 1983. Schorn, 1997. Massone, 1993. Marchesi, 1998. Sacks, 1997. Skliar, 1997, etc.).

Respecto de la lengua oral del niño sordo, Graciela Alisedo (1983) considera que no se la puede comparar con la del oyente, no solamente en los procesos de aprendizaje: sino en los resultados de dichos procesos. "Del abordaje de la lengua oral que hará el niño sordo a la ocasión de su "oralización", entrenamiento de la lectura labial asistida, resulta una lengua oral particular. El abordaje mencionado y su uso puntual se traducen en la evidencia de que el niño opera con un "código deficitario" en el cual ciertos aspectos fonológicos, léxicos y morfosintácticos están ausentes o mal implementados y comportan una cantidad impresionante de "lagunas" y "fallas" a niveles diversos".

La deficiencia auditiva no le permite procesar las relaciones entre las señales fónicas y los mensajes que tienen lugar en un determinado contexto. Al respecto esta autora (2006, 2008:20) considera la sordera de la primera infancia como una de las deficiencias más graves que deba enfrentar un niño, al no poder apropiarse por sí mismo de la lengua oral, aunque esté equipado (con audífono o implantes cocleares), sin la intervención de un especialista. Al no poder acceder en términos estándares a la lengua de los padres y los padres al no hablar una lengua accesible al niño, éste puede padecer un fenómeno de "incompatibilidad lingüística" respecto de su entorno familiar inmediato.

En suma, un desarrollo del lenguaje incompleto, la oralización exclusiva, la no aceptación de la sordera y el estímulo al niño y luego al joven para que sea lo más oyente posible, trae como consecuencia implicancias psíquicas durante la adolescencia como todas las descritas anteriormente.

Ayudar a los adolescentes en los problemas de aprendizaje relacionados con el léxico de la lengua, es una tarea fundamental. Alisedo (2006, 2008) refiere la importancia de comprender qué hay detrás de una palabra o de una frase, lo que le va a permitir construir los significados de estas y, por ende, construir el mundo a imagen y semejanza de su entorno sociocultural. Este análisis que ubica a los sistemas de signos en el centro de la ordenación del universo de cada individuo exige precisiones acerca de

los hechos donde la lengua deviene en la actualización de una serie de problemas psicológicos cuyo abordaje es de fundamental importancia en términos de salud mental. Existen palabras de lengua oral que no tienen traducción, o no son conocidas en la Lengua de Señas Argentina, o se le han explicado tanto en el ámbito cotidiano como durante su escolaridad de una forma en la cual el sentido, significado o concepto evocado no tiene representación, dado que el significante fue explicado en lengua oral. De esta manera esa palabra podría no estar constituida como signo, porque contiene una imagen acústica o gráfica que no queda como "huella psíquica", careciendo de representación mental (Jodar. 2012).

Gustavo Rubinovicz menciona la privación cognitiva frente a la dificultad para leer, escribir y adquirir conocimientos.

Ejemplos: Estudiar de memoria, por dificultades en la comprensión, explicación, con el vocabulario .
"No sé cómo me aprobaron en el secundario si no entendía nada, todo de memoria" (Adulto sordo, oralizado, implantado, que estudió en colegio de oyentes.)

Con respecto a la comunicación, en las entrevistas familiares nos encontramos en ocasiones con quejas por parte del paciente o de la familia acerca de problemas de comunicación entre ellos, y no podemos ser indiferentes a esta problemática.

Según Luis Prieto, para que el acto sémico se produzca, es necesario que el receptor, por un lado, se dé cuenta del propósito del emisor de transmitirle un mensaje determinado y por otro, reconozca cuál es ese mensaje. Gracias a las indicaciones que le son suministradas, sea por la señal o por las circunstancias en relación con las cuales ésta es producida, el receptor se da cuenta por una parte del propósito del emisor de transmitirle un mensaje y logra por la otra reconocer cuál es ese mensaje. Además, Prieto (1967) describe el concepto de "indicio" como, contrariamente a la indicación proporcionada por la señal, una indicación no intencional.

Que no se produzca el acto sémico entre el emisor y el receptor no es exclusivo de la comunicación entre una persona sorda y una oyente, puede pasar también entre oyentes o entre sordos. Lo que si veremos son algunas situaciones que se repiten entre las familias oyentes y los adolescentes sordos, y cuáles son los indicios que se observan, y en qué señales se basan (gestos, señas, lectura labial, lengua oral, etc.) Y sobre todo qué entiende e infiere el sujeto sordo, además de los sentimientos que se le generan. Lo que entiende concretamente, las inferencias, las señales (intencional). La creencia de lo que dice el otro, tanto el sordo como el oyente, tanto en uno como en otro. Es una mezcla entre lo que no entiendo, lo que interpreto, lo que hago que no entiendo, y su sentido inconsciente.

Muchos padres relatan la angustia que les generaba no

saber cómo comunicarse con sus hijos sordos cuando eran niños. Indicios que se transmiten a través del sentimiento de angustia ante la sordera de su hijo.

Padres que hablan al analista pero no intentan que el joven preste atención. Los padres hablan como si el hijo no estuviese, con lo cual queda excluido.

Jóvenes que se quejan que no entienden pero tampoco prestan atención a las señas que transmiten el malestar ante la lengua con la que se comunican.

Piden al analista que funcione como intérprete en lengua de señas.

Interpretaciones erróneas acerca de lo que el otro dice, en el dialogo entre padres e hijo por prestar atención o no comprender una parte de lo que se está queriendo transmitir.

Ana durante la entrevista familiar habla en lengua de señas y la madre en lengua oral. La madre refería sentirse excluida, la angustia esta forma de comunicación y dice: "Desde que comenzó el secundario y empezó a hablar con las manos cambió. Se fue con los amigos, no me hace caso, yo en lengua de señas no entiendo... ..". Por su parte A. me habla en lengua de señas con una sonrisa, con el objetivo de que su madre se sienta excluida y no entienda.

Beatriz y su madre. La queja de la madre "no me escucha, no me mira" Beatriz: "¿Ves? No me mira no me escucha". Alguna de las dos se enoja y deja de mirar a la otra "abandona".

C: Sus padres se quejan porque C no participa de la reunión familiar. C dice: "me aburro, no entiendo, entonces me voy a chatear con mis amigos". C se comunica con lengua de señas y lengua oral.

Conclusiones

Es importante la prevención de la problemática tanto afectiva como la relacionada con la comunicación y el bilingüismo, ligado al concepto de sordera que esté instaurado en cada sujeto, para que no se transforme en un impedimento para la individualización.

El joven sordo atraviesa la adolescencia como cualquiera. Los adultos, tanto los padres como los profesionales somos quienes podemos acompañar al joven sordo a transitar este proceso de crecimiento personal.

Bibliografía

Alisedo Alisedo, G., Melgar, S. & Chiocci, C. (2006) Didáctica de las ciencias del lenguaje. Buenos Aires. Paidós Educador. 1º ed. 7º reimpresión.

Alisedo, G. (2008). "Sordera: Los problemas lingüísticos de los problemas psicológicos". Prólogo a Rubinowicz, G. Conversaciones psicoterapéuticas con personas sordas. El uso de la lengua de

señas para el diseño de entrevistas eficaces. Libros en red Amertown International S.A./www.librosenred.com. Ponencia presentada y publicada también en CD. I Congreso Internacional de Salud Mental y Sordera. Facultad de Psicología (2006) UBA. Buenos Aires.

Blos, P. (1981) La transición adolescente. Assapia Amorrortu. Buenos Aires.

Freud, S. (1905) Tres ensayos de teoría sexual. Obras Completas. Amorrortu editores. 1989. Buenos Aires.

Jodar, A. La escucha psicoanalítica más allá de la comunicación y la sordera. Revista "Investigaciones en Psicología". Año 12, Nº 1. Universidad de Buenos Aires. Año 2012.

Prieto L. (1967) Mensajes y señas. Seix y Barral. Barcelona.

Rubinowicz, Gustavo (2008). Conversaciones psicoterapéuticas con personas sordas. El uso de la lengua de señas para el diseño de entrevistas eficaces. Libros en red Amertown International S.A./www.librosenred.com

Schorn M. (1997) El niño y el adolescente sordo. Reflexiones psicoanalíticas. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Schorn, M. (2008) La conducta impulsiva del niño sordo. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Las madres en los momentos posteriores al diagnóstico. Del shock a los intentos de reorganización

Mgter. Ruth Kazez

El momento en que se recibe el diagnóstico acerca de alguna situación que afecta a un hijo pone en jaque los recursos anímicos con los cuales los padres y la familia cuentan para afrontarla. Tenemos tres elementos, por un lado la organización previa de cada integrante de la familia y del grupo familiar, el contexto actual y el tipo de situación que la realidad presenta. El denominador común para cada uno de los padres en estos casos es el sentimiento de quiebre y de pérdida respecto de las expectativas, no sólo respecto de ese hijo sino también respecto de sí mismos.

A raíz de esta situación, se producen una serie de movimientos anímicos en cada integrante de la familia, que tarde o temprano realizarán reubicaciones: de sus prioridades, de sus proyectos vitales, así como un replanteamiento de los conflictos que existían antes de conocerse el diagnóstico. Lo anterior no queda borrado por lo nuevo, sino que se compone una nueva organización familiar en donde el impulso generador se ubica en la madre.

Sabemos que la constitución de la subjetividad de todo niño se apunala y construye sobre la base del psiquismo parental, fundamentalmente de la madre, en una simbiosis inicial con el niño, normal, esperable, a partir de la cual ella procesa y cualifica para su hijo los estímulos que provienen de su propio cuerpo y del mundo. Partiendo de un estado de desvalimiento, de dependencia absoluta por parte del hijo, ella y el niño van construyendo poco a poco espacios y condiciones que permiten que el niño logre menores grados de dependencia. El padre, mientras tanto, sostiene este vínculo fundamental.

Nuestro interés por las madres parte del hecho que, cuando una madre recibe el diagnóstico de sordera de su hija o hijo, queda en situación de potencial desamparo anímico. Es decir que, con el impacto del diagnóstico, quien tendría que sostener al niño ve restringidas sus posibilidades afectivas producto de una hemorragia anímica, que trae consecuencias para ella, para el niño y para el grupo familiar. La mayor parte de las madres que hemos entrevistado no consultaron a un psicólogo en ese momento. Cuando lo hicieron fue una vez que la reorganización se produjo, con un costo afectivo y en algunos casos somático, para ellas.

El fin último de nuestra investigación consiste en reflexionar y elaborar estrategias para colaborar con las madres acompañándolas en esta etapa hasta el armado de los recursos necesarios. Los que conocemos este terreno, sabemos de las exigencias propias y contextuales a las que se enfrentan las madres, para que estos niños

logren, por ejemplo, adquirir la lengua oral. A menudo vemos cómo la exigencia materna hacia sí misma y hacia el niño, apuntalada en algunos casos en los imperativos que encarnan los profesionales y proponen a través del sacrificio el borramiento del déficit, interfiere la empatía, el sentirse en el encuentro amoroso madre-hijo. Doble padecer, de la madre y del niño, sobreadaptación de ambos, forzamiento del vínculo, que los dirige adonde ninguno de ellos está realmente.

En los casos analizados pudimos detectar tres momentos lógicos posteriores al diagnóstico de sordera en las hijas:

- Momento de shock: Aquí se observan las manifestaciones directas asociadas con el trauma
- Momento de recuperación del shock: En este momento las madres implementan las primeras estrategias utilizadas para enfrentar el shock
- Momento de reconexión con la realidad: aceptación del diagnóstico y reorganización global

En el primer tiempo las madres hacen referencia a un impacto experimentado desde un registro somático. Son características las verbalizaciones como “me derretí”, “empecé a comer sin control”, correlato de un estado de desvalimiento que excede la posibilidad de cualificación anímica, de comprender en dónde están paradas, qué pensar y qué sentir.

En el segundo momento las madres suelen tomar las primeras decisiones respecto de sus hijas, en general buscando la opinión de profesionales calificados. También observamos que suelen surgir desajustes entre los integrantes de la pareja parental, producto de la reorganización mencionada anteriormente. Hay una suerte de destiempo en los miembros de la pareja que, en su búsqueda rumbo, utilizan diferentes mecanismos defensivos no siempre complementarios.

En cuanto al tercer tiempo, observamos una reorganización global que les permite orientarse y tomar decisiones desde la perspectiva de cada familia.

Entendemos que las características de estos tres tiempos pueden ser tenidas en cuenta al momento de la consulta, tanto para elaborar una estrategia de abordaje que tenga en cuenta la situación de cada madre en la determinación de metas para el tratamiento, como para acompañarla en su proceso de reorganización subjetiva y de este modo contribuir con la construcción de un espacio empático para cada familia.

Bibliografía

- Freud, S. (1915c) “Pulsiones y destinos de pulsión”, A. E., 14.
_____ (1920g) Más allá del principio del placer, A. E., 18.
_____ (1926d [1925]) Inhibición, síntoma y angustia, A. E., 20.

- _____ (1940) "La escisión del yo en el proceso defensivo", A. E., 23.
- _____ (1950a) Los orígenes del psicoanálisis, A. E., 1.
- Kazez, R. (2012) "Hacia el encuentro con lo genuino. Multilingüismo anímico y subjetividad en la psicoterapia de una adolescente sorda", en Revista Cuestiones de Infancia, UCES, Buenos Aires.
- _____ (2008) "El recorte y la caída. Vicisitudes del ingreso a la prepubertad de una niña sorda", en Revista Actualidad Psicológica, n° 362, Buenos Aires.
- _____ (1998) "La intervención del psicólogo en el ámbito de la discapacidad. Problemas específicos", en Revista Actualidad Psicológica, n° 256, Buenos Aires.
- Kazez, R., Melloni, G., Maldavsky, D. (2012) "Estudio comparativo del discurso de madres oyentes de hijos sordos. Detección de diferentes momentos después de haber recibido el diagnóstico", Disertación en el 10° Congreso de Investigación en Psicoterapia del Capítulo Latino Americano de la Society for Psychotherapy Research, Buenos Aires, Argentina.
- _____ (2009) "Study of the discourse of two mothers of deaf female adolescents. Comparative analysis of the moment after being informed about the diagnosis". Presentación de póster en el 40° International Meeting de la Society for Psychotherapy Research, Santiago, Chile.
- Maldavsky, D. (1995a) Pesadillas en vigilia, Buenos Aires, Amorrortu Editores.
- Margalit, M. et al. (1992) "Coping an Coherence Among Parents With Disabled Children", en Journal of Clinical Child Psychology, vol 21, n° 3, 202-209.
- Taanila, A. et al. (2002) "Coping Of Parents With Physically And/OR Intellectually Disabled Children", en Child: Care, Health & Development, vol 28, n° 1, 73-86.

Reflexiones en torno a la función de la Ley en la subjetivación de la persona sorda

Lic. Marisa Leiro; Lic. en Psicología Daniel Karabelnicoff

En el contexto de una realidad social cambiante y cada vez más compleja, la cuestión de las conceptualizaciones existentes sobre el sujeto adulto con sordera y la relación que mantienen con su condición jurídica destaca por su importancia y centralidad en el proceso de socialización de estos sujetos.

Este tópico conforma uno de los meollos problemáticos centrales en torno del cual se torna imperativo reflexionar e intervenir en orden de habilitar prácticas y discursos educativos que promuevan procesos de subjetivación a partir de los cuales se genere libertad y responsabilidad en las personas adultas con sordera que no los confine a una incapacidad absoluta y permanente. Tales prácticas pueden ser aportes que la comunidad educativa haga en la lucha para el reconocimiento de la persona adulta con sordera como sujeto de pleno derecho.

Decir profundo. Escuchar las manos. Cultura Sorda y Psicoanálisis.

Lic. Susana Lopatin y Mariana Reuter

A través del Servicio de Atención y Apoyo a Familias, el trabajo diario con las familias con integrantes Sordos (tanto con padres oyentes como Sordos) nos muestra y confirma la **IMPORTANCIA** de que el hijo Sordo pueda expresar todos sus sentimientos y emociones naturalmente con su entorno familiar más íntimo.

Es necesario que se favorezca una verdadera **COMUNICACIÓN**. ¿Cómo se logra? A través de la Lengua de Señas, lengua natural de las personas Sordas. Ni bien los papas sepan que su hijo es Sordo, es fundamental que aprendan la Lengua de Señas y que conozcan la Cultura Sorda, es decir todo lo que define a la persona Sorda: identidad, forma de ver el mundo que es visual, las adaptaciones al mundo a través de todos los sentidos menos el oído...

Conversando todos los días con el hijo, con todas las herramientas posibles (Lengua de Señas, cuentos, Internet, materiales didácticos que ahora están incrementando por iniciativa de varias ONGs con miembros Sordos, lectura labial, etc.) se ve favorecida la oportunidad que el hijo pueda expresarse y comprender lo que le sucede a su alrededor, en situaciones cotidianas, en hechos profundos y en cuestiones relativas a la formación de su personalidad.

El abordaje de las personas Sordas debe ser en el marco de respeto a su contexto lingüístico, y es aquí donde cobra importancia que los profesionales vinculados con esta temática estén formados, no se trata solo de conocer la Lengua de Señas, sino todo lo que trae consigo esta lengua natural de las personas Sordas y la comunidad, es decir la Cultura Sorda.

En Fundasor se han brindado, teniendo en cuenta esta necesidad, cursos de Formación de Profesionales en y desde la Cultura Sorda, donde hemos articulado el trabajo en equipo, con el aporte de todas las miradas posibles que favorecerán la construcción de un sujeto con identidad propia.

Dificultades en la atención psiquiátrica del paciente sordo

Dra. Andrea Lusich

Cuando empecé a estudiar Lengua de Señas Argentina no sabía que se iba a abrir un mundo diferente ante mis ojos y ante mis posibilidades mentales.

El mundo de los sordos me enseñó y me sigue enseñando que la medicina no transcurre por un único carril, o tal vez sí; el carril de la comunicación, que adquiere diferentes modos para adecuarse a las necesidades de cada uno. Cuando empecé a estudiar Lengua de Señas, mientras estudiaba medicina, no tenía plena conciencia de la utilidad que le iba a dar, no me imaginaba integrando estas dos disciplinas, pensaba, sí, en la posibilidad de enfrentarme alguna vez a una consulta con un sordo. Pero no como una disciplina con entidad propia "Medicina en Lengua de Señas", esto sin duda era algo que no existía, y que sigue sin existir. La medicina me llevó a especializarme en psiquiatría y el día de enfrentarme a la consulta con un sordo llegó, y luego llegó otro y otro y cada vez son más.

Claro que no hay una escuela de psiquiatría en LSA, ni siquiera una forma establecida de abordar un tratamiento psiquiátrico con sordos. Así que fui aprendiendo junto con mis pacientes sobre el tratamiento para ellos mismos. Me basé en la misma premisa que uso para cualquier paciente: armar una estrategia individual evaluando necesidades individuales y manteniendo el principio de que el tratamiento en psiquiatría es artesanal, personalizado; si lo es para cualquier paciente, ¿por qué debería ser diferente para un paciente sordo?

Atiendo a mis pacientes en Lengua de Señas Argentina

Las preguntas son inevitables: ¿todos estos pacientes sordos que requieren atención psiquiátrica, son casos de reciente comienzo? ¿No han recibido nunca medicación? ¿Entienden cuál es el fundamento del tratamiento psicofarmacológico?

Y lo más importante: ¿Realmente estamos medicando la dolencia del paciente?

El objetivo de este trabajo es intentar responder estas preguntas de acuerdo a la experiencia actual.

¿Es la primera vez que consulta con un psiquiatra?

La mayoría de las veces se trata de pacientes que tienen o tuvieron tratamiento psicofarmacológico, y cuando se trata de pacientes sin tratamiento previo, en general corresponde a niños o adolescentes, aunque a este grupo etario también es difícil encontrarlo sin medicación.

¿Por qué ha sido medicado este paciente?

Trastornos de conducta
Impulsividad/ ira/enojo
Auto o heteroagresividad
Retraso mental
Depresión
Trastornos de ansiedad
Ideas paranoides
Sentimientos de autorreferencia
Síntomas psicóticos (medidos por criterios para diagnóstico en oyentes)
Adicciones

¿En qué condiciones fue evaluado el paciente?

Respuesta casi universal: Acompañado por un tercero. En el caso de los niños/ adolescentes, los padres son los que plantean el motivo de consulta, los que exponen los síntomas y la necesidad de una solución, uno se imagina que se debe a la edad, pero los adultos también concurren acompañados.

La persona que acompaña al paciente sordo es quien proporciona los datos sobre antecedentes, comportamiento, historia y hechos desencadenantes. De todos los pacientes sordos que llevo atendidos hasta el momento, muy pocos fueron previamente al médico acompañados por un intérprete, esa función fue cubierta por un familiar, y lo curioso es que en muchas oportunidades dicho acompañante, no sabía lengua de señas.

Siempre hubo alguien que medió la consulta y en algunos casos se llegó a una comunicación de manera escrita o gestual precaria. El paciente entonces, queda sin comunicar su necesidad ni su sentir.

Ser evaluado por un profesional que desconoce las características propias de la sordera y la idiosincrasia de la comunidad sorda, lleva a considerar muchas veces actitudes normales en el contexto de la sordera, como signos patológicos que agregan criterios diagnósticos para alguna enfermedad mental.

Vuelvo a preguntarme entonces: el paciente, fue evaluado?

¿Cómo recibo generalmente al paciente en la primera consulta?

Además de recibir a una persona asustada, y en general reticente, me encuentro con un paciente diagnosticado y medicado.

Encuentro un diagnóstico que se realizó sin ningún tipo de comunicación verbal con el paciente y en esas condiciones el paciente obtuvo su primera prescripción psicofarmacológica. No en pocas ocasiones percibo que se

ha medicado la necesidad del familiar y NO la del paciente. En salud mental, el lenguaje es una herramienta irremplazable y es imposible conocer el estado mental del paciente si no se puede tener una comunicación directa. ¿No forma parte acaso del proceso de la cura el poder expresar cual es exactamente la dolencia?

El diagnóstico al que se ha arribado ha sido medido por parámetros establecidos para oyentes, no me refiero con esto a que la enfermedad mental deba definirse diferente para sordos y oyentes, sino que el mismo criterio no puede ser tenido en cuenta de idéntica manera.

Ejemplos:

Un discurso fragmentado o disgregado, con falta de nexos, sea oral o escrito no puede significar lo mismo para un sordo que para un oyente. Si se somete el discurso de un paciente sordo a la evaluación de un profesional que evalúa en cualidades de la gramática española, seguramente tendremos un diagnóstico erróneo. No podemos olvidar que el pensamiento se evalúa a través del lenguaje. En este caso llegaremos a la conclusión equivocada de la presencia de un trastorno del pensamiento (en curso y/o contenido).

Si a través de una indicación farmacológica se altera parte de la motricidad fina, nuevamente habrá un diagnóstico erróneo al considerar la alteración del curso del pensamiento, medida por la motricidad de las manos. El aislamiento no puede ser considerado con igual jerarquía en sordos y oyentes, ni en sordos en medio de oyentes.

No todas las ideas erróneas deben ser catalogadas como delirantes, para ello es necesario conocer el contexto (real y verbal) en que esta idea fue concebida.

Caso 1:

Paciente masculino, 16 años, sordera congénita, huérfano desde los 4 años, vive en un hogar dependiente del Gobierno de la Ciudad, es el único sordo del hogar, y el único que habla LSA en ese ámbito. Luego de una pelea con un compañero de habitación, en la que el paciente se puso agresivo, fue llevado a un hospital de la zona. Se lo medicó con Clotiapina 120mg/día sin ninguna comunicación con el paciente. En nuestro primer encuentro se encontraba con signos extrapiramidales francos, de los cuales la dificultad para mover las manos fue el mas evidente. Se rotó el esquema farmacológico y se disminuyó a dosis adecuada. El paciente tiene buen nivel verbal en lengua de señas y se expresa de manera fluida.

Caso 2:

Paciente de 14 años, masculino sordera congénita y amaurosis unilateral, tiene implante coclear izquierdo, nunca le dio uso. No habla, hace dos años comenzó a aprender lengua de señas. Hace unos meses comenzó con actitudes violentas y culpa a su madre por su discapacidad. Presentó crisis de excitación psicomotriz

con auto y heteroagresividad por la que requirió internación en un hospital general. Fue evaluado por clínica médica y neurología. Se medicó con Fenitoína 300mg/día, Risperidona 9 mg/día, Alprazolam 0,5 mg/día. Los padres se quejaban del aislamiento de paciente. Se reguló la dosis y se rotó el esquema farmacológico. El paciente permanece tranquilo y persisten las dificultades en la comunicación previas a la internación.

Conclusiones:

El paciente sordo debe ser evaluado, sin concesiones, en el contexto de su idiosincrasia.

Si su modo habitual es la lengua de señas, debe ser evaluado en lengua de señas.

Se debe proporcionar al paciente sordo toda la información posible con respecto a su tratamiento, con el mismo compromiso con que se le informa a un paciente oyente. Puede usarse en el paciente sordo cualquier medicación psiquiátrica en la dosis necesaria siempre y cuando no altere su posibilidad de expresión, en el paciente sordo esto adquiere carácter de contraindicación. El paciente debe estar al tanto de los posibles efectos adversos e interacciones medicamentosas frecuentes.

Recordemos que el paciente que concurre a una consulta siempre tiene algo que decir, independientemente de la modalidad que utilice.

La Hipoacusia adquirida en la adultez: Un poderoso factor de deterioro emocional

Lic. Viviana Malher

La pérdida de audición es uno de los problemas de salud más comunes entre la población adulta de los países industrializados. La prevalencia entre los adultos se ha estimado en un 16,6% en Australia y el 16,1% en el Reino Unido. Acá, en Argentina, se estima que uno de cada tres adultos mayores de 65 años padece algún tipo de pérdida auditiva.

El núcleo del malestar radica en que la Hipoacusia trae aparejada una dificultad para la comunicación. El adulto ve amenazada su identidad y su guión personal. El estrés y la ansiedad a que se somete puede ser tan intenso que propicia el aislamiento por evitación, la aparición de trastornos psicológicos (1) , así como la recaída o agravamiento de cuadros preexistentes de Depresión y/o ansiedad

La palabra y la voz conformando un sujeto: experiencia a partir del P.E.S.C.C.A

Lic. Fga. Norma Massara, Lic. Psic. Silvina Martínez

Hospital Zonal Especializado “Dr. Noel H. Sbarra”- La Plata - Pcia. de Buenos Aires.

psicsilvinamartinez@yahoo.com.ar

norma.massara@gmail.com

Este trabajo surge a partir de experiencias con el binomio Madre-Bebé desde la orientación y atención generadas por el Programa de Evaluación, Seguimiento y Control de la Conducta Auditiva en niños de 0 a 18 meses.

En trabajos anteriores expresamos que “el diagnóstico temprano en un niñ@ pequeñ@, permite conocer el momento, las características y modalidades evolutivas presentes, no implica un rótulo, sino un acercamiento a la posible situación del lactante.”

Desde las funciones parentales es esperable la adjudicación de intencionalidad comunicativa al lactante desde su mas temprana edad, otorgándole un lugar activo, consciente y voluntario en la producción de lo que llamaran un lenguaje hacia ellos, siendo que desde el punto de vista del bebé nada de esto puede generarse por si solo. Esta adjudicación comunicativa abre un camino para la construcción de un mundo simbólico a desarrollarse y apropiarse por el niñ@, tarea vasta y compleja que requiere de otro humano para concretarse. La concurrencia de una familia con un niñ@ pequeñ@, que se presume y se desea saludable, a un control de salud, implica temores, inseguridad y culpabilizaciones que pueden encontrar un espacio donde desbordarse o no, dependiendo de la actitud profesional interviniente. Anticiparse a la patología acarrea efectos poco favorables al sujeto naciente. Las funciones parentales se transforman en un imposible, y por consiguiente, padres que no hablan a sus hij@s, padres que no interpretan esbozos sonoros como contacto de comunicación, perdiéndose el espacio creador de los aprendizajes “accidentales” con sentido comunicativo, aislando y negando la influencia social y cultural de la adquisición del lenguaje.

Estos hechos nos llevan a implementar estrategias de abordaje y resolución de la problemática detectada, que derivan en un tratamiento oportuno y seguimiento del desarrollo infantil. El ofrecer un espacio de contención, escucha y trabajo a las ansiedades e interrogantes parentales instaura la posibilidad de reconstruir y habilitar-habitar- lugares. Los diferentes abordajes en la primera infancia, pueden seccionar un recorte del individuo a asistir, olvidando que el niñ@ pequeñ@ conforma una parte esencial de una relación vincular en el seno de su familia.

“La voz, desde el grito, desaloja al niño de la confusión con su cuerpo y lo hace habitar la relación” (Janine Abécassis, 2004).

The word and the word forming a subject: experience from PESCCA

Authors: Fga Lic. Norma Massara, Lic Psych. Silvina Martinez

Specialized Zonal Hospital “Dr. Noel H. Sbarra “- La Plata - Buenos Aires Province.

psicsilvinamartinez@yahoo.com.ar norma.massara @gmail.com

Comunícate conmigo: Implementación de estrategias de Comunicación Aumentativa y Alternativa en el entorno familiar para el desarrollo de la Comunicación en la población Sorda

Marta Inés Morales, Nathaly Pérez, Camilo Sánchez, Luz Nevy Sierra, Sandra Urrea

chumecalinda@yahoo.es natapeva@hotmail.com csanchez_556@hotmail.com sachicasierra@hotmail.com shanalavoe@gmail.com
Universidad Pedagógica Nacional, Departamento de Educación Especial, Facultad de Educación, Especialización en Educación Especial con Énfasis en Comunicación Aumentativa y Alternativa. Bogotá, Colombia.

La comunicación es un proceso mediante el cual los seres humanos intercambian información con una intención clara, esta permite la participación en los diferentes entornos que favorecen las relaciones sociales en los sujetos. Es decir es tan importante compartir, preguntar, saber que pasa alrededor, interactuar con los familiares, amigos, colegas y compañeros con el propósito de reconocer las acciones que se generan de forma natural o intencional día tras día y que permite a la persona su desarrollo social y cognitivo; pero qué ocurre cuando hay una afectación en estos aspectos, cuándo el sujeto por alguna razón se le dificulta comunicar, interactuar, compartir; qué sucede cuando las personas con discapacidad usan una lengua diferente. Estos aspectos son comunes en las personas Sordas. ¿Qué se sentirá tratar de expresar, preguntar, opinar, comentar en Lengua de Señas y que nadie este en la capacidad de responder en la misma lengua?

Los problemas comunicativos generan varias complicaciones en el desarrollo social de las personas Sordas, lo cual afecta su proceso de interacción, así mismo, la adquisición y construcción de conocimientos en la medida en que sus dificultades comunicativas afectan su proceso de aprendizaje, no porque la sordera también implique discapacidad cognitiva, este es una mala interpretación sobre la pérdida auditiva, en efecto, si se evidencian malos resultados educativos, pero es un hecho que se debe primero, al acceso tardío a la lengua materna y en segunda instancia al uso de un código comunicativo diferente. En el caso de las personas con discapacidad, la comunicación esta afectada, lamentablemente por el simple hecho de poseer una discapacidad, en este sentido, los procesos de interacción familiar, social y cultural se ven afectados, se crea una barrera. Desde la familia existen diversas razones que impiden el desarrollo de la comunicación, entre ellas: desconocimiento sobre la importancia de la comunicación en las personas con discapacidad, falta de reconocimiento del valor hacia el otro en términos de dignidad, autonomía, autodeterminación, calidad de vida y no aceptación de la discapacidad, entre otros.

Por lo anterior, la limitación en la participación en los diferentes entornos y actividades sociales impide el desarrollo integral del sujeto al no ser expuesto a experiencias concretas y enriquecedoras, debido a la baja

interacción y como consecuencia los procesos cognitivos se ven afectados debido a que la familia desconoce la importancia del aprendizaje de los nuevos conocimientos del mundo que los rodea. Por tanto la comunicación humana se fundamenta en la interacción como primer aspecto a considerar para el desarrollo de la comunicación y del lenguaje.

Todos los aspectos mencionados generan en la comunidad Sorda inseguridad, evidenciándose una pasiva participación e incluso en ocasiones han llegado a pensar que no tienen las mismas capacidades cognitivas, comunicativas y sociales que los oyentes. De acuerdo con la teoría de Vygotsky: “El desarrollo del lenguaje y el desarrollo de los conceptos están íntimamente relacionados; en este sentido el pensamiento requiere lenguaje y el lenguaje requiere pensamiento”, por lo que la interacción social juega un papel fundamental en el desarrollo cognitivo, tal como se ha evidenciado en el estudio de casos realizado con personas sordas (de diferentes edades, nivel educativo, entre otros parámetros) los estudiantes con mayores relaciones sociales (amigos y familiares) tienen un mejor rendimiento académico, participan de forma activa en diferentes actividades académicas, culturales y sociales, así mismo muestran un interés por comunicarse con personas oyentes. Las personas que tienen estos comportamientos se debe a que desde una temprana edad se estimulo el uso del lenguaje, como lo menciona María Eugenia Domínguez: “todo sujeto pasa por un “periodo crítico” en el cual el lenguaje está en su máxima potencialidad para discriminar, seleccionar e incorporar los datos de una lengua. Esta potencialidad se va disminuyendo al aumentar la edad, razón por la cual el niño debe conocer su primera lengua entre el nacimiento y los dos años de edad. La primera lengua es un proceso intuitivo e inconsciente, por tanto la adquisición ocurre gracias a que el niño discrimina, selecciona y hace hipótesis a partir de los datos su lengua, pero es un proceso espontáneo porque el niño hace todo esto por sí mismo sin ayudas “intencionadas”. El contacto pleno y la percepción total de una lengua natural es imprescindible para el desarrollo del lenguaje y la comunicación, ya que este desarrollo implica la conquista de aspectos personales muy importantes como la habilidad para pensar, razonar, comprender, analizar,

inferir y aprender, además de enseñarle a la persona Sorda a construir su identidad como sujeto, que puede comunicar, participar, interactuar, entre otras.

El planteamiento de este proyecto tiene como propósito capacitar a las familias de las personas Sordas para sacar el mayor provecho posible del “periodo crítico” que menciona Domínguez, por medio del uso del lenguaje corporal que reconoce el cuerpo como canal comunicativo, dicha estrategia estimula la interacción en una edad temprana, la cual se enmarca dentro de la Comunicación Aumentativa y Alternativa (CAA), que según Von Tetzchner y Harald Martinsen, “la CAA en una forma de comunicación distinta al habla, que ayudan a potenciarla o sustituirla cuando el sujeto tiene grave compromiso para comunicarse como lo hace el común de la gente”. En esta medida, para favorecer el desarrollo comunicativo de la persona Sorda, se plantea una atención temprana que cubra estas necesidades desde la primera infancia que ofrezca herramientas que posibiliten la comunicación individual y que trascienda hacia una comunidad que haga participe a sus miembros sin importar su condición. Esta propuesta busca generar acciones inmediatas que fortalezcan el desarrollo comunicativo no solo de la persona Sorda, de quienes están involucrados directamente, en este caso la familia, para que sea participe también del aprendizaje de las nuevas formas comunicativas del niño. En efecto se propician interacciones en entornos naturales para que la persona Sorda se empodere de herramientas que le permitan ser consciente de sus capacidades cognitivas, afectivas, sociales, físicas y comunicativas que motiven una participación activa en una sociedad mayoritariamente oyente. Reconociendo que el funcionamiento de las sociedades humanas se hace gracias a la comunicación, no vista esta como la transmisión de mensajes, sino como un medio para acceder al conocimiento, al aprendizaje y a la cultura, se hace indispensable expresar una emoción, un sentimiento, la transmisión de una necesidad, pero aún más, comunicar cada forma de entender el mundo, desde diferentes formas de pensar y de actuar. Para comprender la realidad comunicativa de las personas Sordas se toma en cuenta dos del total de las entrevistas realizadas a los estudiantes Sordos, una de las características es que son hijas de padres oyentes. Se seleccionaron estas porque apoya los planteamientos anteriores; se quiere dar a conocer el contraste entre de las personas:

	ESTUDIANTE 1 Nubia S	ESTUDIANTE 2 Maricela C
¿Cómo es su relación familiar?	“Es muy difícil, que te puedo decir mi mamá casi no me presta atención, casi no me ayuda, pues falta como más interés en los sordos por parte de ella, pero es algo que yo respeto, de todas maneras me trata de ayudar, por más que trato de acercarme a ella no recibo la atención de ella y eso genera una serie de problemas... con mis hermanos pues es una relación normal, obviamente jugamos y también molestamos entre nosotros”	“Es muy buena hay bastante comunicación, y de hecho me entienden”
¿Tiene amigos oyentes?	“Solo de saludo, amigos sordos si tengo, y en el colegio pues a algunos sordos los considero mis amigos” Pero adicionalmente expresé tener un bajo rendimiento académico, debido a la poca comunicación con los profesores	“Sí, tengo muchos amigos oyentes”
¿Cómo es su relación con los amigos?	“Es muy poca la relación que tengo con ellos, realmente están muy ocupados, no pueden ir a mi casa”	“Muy buena, de hecho tengo muchos amigos y los amo bastante, y amigos sordos”.

Con esta muestra de los tantos casos estudiados, se observan las grandes diferencias entre las interacciones familiares y sociales y se ven directamente relacionadas con el desempeño académico, es decir la estudiante 2 participa de diferentes actividades, es autónoma, es muy sociable y su actitud en general es dinámica. Mientras que la estudiante 1, por sus dificultades comunicativas muestra una pasividad en diferentes situaciones, ella misma manifiesta que por la falta de intercambios comunicativos con los actores de la comunidad educativa se debe su bajo rendimiento académico, adicionalmente se observó, a pesar de sus bajas interacciones familiares una gran dependencia para tomar decisiones, absolutamente todo es mediado por la mamá. Estos son solamente dos casos que contrastan y apoyan la teoría de Vigostky: “El desarrollo del lenguaje y el desarrollo de los conceptos están íntimamente relacionados; en este sentido el pensamiento requiere lenguaje y el lenguaje requiere

pensamiento". Con el análisis del estudio de casos se va a realizar una exploración sobre la interacción familiar de algunas personas Sordas para identificar los factores que facilitan ó impiden su comunicación, así como categorizar los tipos de diadas presentes en las relaciones de la población Sorda y clasificar las interacciones que se llevan a cabo en el entorno familiar y de esta forma fomentar las interacciones a partir del uso de estrategias pedagógicas de la Comunicación Aumentativa y Alternativa para posibilitar procesos de comunicación en las personas Sordas y acceder a la primera lengua de forma natural con apoyo de las personas cercanas al Sordo que le permitan su desarrollo.

Competencia Social para un Aprendizaje Efectivo¹

Teoría de la Mente y Sordera

Lic. Elisa Nudman

Introducción

Todos sabemos las dificultades para aprender que manifiestan los alumnos

sordos. ¿A qué se deben?, ¿Son inherentes a la sordera?, ¿A características especiales de los niños sordos?, ¿A dificultades metodológicas de la enseñanza? Una posible interpretación puede ser pensada desde la Teoría de la Mente y la intersubjetividad.

Intersubjetividad y Teoría de la Mente (ToMM)

El niño adquiere el conocimiento acerca de la naturaleza de las personas a través de las relaciones afectivas interpersonales. Es la implicación intersubjetiva— para la que está biológicamente predispuesto— la que le permite la comprensión de la naturaleza subjetiva. (Hobson en Valdez, 2011). La ToMM fue inicialmente definida como la habilidad de considerar la mente humana como generador de representaciones, pero actualmente es presentada como la piedra angular de las interacciones sociales porque se corresponde con desarrollar la toma de conciencia de cómo los estados mentales (creencias, deseos, sentimientos, etc.) gobiernan tanto la conducta propia como la de los demás. En las investigaciones sobre ToMM, la “teoría” es la que el niño desarrolla sobre las mentes humanas, y va desde algo simplemente parecido a un “espejo de la realidad” a una teoría adulta y madura, similar a que la “mente está basada en representaciones mentales”. (Courtin, Merlot, Corroyer, 2008). La naturaleza y función de la ToMM lleva a ponderar la importancia en el desarrollo subjetivo de las competencias más cálidas de la cognición (una forma de vincularse con el mundo) (Valdez, 2011), que también están consideradas dentro de las funciones ejecutivas. Una ToMM madura le va a permitir al niño interpretar las acciones humanas de manera mental reconociendo que las personas tienen pensamientos y creencias sobre el mundo real y que actúan, no en base a como las cosas son, sino en base a sus creencias.

(Courtin, Merlot, Corroyer, 2008). La capacidad mentalista se va adquiriendo de manera progresiva acorde con el desarrollo del niño. Como no es algo observable ni medible, se han creado una serie de pruebas que permiten saber en que nivel se encuentra cada niño en un momento determinado. Al ser una estructura compleja y multidimensional su evaluación no puede, ni debe, ser reducida a una prueba única y aislada. De la prueba inicial clásica de falsa creencia de Wimmer y Perner (1983), Wellman y Liu (2004) construyeron una escala de cinco tareas que permite dar cuenta de una adquisición progresiva de conceptos mentalistas: 1.

1. Síntesis del trabajo final presentado en la Diplomatura de Autismo y Síndrome de Asperger 2010-2011. Universidad de Belgrano Comprensión de deseos,
2. Comprensión de creencias, 3. Comprensión de acceso al conocimiento,
4. Comprensión de falsa creencia,
5. Comprensión de emociones reales y aparentes. Paralelamente, a partir de un estudio con niños autistas Tager-Flusberg (2003) presentó una batería de diez tareas que permite evaluar con un mayor detalle cuál es la competencia mentalista del niño: 1. Simulación: la tarea evalúa la capacidad de utilizar una muñeca en un escenario de ficción, 2. Deseo: la tarea evalúa la capacidad de predecir acciones basadas en los estados de deseo de un personaje, 3. Percepción/conocimiento: la tarea evalúa la capacidad de inferir conocimiento a partir de claves perceptivas, 4. Falsa creencia (cambio de lugar): evaluar conocimiento, predicción y justificación, 5. Falsa creencia (contenidos inesperados): se les muestra a los niños envases familiares que contienen objetos insólitos, 6. Esconder una figurita: se evalúa la habilidad del niño de esconder una figurita, engañando al experimentador, 7. Falsa creencia de segundo orden: se evalúa la capacidad del niño para juzgar lo que X piensa/sabe acerca de lo que Y piensa/sabe, 8. Mentiras y chistes: se evalúa la capacidad del niño para distinguir entre mentiras y chistes irónicos (sarcasmos), 9. Rasgos: se evalúa la capacidad del niño de juzgar rasgos de la personalidad de un personaje en una situación determinada, 10. Compromiso moral: se pide al niño que realice un juicio moral y lo justifique a partir de una breve historia con personajes. En general, la mayoría de los niños logran adquirir capacidad mentalista entre los 3 y los 6 años de edad (Valdez, 2011).

Alteraciones en la Intersubjetividad y ToMM en los Trastornos del Espectro Autista

¿Que pasa en los niños con autismo? La primer solución cognitiva “completa” explicada como déficit central del autismo se dio en los '80, al plantear que tenían una ausencia o déficit en acceder a una la ToMM, una especie de ceguera mental o mindblindness (Nuñez, 2011). Podría haber sido tentador y útil encontrar una causa común a las dificultades del autismo pero esta explicación es inconsistente por múltiples motivos: 1. Los niños autistas pueden resolver tarea con fotos falsas pero no falsa creencia, 2. Existe un desfase en los niños normales entre juego de ficción (2 años) y comprensión de falsa creencia (4 años), 3. Hay un porcentaje de niños con autismo que pasan tarea de falsa creencia de pequeños, y este porcentaje se incrementa a medida que son mayores. Se

pasa entonces de la hipótesis de una ausencia o déficit a una de retraso en la activación de los mecanismos cognitivos de ToMM, 4. En los primeros estudios de los '90 se habla de déficit de ToMM en niños sordos, igual que en los niños autistas, pero luego se pasa también a una explicación de retraso en la adquisición debido a las dificultades producto de la falla en la comunicación temprana, 5. Existen otras pruebas que miden mentalismo y bases de cognición social en personas adultas con autismo que también dan cuenta de un procesamiento atípico de aspectos mentalistas. Se cae la propuesta de considerar al déficit de la lectura de la mente como único déficit cognitivo para explicar el autismo.

¿Qué dificultades comparten los niños sordos con los niños autistas? Ambos grupos de niños presentan dificultades en sus vínculos tempranos que repercuten tanto en los problemas de comunicación como en los de socialización. Ambos grupos presentan dificultades en el desarrollo de la ToMM y en desarrollo de las funciones ejecutivas. ¿En que se diferencian?

Retraso en ToMM de Niños Sordos

Desde hace años se considera a la ToMM un state of the arts en niños sordos ya que un buen desarrollo de la misma es esencial para poder acceder a aprendizajes efectivos. Muchas veces la ToMM que los niños sordos presentan no es la que los docentes esperan o proponen. Los niños sordos adquieren la ToMM de manera diferente que los oyentes, ni peor ni mejor, solo diferente, ya que están profundamente limitados en sus intercambios interpersonales tempranos, a menos que tengan un acceso temprano a un lenguaje realmente efectivo. Desde hace años muchas investigaciones dan cuenta de las diferencias en el desarrollo de la ToMM en niños sordos. En ellas observan contrastes significativos entre señantes nativos (2º generación) con señantes tardíos y/o niños sordos oralizados, no se observan diferencias entre niños sordos oralizados equipados con audífonos o con implante coclear. (Courtin, Merlot, Corroyer, 2008)

En un estudio comparativo de varias investigaciones publicadas sobre la temática Quintana García (2004) organiza las conclusiones en torno a dos apartados, uno dedicado a la descripción del desarrollo de la ToMM en sujetos sordos y otro destinado al análisis de las variables que explican este desarrollo en la población sorda.

Desde lo puramente descriptivo podemos puntuar que: 1. Se pasa del déficit al retraso, 2. No en los hijos de padres sordos, 3. Retraso variable. 4. Más dificultad en la comprensión de falsas creencias que en la de emociones y deseos. 5. El efecto de los métodos de comunicación. Todas estas descripciones sobre el retraso en la adquisición de ToMM por parte de los niños sordos pueden explicarse desde diversas hipótesis: 1. La hipótesis conversacional, 2. La hipótesis lingüística, 3. Problemas metodológicos. La pregunta a la que podemos arribar es: ¿hay retraso en la adquisición de la ToMM en niños sordos o simplemente

ellos tienen una forma diferente de pensar la mente que se corresponde con la edad en logran su primer lenguaje efectivo? (Courtin, Merlot, Corroyer, 2008)

Estrategias de Intervención

Nombrar y describir emociones puede ser difícil a cualquier edad, en el caso de los niños y jóvenes sordos no quiere decir que no las perciban. Solo que no las pueden nombrar, ya que no las aprenden de manera casual de sus familias o del entorno.

Perciben las expresiones pero no pueden ligarlas al nombre de la emoción, luego pueden manifestar grandes confusiones y limitarlas solo a lo que pueden describir. Los niños sordos pequeños registran las expresiones faciales más que el discurso que los acompaña, Sin una explicación de las expresiones, no las pueden entender, ni llegan a entender el contexto de las mismas. Los niños sordos necesitan que les enseñen vocabulario sobre emociones. La posibilidad de tener acceso a un vocabulario amplio sobre emociones, sentimientos y creencias, aunque está amplitud de matices sea más limitada en lengua de señas, permitirá mejorar los problemas de conducta frecuentes en las aulas y posibilitará un mejor acceso al aprendizaje. La LSA (Lengua de Señas Argentina) presenta una variedad muy acotada en relación a los verbos mentales y/o emocionales. La mayoría de los niños sordos, sobre todo pequeños, solo pueden dar cuenta de dos o tres emociones hasta casi los 6/7 años. Les resulta muy difícil entender los verbos mentales sin una explicación al respecto Teniendo en cuenta las dificultades en la expresión lingüística con una limitación muy marcada en relación a la posibilidad de nombrar emociones, nos encontramos con niños sordos que no pueden dar cuenta ni de lo que sienten ni de lo que registran que siente el entorno. Cuando los niños se enfrentan al aprendizaje escolar sin algunas destrezas sociales y emocionales, están en una situación desfavorable para poder aprender y pueden tener dificultades en todos sus años de escolaridad (Valmaseda Belanzategui). Es necesario planificar entonces, el abordaje de la "educación emocional" dentro de la currícula escolar. Alfabetización emocional, término acuñado por Steiner (Steiner y Perry, 1997) ampliamente utilizado en U.K, alude a la habilidad que tenemos las personas para reconocer, comprender, expresar de forma socialmente adecuada y manejar nuestras propias emociones así como reconocer, comprender y responder de manera apropiada a las emociones expresadas por los demás. Utilizando el símil de la alfabetización lectora, una persona alfabetizada emocionalmente es capaz de leer o decodificar signos y símbolos: signos fisiológicos, expresiones faciales y otros elementos no verbales de la comunicación y de las situaciones interpersonales. Puede también crear hipótesis acerca del significado de la situación empleando distintos tipos de estrategias. Tanto la alfabetización lectora como la emocional pueden ser enseñadas, enseñanza que, en algunos casos deberá ser adaptada o adecuada a las necesidades específicas que puedan

plantear algunos alumnos. Los niños y jóvenes sordos pueden tener dificultades para desarrollar una buena competencia social, presentan dificultades para controlar sus impulsos para desarrollar un adecuado concepto y autoestima, para reconocer y expresar emociones y sentimientos, para desarrollar empatía, para evaluar afectos o emociones que resultan de ciertos actos o, para establecer procesos de atribución de causa entre ciertos acontecimientos. Las características más frecuentemente adjudicadas a los niños y jóvenes sordos son: mayor impulsividad, egocentrismo, inmadurez social y pobre autoconcepto (Valmaseda Belanzategui). Un buen número de alumnos sordos parece tener dificultades para organizar y regular la conducta, tolerar la frustración, para sublimar los impulsos agresivos y expresarlos de forma socialmente aceptable utilizando para todo ello energía intelectual, es decir, pensando. La competencia social, es decir la capacidad de describir emociones y ampliar la capacidad del registro de si y de otros, va a permitir un mejor desarrollo personal y la emergencia de autoestima y autoconciencia. Es difícil tener buenas habilidades sociales y un adecuado equilibrio personal si no se tienen ricas y variadas experiencias sociales, si no se comprende más que muy ocasionalmente lo que sucede a nuestro alrededor, si no se dispone más que de un vocabulario limitado para expresar y comprender pensamientos y sentimientos, si se tiene la sensación de ser menos capaz e inferior a los otros y si se necesita siempre del otro para resolver dificultades. Muchos niños sordos no han sido enseñados y, por tanto, no han aprendido como aprovechar las habilidades lingüísticas y cognitivas para comprender y resolver tanto las experiencias como las dificultades interpersonales e intrapersonales, en definitiva no han contado con las adecuadas oportunidades educativas. La escuela debe educar emocionalmente, lo que significa plantear en la escuela situaciones de vida y crear a su vez un clima humano que facilite la conversión de las vivencias en aprendizajes. Para ello resulta imprescindible que los maestros, pero también la escuela, en su conjunto revise sus competencias emocionales y sus competencias para educar emocionalmente a sus alumnos (Valmaseda Belanzategui) y permitirles lograr el desarrollo de una ToMM madura.

Hay varios programas que se utilizan para estimular el registro de emociones, deseos y creencias por parte de niños autistas, uno de los cuales es Enseñar a los niños autistas a comprender a los demás (Howlin, Baron -Cohen y Hadwin, 2006) y Mind Reading (The interactive guide to emotions) (Baron-Cohen, 2007). También hay oferta de programas para estimular el registro en niños sordos que han sido probados con éxito en varios países, pero que aún no han sido utilizados con niños de nuestro país, entre ellos el PATHS (Providing Alternative Thinking Strategies) (Greenberg y Kusche,1993), el Programa de Competencia Social (Segura et al, 1997) y School- Emotional-Environment for Learning Survey (www.antidote.org.uk).

Comentarios Finales

Para cualquier niño la ToMM es la base de la cognición social que da cuenta de la organización de los procesos intersubjetivos. Si la adquisición de estos procesos se dificulta debido a una pobre organización de la ToMM, nos encontramos ante sujetos con una pobre autoconciencia necesaria para cualquier proceso de aprendizaje. El retraso en la adquisición de la ToMM depende tanto del intercambio con otros, como del nivel de lenguaje, sin los cuales no hay posibilidad de lograr un desarrollo social adecuado. Es en la medida que ToMM se desarrolle que un niño, va a conseguir buenos vínculos sociales y competencia intelectual. En el caso de los niños sordos los docentes deben estar advertidos de la particularidad en el retraso de la adquisición de una ToMM madura. Los docentes de niños sordos necesitan recibir información y formación sobre las particularidades de la ToMM y de su retraso en la adquisición por parte de sus alumnos sordos para poder adecuar contenidos pedagógicos que no los frustren tanto a ellos como a sus alumnos. Para que los niños, portadores de una disminución sensorial severa, como es el caso de la hipoacusia profunda neurosensorial, puedan adquirir una buena integración necesitan una lengua facilitada desde el inicio de sus vidas que les permita acceder a contactos directos con su medio. Si tener que aprender la lengua del entorno es lo que posibilita el desarrollo social, y ésta tiene que estar mediatizada o intermediada por otros que los interpreten, sean profesionales o docentes, es imposible que puedan lograr el desarrollo intersubjetivo que les permita lograr un buen desarrollo de ToMM. Llegar a ser adultos seguros y socialmente integrados es consecuencia de lograr competencia mentalista que les permita transitar efectivamente su proceso de aprendizaje pedagógico.

Bibliografía Citada:

- Baron-Cohen S. Mindblindness. An essay on autism and theory of mind. The MIT Press, 1997
- Baron-Cohen S. Mind Reading (the interactive guide to emotions) University of Cambridge, Jessica Kingsley Publishers, 2007.
- Courtin C., The impact of Sign Language on the Cognitive Development of Deaf Children: The case of Theories of Mind. Journal of Deaf Studies and Deaf Education, 5:3 Summer 2000 (266-276)
- Courtin C., Merlot A.M., Corroyer D., Achieving Efficient Learning, en Marschark M and Hauser P. Deaf Cognition. Oxford. 2008.
- Figueras-Costa B. y Harris P., Theory of Mind Development in Deaf Children. A Nonverbal Test of False-Belief Understanding. Journal of Deaf Studies and Deaf Education, 6:2 Spring 2001 (92-102)
- Figueras-Costa B., Edwards L. y Langdon D. Executive Function and Language in Deaf Children. Journal of Deaf Studies and Deaf Education, 13:3 Summer 2008 (362-377)
- Greenberg M.T., Educational interventions: prevention and promoting of competence en






































- Hindley P. y Kitson N. Mental Health an Deafness. London. Whurr Publishers. 2000
- Hindley P., Child and Adolescent Psychiatry en Hindley P. y Kitson N. Mental Health an Deafness. London. Whurr Publishers. 2000
 - Jackson L., Language Facility and Theory of Mind Development in Deaf Children. Journal of Deaf Studies and Deaf Education, 6:3 Summer 2001 (161-176)
 - Howlin P., Baron-Cohen S., y Hadwin J., Enseñar a los niños autistas a comprender a los demás. Guía práctica para educadores. Ediciones Ceac. 2006
 - Lomas G., Feelings: teaching young students how to describe their emotions. Laurent Clerc National Deaf Educational Center. Gallaudet University, Washington, D.C. Odyssey 2006-2007.
 - Lundy J.E. Age and Language Skills of Deaf Children in Relation to Theory of Mind Development. Journal of Deaf Studies and Deaf Education, 7:1 Winter 2002 (41-56)
 - Lundy J.E., Develop a theory of mind. Laurent Clerc National Deaf Educational Center. Gallaudet University, Washington, D.C. Odyssey. Winter 2003.
 - Marchesi A., Alonso P., Paniagua G. y Valmaseda M. Desarrollo del Lenguaje y del Juego Simbólico en Niños Sordos Profundos. CIDE España. 1995
 - Marschark, M. Psychological development of deaf children. New York: Oxford University Press. 1993
 - Nuñez M., Autismo y cognición social: ¿hacia una explicación del enigma veinte años después? en Valdez, D. Ruggieri V. Autismo. Del diagnóstico al tratamiento. Paidós. 2011
 - Quintana García I., Deficiencia auditiva y Teoría de la Mente. Un estudio de las variables que influyen en la comprensión de falsa creencia en niños y adolescentes sordos. Tesis doctoral,. Universidad de Malaga. España. 2004
 - Riviere A. Teoría de la mente y metarepresentación en Chacon P. y Rodriguez M. Pensando la mente. Perspectivas en Filosofía y psicología. Madrid: Biblioteca Nueva. 2000 (271-324)
 - Valdez D., Necesidades educativas especiales en trastornos del desarrollo. Aique. 2007
 - Valdez D., Ayudas para aprender. Paidós. 2009
 - Valdez D., Teoría de la mente, inteligencia emocional y espectro autista en Valdez, D. Ruggieri V. Autismo. Del diagnóstico al tratamiento. Paidós. 2011
 - Valmaseda Belanzategui M., La alfabetización de los alumnos sordos. Revista Latinoamericana de Educación Inclusiva
 - Valmaseda Belanzategui M., El desarrollo socio emocional de los niños sordos. Intervención desde la escuela en Dominguez A.B. y Alonso P. La educación de los alumnos sordos hoy. Perspectivas y respuestas educativas. Malaga. Ed. Aljibe. 2004
 - Valmaseda Belanzategui M., Interacción, desarrollo social y características de personalidad del niño sordo en Marchesi A., El desarrollo cognitivo y lingüístico de los niños sordos. Alianza Ed. 1987
 - Wolfe T., Want S. y Siegal M., Signposts to development: Theory of Mind in Deaf Children. Child Development May/June 2002 73:3 (768-778)

Lingüística en Lengua de señas.

Dr. Alejandro Oviedo

Este taller está dirigido a personas no familiarizadas con la descripción lingüística de las lenguas de señas de los sordos. Con el propósito de hacer una breve introducción a los métodos de trabajo de esta disciplina, se abordarán un aspecto teórico de gran potencia explicativa: el análisis formal interno de las señas. Este aspecto será ilustrado con ejemplos escogidos de la lengua de señas de Costa Rica, que serán comparados con el esquema de análisis segmental del español. Los ejemplos facilitarán la comprensión del aspecto teórico y permitirán a los asistentes realizar por sí mismos algunos breves ejercicios de análisis.

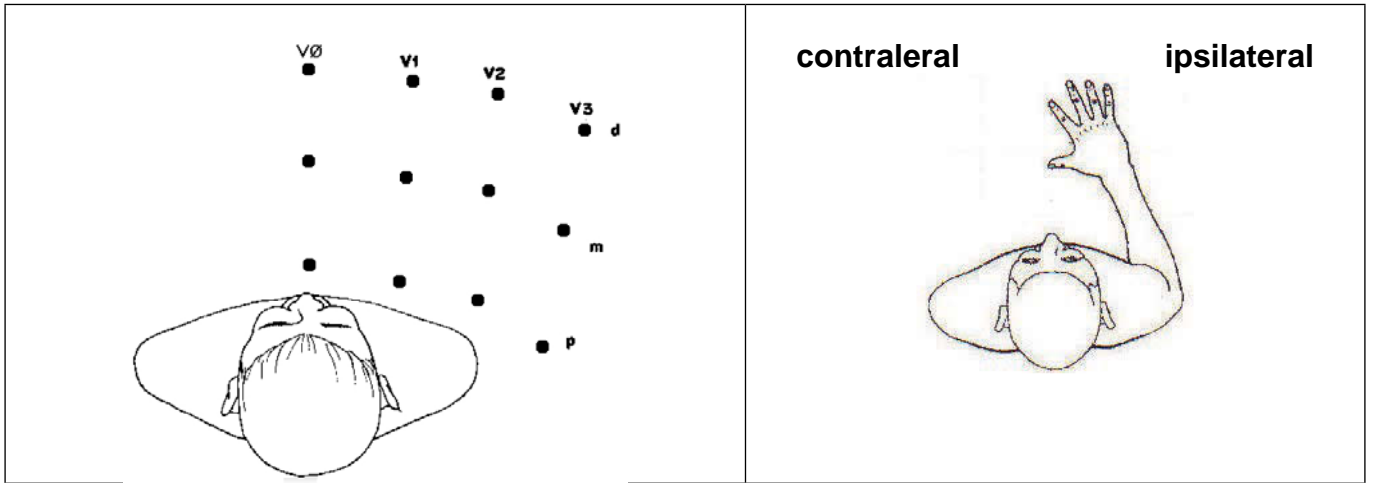
1. Presentación del esquema de análisis secuencial (Detenciones, Movimientos y Transiciones)
2. Listas de elementos formales mínimos
 - La forma de la mano
 - La orientación
 - La locación
 - El contorno de movimiento
 - Ejercicios de análisis

	B		C		CH		D		E		F		G-Q		H/U		I		
	K/P		L		M		N		O		R		S		T		V		W
	X		Y		1		3		4		5		6		7		8		9
	10		Bb		Cb		Ob		Xb		Yb				antebrazo		relajado		

Símbolos básicos para la notación del parámetro FM

^	V	<	>	⊥	T	x / y
(palma) hacia arriba	(palma) hacia abajo	(palma) hacia la izquierda	(palma) hacia la derecha	(palma) hacia delante	(palma) hacia atrás	Palma / metacarpos

Esquemas para representar el parámetro LOC



Límites: el impacto del diagnóstico; dificultades en la autorregulación del accionar del niño sordo frente a los límites.

Lic. Silvana Pelandi

El impacto del diagnóstico de sordera, trae aparejado que hasta el momento el niño era un niño sano al igual que sus posibles hermanos para inesperadamente dejar de serlo, se produce el duelo; de aquel hijo deseado de perfección por el hijo real discapacitado, la familia necesita reorganizarse.

Ejemplo: Cristian de 7 años asiste a la primera entrevista en la cual la madre dice: “pega, no deja de hacer berrinche, patear, no le puedo poner límites”.

Comenta la mamá que el niño era un bebé tranquilo, aquel niño dormilón, que evidentemente, luego dejó de serlo y pasó a ser objeto de estudio de los diferentes médicos que rectificaban el diagnóstico: “su hijo es sordo, pero no se preocupe” fue lo que la madre escuchó en reiteradas oportunidades.

Al preguntarle a la madre ¿qué sintió usted al escuchar el diagnóstico de hipoacusia? responde que no sabía de que le hablaban, surge el silencio y la angustia a través del llanto. Solo empezaron los 10 mandamientos en hacer todo

Pero... ¿Solo hay que hacer?

Al nacer un niño sordo en una familia de oyentes se produce una herida narcisista en los padres; por lo tanto es importante la intervención de los médicos en la enunciación del diagnóstico y en una posible derivación para orientar a los padres en un espacio en que se le permita elaborar el duelo del niño esperado y la aceptación de la nueva realidad.

La madre de Cristian hacía todo, menos hacer vínculo con su hijo. De esa manera se hace y no se siente el dolor del duelo, se quiebra el vínculo y se produce el silencio mortífero que va más allá de las palabras y en donde mueren las miradas que le permiten al niño verse en esa madre

Los padres oyentes le brindan a su hijo la lengua materna en la Argentina es el castellano, es aquello que fue adquirido por ellos mismos en el seno familiar; pero ante la llegada de un hijo sordo se rompe la armonía conseguida hasta entonces y, no puede quedar envuelto en la sonoridad materna, por lo tanto esa lengua que les permitiría ser sujetos pensantes no los puede envolver pero entonces como se puede hablar de lo acontecido, entonces, no se le habla.

El lenguaje es el elemento simbólico más elaborado que tiene el hombre, el lenguaje nos brinda la capacidad de transmitir al otro, que se expresa a través de la lengua oral, escrita, o lengua de señas, lo importante es lograr comprender todo el ordenamiento que la lengua tiene, su sintaxis, sus leyes, la cultura que lo sostiene.

Existe un mecanismo innato de adquisición del lenguaje siempre en cuando este la presencia de otro que le facilite, le promueva esto que es innato, un proceso de negociación; hacer uso del lenguaje para algo, para otro, porque existe una intencionalidad y es el adulto en la interacción con el niño que se lo facilita.

A menudo como el caso clínico mencionado aparecen los niños sin límites, pero el interrogante es como poner en palabras lo vivido lo acontecido, lo traumático sin las palabras, sin las miradas....

Es necesario poner límites ya que estos posibilitan la constitución del niño, del sujeto en desarrollo, orientándolo a la discriminación de lo que se puede hacer y como. Da sentido, nos ordena y orienta socioculturalmente.

Nos brinda herramienta para el auto cuidado
Los límites deben ser dados con seguridad, cálidos y organizados. El límite debe tener una correlación temporal entre el accionar realizado y su aplicación, debe ser posible de cumplir.

Una persona tiene una identidad definida cuando sabe quién NO es y quién ES, cuando sabe lo que siente, sus emociones, su pensar y lo que quiere; de este modo puede delimitar lo que no piensa, lo que no siente y lo que no le gusta, lo que no puede y lo que no debe. Saber quién es, lo diferencia de los otros.

Esto le permite tener conciencia de su identidad, le permite reconocerse.

Los límites restringen el deseo, distinguiendo la realidad de la fantasía.

Pero la función positiva de los mismos nos dice lo que se es, y establece quiénes somos ante los otros.

Los límites NOS EDUCAN: ya que la realidad nos limita.

La realidad no es negociable, ni adaptable a nuestro placer como los niños o los adolescentes pretenden desde su pensamiento mágico y egocéntrico.

En la vida en sociedad dentro de la cultura a la que pertenecemos se nos presentan barreras, NO que en realidad nos permiten aprender a controlar los propios impulsos.

De esta manera se permite tener tolerancia a la frustración, fundamental característica de una personalidad madura. Cuando los padres dicen: “basta” o “se termino”, “no hay mas” esta representando lo real, anticipándolo a lo que luego experimentar.

Los límites son educativos porque nos ayudan a salir nuestro narcisismo y a prepararnos para amar. Reconocer el deseo del otro es uno de los rasgos más importantes de madurez.

La función del límite es poner fin a las fantasías de omnipotencia “quiero, quiero, quiero todo yaaaaaaa!!!!” Al permanecer en un estado de ilimitación, de satisfacción espontánea de sus continuas demandas, nunca podrá llegar a la madurez humana.

Esto, en los niños sordos, esta “falta de límites”, la impulsividad, se debe a la incapacidad del niño de expresarse mediante un medio lingüístico adecuado, estos comportamientos sedan cuando padres e hijos no hacen uso de una comunicación, valiéndose de todos los medios de comunicación pasibles que permitan el decir el sentir y la anticipación de los acontecimientos.

La enseñanza de literatura a estudiantes sordos desde una propuesta pedagógica bilingüe y bicultural

Profesora de Literatura e Intérprete de LSU María Cecilia Pérez Perera

Montevideo, Uruguay

cperezperera@gmail.com

A pesar de los lineamientos teóricos de los programas oficiales que comienzan a denominarse “bilingües” y “biculturales”, los cambios en las prácticas requieren otros tiempos para efectivizarse. La perspectiva que prioriza el déficit de los sujetos sordos ha tenido una fuerte influencia desde el discurso médico y ha dejado sus marcas dada la tradición oralista que ha caracterizado a la educación de las personas sordas en nuestro país hasta fines de los años 80. Pese al discurso imperante, la investigación realizada en el Liceo N° 32 por Peluso (2010) evidencia que: “gran parte de los docentes asumió un discurso audiológico y muchas veces de la discapacidad o de las dificultades de aprendizaje. ¿Los ven como discapacitados o como hablantes de otra lengua? Probablemente en los docentes conviven ambas posturas y esto es parte de las características de las interacciones interculturales que ocurren en el liceo y que posiblemente pauten decisiones en el terreno didáctico y pedagógico.” (2006: 116).

Es así que las contradicciones emergen, y el discurso de la educación bilingüe bicultural no logra implementarse en las prácticas de aula: permanece la jerarquización de la evaluación escrita; la cultura sorda no logra integrarse a través de contenidos curriculares y la lengua de señas se convierte en una herramienta compensatoria que ayuda al docente a acercar la asignatura en la lengua de sus alumnos. La introducción de la lengua de señas como lengua de enseñanza no garantiza la implementación de una enseñanza bicultural. Para ello es imprescindible la creación de propuestas didácticas que reflejen la apropiación de una concepción de enseñanza bilingüe y efectivamente bicultural para los sordos. Los docentes, en tanto integrantes de la cultura oyente mayoritaria, manifestamos las representaciones sociales de la sordera en la implementación de propuestas que intentan solucionar las necesidades áulicas que se nos imponen y, a veces, concientes de nuestras contradicciones, intentamos generar propuestas didácticas desde las creencias y teorías que adherimos.

Desde la concepción socio-antropológica de la sordera, se propone la necesidad de una enseñanza bilingüe bicultural para las personas sordas. Desde esta mirada no podemos caracterizar la educación de forma definida y terminada sino como un proceso en permanente evolución y cambio, que genera y refleja los cambios en las comunidades que participan. Entiendo relevante definir el lugar que tiene la Literatura hoy, definido como un lugar en construcción, sujeto al devenir de las comunidades y lenguas en contacto.

La particular tarea de enseñar Literatura escrita según

la propuesta programática de tercer año, a estudiantes hablantes de una lengua ágrafa presenta sus dificultades. Los estudiantes que han ingresado al liceo 32, desde que ha comenzado esta experiencia, no son usuarios competentes del español escrito. Es así que los estudiantes al ingresar al liceo se enfrentan a una doble y ardua tarea: aprender conocimientos nuevos en su lengua y al mismo tiempo deben aprender la lengua escrita en que estos conocimientos se transmiten.

Si entendemos a la Literatura como una práctica social que caracteriza a una cultura letrada su presencia en un programa bilingüe y bicultural es indiscutible. Desde esta mirada, la Literatura se ubica como un conocimiento perteneciente a la cultura oyente, mayoritaria y letrada. Los sujetos sordos son hablantes de una lengua ágrafa por lo que la Literatura no es un conocimiento compartido por las lenguas que conforman una propuesta bilingüe y bicultural para las personas sordas. En este mismo sentido el acercamiento de la Literatura a los estudiantes sordos implicaría una enseñanza de una práctica letrada, perteneciente a la cultura oyente. La enseñanza de la Literatura constituye una vía de aprendizaje de las características de la cultura mayoritaria: valores, creencias, historia, de una cultura distinta pero de la que también forman parte como integrantes de una comunidad minoritaria. Es en sí misma una inmersión en un imaginario cultural y colectivo, constituye una vía de ingreso a una práctica cultural además de la adquisición de una serie de conceptos y procedimientos necesarios para poder comprender y aprovechar materiales literarios.

Sin embargo si ampliamos la visión reduccionista de la Literatura que la sitúa exclusivamente en el plano de la escritura y que ha generado falsas fronteras entre lo escrito y lo oral, lo civilizado y lo primitivo, lo literario frente a lo “folklórico” o marginal, y un sin fin de oposiciones binarias que comienzan a disolverse porque ya no es posible construir las mismas fronteras que fueron eficaces para razonamientos dicotómicos de siglos pasados. No toda la literatura es escritura, sino que creo siguiendo al poeta y profesor Luis Bravo que la literatura es “una creación verbal de una ficción”.

Desde esta mirada la Literatura adquiere nuevas significaciones para la formación de los jóvenes sordos. La enseñanza de literatura a estudiantes sordos debe establecer vínculos entre las lenguas en contacto habilitando espacios de creación y construcción ficcional en lsu. Entiendo que la enseñanza de la Literatura en una propuestas bicultural debe considerar la posibilidad

de descubrir construcciones diferentes de categorías ficcionales así como nociones de texto no habilitadas por concepciones que reducen la literatura al uso de la letra y dan por supuesto que las obras verbales de la imaginación se transmiten exclusivamente por medio de la escritura y la lectura. La propuesta programática que propongo cada año en mis clases intenta revalorizar la enseñanza de la literatura para los estudiantes sordos atendiendo a estas dos perspectivas del lugar de la literatura que creo, deben conjugarse en una propuesta que intenta ser bilingüe y bicultural.

Dado el escaso manejo de escritura y lectura que tiene los estudiantes sordos que ingresan a tercer año de ciclo básico en el liceo N°32, su acercamiento a la Literatura sucede casi simultáneamente a la lengua escrita. Al mismo tiempo los estudiantes sordos manifiestan un rechazo hacia los textos escritos. Las experiencias positivas son escasas en relación a la lectura y escritura. En el caso de los estudiantes sordos el acercamiento a los textos literarios implica un primer contacto con otro uso de la lengua escrita, un uso placentero, de disfrute que desconocían por las representaciones negativas de la lengua escrita y de su experiencia siempre vinculada al fracaso y al ámbito institucional escolar. Los estudiantes sordos que tienen por primera vez Literatura en tercer año asocian la noción de "cuento" exclusivamente con narraciones infantiles exclusivamente quizás porque fueron sus únicos acercamientos a textos escritos o sus únicas experiencias de narración. Es a través de la creación de un nuevo vínculo con el texto escrito desde donde intento acercar la Literatura a los estudiantes sordos. La atención a la lengua y a su valor literario queda relegada, pero no descartada, para poder reconstruir un vínculo con el texto escrito que les sea gratificante.

Es necesario primero construir un interés hacia el texto literario a través del disfrute y del placer hacia lo ficcional que manifiestan estos estudiantes, para luego acercar "lo literario" que diferencia a estos textos de otros. Desde mi práctica como docente de Literatura me propongo la reconstrucción de ese vínculo a través de la narración en Lsu de historias "de esas que están escritas" como ellos las llaman, intentando generar la curiosidad hacia la construcción de lo ficcional. Pese a que sé que muchos de ustedes pensarán que eso es alejarlos de Literatura, considero que al contrario, la narración en Lsu de los textos escritos instaura el placer hacia lo ficcional escrito. Narrar en Lsu un texto escrito exige un profundo conocimiento del texto, de las imágenes, de su estructura, de las técnicas usadas por el narrador para generar expectativa, etc. No es una lectura bimodal, tampoco es una interpretación libre de mi lectura. Es un acto de traducción de una lengua a otra. Interpreto a mis estudiantes los textos escritos por narradores uruguayos que ellos en una segunda instancia leerán. El contacto con el texto escrito siempre es un rastreo de información pero también de imágenes visuales, olfativas, táctiles y auditivas. De metáforas y comparaciones que son descubiertas como estilizaciones del lenguaje.

En la búsqueda de reconstrucción de un vínculo placentero con la escritura comienzo a observar la ausencia del concepto de ficción literaria escrita en los estudiantes sordos. Los estudiantes sordos parecieran entender lo ficcional en el cine, en la tv, pero no desde el texto escrito, no desde el texto en español. Para ellos el texto escrito es siempre "trabajo", "deberes", "difícil". Evidenciar esta ausencia de experiencia hacia la ficción escrita me ha llevado a indagar en la creación en Lsu y a la búsqueda de narraciones ficcionales en Lsu. Desde una perspectiva bilingüe bicultural importa saber cómo se vinculan las lenguas implicadas para la apropiación de aquellos conceptos que "parecieran" tener otra construcción en la lengua primera y minoritaria, en este caso la Lsu.

En cualquier acto de acercamiento al texto literario; dos son los presupuestos que deben ser tomados en cuenta: la función estética del texto literario y la ficcionalidad del mismo. El discurso literario es caracterizado como un discurso connotativo, ficcional, plurívoco, autorreferencial, donde predomina la función poética del lenguaje, el trabajo intertextual y el recurso a figuras y tropos verbales. Al mismo tiempo la literatura no representa la realidad sino basa su realidad a través de las palabras; construye su mundo con sus leyes, personajes, espacios, tiempos y sus historias; crea un mundo verosímil o posible con sus diferentes categorías ficcionales.

Del registro de mis observaciones en las instancias de narración en Lsu he percibido que la noción de universo diegético les resulta inverosímil. Preguntas tales como: "¿Es verdad o mentira?" "¿y qué pasó después?" "¿Y por qué era así tal personaje?" "¿Qué había pasado antes?" "¿Cómo se conocieron los personajes?" "¿El autor cuál es? ¿Cómo sabe todo eso?" "¿Sólo los nombres son inventados? ¿El personaje era su hijo?" "¿Todo eso que contaste está ahí? ¿Lo inventaste tú?" "¿Y el narrador quién es? ¿Los personajes saben lo que él está contando? ¿Si no es verdad por qué miente?" Todas estas preguntas que transcribo a modo de ejemplo nos sumergen en la dificultad de acercar categorías ficcionales como narrador o personaje desde un concepto de ficción que sea esclarecedor. Traducir este concepto a la lengua de señas no es posible desde idea de ficción como algo falso o algo que no es verdad. La noción de mundos ficcionales definida por Saganogo como "categoría superior, la más globalizadora que contiene las entidades ficcionales: los personajes, los acontecimientos y los objetos" (Saganogo 2007: 55). Define a estos mundos como paralelos al mundo real y construido dentro de los textos literarios. Siguiendo a Saganogo (2007) los mundos ficcionales son penetrables desde el mundo real, se penetra en aquellos mundos partiendo de lo real hasta las entidades posibles no reales mediante canales semióticos (a través de los signos) e informaciones de mundo real (la cultura). La experiencia de creación de mundos ficcionales en su lengua son instancias significativas para comprender por ejemplo, la función del narrador en la creación de la narración de un mundo posible, la noción de relato o entender la importancia de una estructura narrativa.

Este contacto con lo ficcional es el que parece tener particularidades en los estudiantes sordos que lo diferencia del sitio desde el que contacta con la literatura un estudiantes oyente. No debemos olvidar que los estudiantes sordos que cursan tercer año tienen una ausencia de práctica de lectura, por las dificultades que han tenido para aprender el español escrito y además porque son sujetos a los que no se les ha leído de niños, no se les ha contado historias imaginarias de esas que están escritas. Sospecho que tampoco se le han contado historias ficcionales en Lsu. El contacto con lo ficcional literario pareciera ser un indicador de las diferencias culturales entre sordos y oyentes. Indagar acerca de su vínculo con lo ficcional en su propia lengua es un asunto esencial para acercar la literatura escrita desde un sitio más significativo. Incursionar en las formas de construcción de lo ficcional en Lsu, así como promover la búsqueda, identificación y o creación de estructuras de lengua en su lengua primera debe ser asunto de una propuesta de enseñanza de Literatura en un proyecto bilingüe y bicultural.

Bibliografía

- Behares, L., Massone, M. Y M. Curiel (1990). El discurso pedagógico de la educación del Sordo. Construcciones de saber y relaciones de poder. En Massone, M. et al. (Eds.) 1990: 41-68.
- Bravo, L (2010) La puesta en voz de la poesía. Revista SIC, Montevideo, N21, 6-21
- Erickson, F. (1982).“ Métodos cualitativos de investigación sobre la enseñanza” En Wittrock,M. (Ed). (1990) La investigación de la enseñanza II.(pp196-301).Barcelona: Paidós.
- Parasnis, I (1998). Cultural and Language Diversity and the Deaf Experience. Cambridge University Press:Cambridge
- Paul, P. (1998). Literacy and Deafness. The Development of Reading, Writing, and Literate Thought. Boston: Allyn & Bacon..
- Peluso, L. (2010). Sordos y oyentes en un liceo común. Investigación e intervención en un contexto intercultural.:Montevideo: Ed. Psicolibros.
- Peluso, L. (2008). Proyecto de tesis: Escritura y sordera. Facultad de Filosofía y Humanidades. Doctorado de Letras Universidad Nacional de Córdoba (Inédito).
- Saganogo, B (2007).Realidad y ficción: Literatura y sociedad. Universidad de Lenguas Modernas CUCSH-UdeG. México 04/07/ 2007 Estudios sociales 0.1 pmd. Internet
- Skliar, C. (org) (1999). Actualidad de la educación bilingüe para sordos. Procesos y proyectos pedagógicos. Porto Alegre: Editora Mediação.
- Tuson, A. (1991). Iguales ante la lengua, desiguales en el uso. Bases sociolingüísticas para el desarrollo discursivo. En Teoría y Práctica de la Educación, N°2, (50-59).Signos.

Hipoacúsicos: 2da etapa del estudio exploratorio

Prof. Daniela Perrotta, Lic. Victor Ferioli

Presentación

En el año 2010 y como propuesta de la cátedra Epistemología y Metodología de la investigación de la facultad de Psicología de la Universidad Católica de La Plata, tuvimos la posibilidad de abordar una investigación basada en el lineamiento o tema seleccionado por los propios alumnos. Esta situación particular sumado al interés personal sobre la sordera y la hipoacusia permitieron que pudiéramos adentrarnos en esta comunidad desde una mirada científica. En una primera instancia nos planteamos si el uso de la web permite una apertura al mundo y mayores posibilidades de integración para las personas con deficiencia auditiva debido a las particularidades de su proceso cognitivo y el diseño de estas herramientas. Ante el aprendizaje de dicha experiencia y el comenzar a conocer la cultura particular de esta comunidad surgieron nuevas hipótesis que permitieron redirigir el trabajo comenzado en su momento.

Trabajo

Este trabajo se presenta como una segunda instancia del comenzado en el año 2012 con el cual era de nuestro interés realizar una investigación exploratoria respecto las expectativas que poseen los jóvenes sordos e hipoacusicos en su ultimo año de formación básica para con respecto al mundo universitario o laboral, recortando el mismo a la ciudad de La Plata. Es en este periodo que queremos abocarnos a completar la misma desde el recorte educacional y las posibilidades que posee la comunidad en esta ciudad, con la posibilidad de una apertura al debate de la educación del joven sordo.

Será de interés poder llevar a cabo una investigación de tipo exploratoria descriptiva de los recursos a nivel educativo que proporciona la ciudad de La Plata con el fin posterior de adentrarnos en la observación del adolescente sordo e hipoacusico en el proceso vital de finalización e inserción educativa al nivel universitario. Como así también realizar lo mismo con la inserción laboral y organismos reguladores de esto.

Desarrollo

Una vez definidos conceptos como sordera e hipoacusia, se delimitan diferencias y semejanzas para poder hacer una distinción clara de las instituciones y agrupaciones que brindan ayuda o formación a los adolescentes de esta comunidad.

Se transcribe conceptos que fueron trabajados en la primera etapa para delinear la continuación del trabajo:

- Los sordomudos también llamado sordos nativos. El

concepto de sordomudo no existe o al menos es el menos común, ya que la persona debería sufrir un trastorno en el aparato auditivo como fonológico. Pero es una clasificación que se instalo en la comunidad sorda y es bien clara para poder diferenciar esta categoría de otras categorías. El sordo mudo nació sin la capacidad de escucha, jamás ha oído, no adquirió ni el mínimo de las estructura del habla parlante, su lengua materna será la de señas.

- Podemos encontrar las anacusias divididas en presbiacusias y postlingual o locutivo. La presbiacusia se presenta a medida que las personas envejecen. Este trastorno se presenta aproximadamente en un 25% de las personas en edades entre los 65 y 75 años de edad y en el 70 a 80% de los que tienen más de 75 años. Las sorderas postlinguales se suceden por hechos fortuitos en diferentes edades pero la persona nació oyente y adquirió la lengua oral o sus mínimas estructuras.
- La tercera categoría que nos brinda la comunidad sorda es la de hipoacusicos, que son las personas que poseen un resto auditivo y a su vez según la gravedad podemos dividirlos en leves, moderadas, severas y profundas. Pese a su pérdida de la capacidad son considerados como oyentes. Las dos primeras clases de hipoacusicos son aquellas que mas se benefician con las nuevas tecnologías y avances médicos, esto debido a la capacidad de escucha que poseen, y la estimulación a nivel cerebral que esto allienta. Los hipoacusicos severos y profundos son las expresiones mas próximas a la sordera nativa y son mejor aceptados por la comunidad sorda.

Teniendo en cuenta las funciones, metas y propósitos de la Provincia tanto para la Dirección de Educación Secundaria y Especial damos un marco legitimo de trabajo a las instituciones de tipo educativas que se encuentran bajo su manto.

La Dirección General de Cultura y Educación mediante la Dirección Provincial de Educación Secundaria proclama como las funciones y misiones del nivel de estudio secundario entre otras a:

- Garantizar la producción y adquisición de conocimientos propiciando la continuación de los estudios y asegurando la inclusión, permanencia y continuidad de los alumnos en el sistema educativo público mediante una propuesta de enseñanza específica, universal y obligatoria para todas las Modalidades y orientaciones, en todos los Ámbitos de desarrollo, que promueva el conocimiento, y la articulación con, del patrimonio cultural, científico, tecnológico, de desarrollo e innovación productiva de

la provincia, el país y el mundo.

- Reconocer a los adolescentes y jóvenes como sujetos de derecho y a sus prácticas culturales como parte constitutiva de las experiencias pedagógicas de la escolaridad para fortalecer la identidad, la ciudadanía y la preparación para el mundo adulto....
- Promover en los adolescentes, jóvenes, adultos y adultos mayores el respeto a la interculturalidad y a las semejanzas y diferencias identitarias, garantizando una educación integral en el desarrollo de todas las dimensiones de su persona, sosteniendo el derecho a la igualdad de educación...
- Promover y fortalecer los contenidos, saberes y prácticas que definen a cada una de las Modalidades en todos los Ámbitos educativos, asegurando recursos que, como aquellos que forman parte de las escuelas de jornada extendida y jornada completa, contribuyan a garantizar el derecho a la educación y la continuidad de los estudios de todos los alumnos de la Provincia.
- Desarrollar procesos de orientación vocacional con el fin de permitir una adecuada elección profesional y ocupacional de los adolescentes, jóvenes, adultos y adultos mayores...

La Dirección de Educación Especial en la provincia hace referencia a este tipo de educación como aquella que atiende a alumnos con necesidades educativas especiales; (Retardo Mental, Ciegos y disminuidos Visuales, Sordos e Hipoacúsicos, Discapacitados Motores - Multimpedidos, Impedidos de concurrir al Servicio Ordinario Común (Domiciliaria y Hospitalaria), Trastornos Emocionales Severos, Alteraciones en el Desarrollo del Lenguaje, Atención Temprana del Desarrollo Infantil (Riesgo biológico y/o Socio ambiental), Formación Laboral para todas las Discapacidades, Talentosos); en un continuo de prestaciones Educativas que deben garantizar un proceso formativo integral flexible y dinámico del alumno desde Atención Temprana (de 0 años) hasta su inserción socioeducativo y/o laboral.

La Dirección de Educación Especial persigue los siguientes propósitos:

- Garantizar el ingreso, permanencia y egreso de los alumnos de Educación Especial en escuelas propias y/o con proyectos de integración, en todos los niveles del Sistema Educativo.
- Propiciar el Planeamiento Estratégico de la Enseñanza en las Escuelas y Centros dependientes de la Dirección de Educación Especial.
- Lograr buenos aprendizajes en alumnos con necesidades educativas especiales y buenas enseñanzas por parte de los equipos Transdisciplinarios.

- Relacionar Educación, Producción, Trabajo y Desarrollo Local en integraciones laborales, microemprendimientos, puestos de trabajo reales con y sin acompañamiento.
- Intensificar y/o Incorporar en todos los Servicios de Educación Especial el abordaje Transdisciplinario de la Educación Ambiental y la Ecología de las Relaciones Humanas.
- Investigar, comunicar y/o elaborar documentos específicos para cada programa de la Dirección de Educación Especial en todas las modalidades atendidas: Retardo Mental, Irregulares Motores, Ciegos y Disminuidos Visuales, Sordos e Hipoacúsicos, Impedidos de Concurrir al Servicio Ordinario Común, Trastornos Específicos del Lenguaje, Trastornos Emocionales Severos, Formación Laboral y Atención Temprana del Desarrollo Infantil.
- Asegurar la eficiencia de los Recursos Humanos, distribuyendo los existentes con el fin de dar respuesta a la demanda de atención de alumnos en todos los distritos de la Provincia.
- Articular con sectores Gubernamentales como: Ministerio de Salud, Desarrollo Humano, Trabajo, CONADIS, Consejo Provincial de la persona discapacitada y sus respectivos consejos municipales y Organizaciones no Gubernamentales con el fin de garantizar una real integración social y laboral de la persona con discapacidad

Sus metas:

- Garantizar un proceso formativo integral flexible y dinámico del Alumno con Necesidades Educativas Especiales en un continuo de prestaciones desde Atención Temprana hasta su inserción Socioeducativa y/o Laboral.
- Propiciar el tránsito escolar a través de proyectos de integración en servicios dependientes de los distintos Niveles en acciones articuladas con las diferentes modalidades.
- Actualizar y mejorar los procesos de enseñanza para la atención de matrícula que presenta Necesidades Educativas con Retos Múltiples en servicios propios.
- Educar para el Trabajo y la Producción a todos los alumnos con Necesidades Educativas Especiales.

Será importante determinar el impacto social psicológico afectivo de la escuela como ente sociabilizador sobre el adolescente, sujeto particular que comprende entre aproximadamente los 16 y 20 años que se encuentra en transición, en un periodo de cambio fisiológico, psicológico y social.

En esta etapa la tarea primordial es lograr la identidad del

Yo y evitar la confusión de roles (Erik Erikson). La identidad yoica significa saber quiénes somos y cómo encajamos en el resto de la sociedad. Exige que tomemos todo lo que hemos aprendido acerca de la vida y de nosotros mismos y lo moldeemos en una autoimagen unificada, una que nuestra comunidad estime como significativa.

El concepto mejor conocido de este autor es la crisis de identidad, en ese momento de la transición hacia los roles del adulto, el adolescente lucha por lograr un sentido de IDENTIDAD. Erikson definió el sentido de identidad del yo, especificando, como “la captación del hecho de que existe una mismidad y continuidad en los métodos sintetizadores del yo, el estilo de la individualidad de uno, y éste es el estilo que coincide con la mismidad y la continuidad del significado de uno para los otros significativos en la comunidad inmediata”. Responder a la pregunta ¿Quién soy? es la tarea que es mutuamente agradable para el individuo y los demás. Las identificaciones tempranas con los padres y otros modelos de roles tienen su influencia, pero el adolescente debe desarrollar una identidad personal que vaya más allá de estas identificaciones. Una ocupación es con frecuencia un centro importante de la identidad y la exploración de las diferentes posibilidades de carrera es parte del proceso de lograr una identidad.

En este recorrido será la escuela como modelo identificador y suministradora de recursos la que permitirá la joven conformarse y definirse, y comenzar a ser parte de una sociedad que reclama por su madurez desde un rol diferente. Este proceso de formación se trasluirá en las elecciones y actos del adolescente.

Teniendo en cuenta al joven sordo o hipoacusico en su complejidad y su singularidad, y habiendo explorado en la escuela como institución con un marco legítimo de trabajo y valorando el impacto social de la misma sobre su alumnado; debemos darnos lugar a dar detalle de aquellas instituciones o fundaciones que brindan servicios de naturaleza diferente en y para la comunidad sorda en la ciudad de La Plata y así delimitar el campo de trabajo próximo a los fines de lograr una investigación de tipo descriptiva respecto de las expectativas percibidas y vivenciadas en el joven con una disminución total o parcial de la audición en su último año de escolarización, y delimitar con las herramientas que cuenta para una apropiada inserción en el ámbito educativo universitario.

A continuación se detallan los organismos con descripción de trabajo y adecuación a esta investigación, igualmente se deja constancia de ellas a los fines de conocimientos:

- Instituto Antonio Provoló

Calle 25 y 47 de la ciudad de La Plata

Escuela de gestión privada subvencionada por el Estado.

Pueden ingresar alumnos con o sin obra social. Los niños sin obra social reciben educación gratuita.

- Colegio Santa María

Calle 26 y 47 de la ciudad de La Plata

Escuela de gestión privada subvencionada por el Estado.

Pueden ingresar alumnos con o sin obra social. Los niños

sin obra social reciben educación gratuita.

La escuela, de tradición oralista, actualmente implementa estrategias de la metodología Auditivo Oral para enseñarles a los niños hipoacúsicos a escuchar y hablar. La metodología tradicional utiliza la lectura labial y la nueva metodología se apoya en el acceso al sonido para desarrollar el lenguaje hablado.

Las dos escuelas privadas de la ciudad dedicadas a la educación de niños sordos son: la escuela Antonio Próvolo y el colegio Santa María. Son instituciones de gestión privada, dependientes de la DIPREGEP, con subvención total del Estado.

Escuelas mixtas, con una matrícula aproximada de 80/90 alumnos cada una, con una atención educativa a través de:

- ATDI (Atención Temprana del Desarrollo Infantil): desde los 45 días hasta los 3 años.

Nivel Inicial: de 3 a 5 años (generalmente se extiende a más edad: 6, 7 años).

Nivel Primario: de 6 a 14 años aprox.

- CFP (Centro de Formación Integral para adolescentes, jóvenes y adultos con discapacidad) con una formación general pedagógica y una formación específica técnica en el área de talleres, de 14 a 21 años aprox.

Esto corresponde a la educación en la sede de la escuela especial, pero también se integran alumnos en los distintos niveles y modalidades del sistema educativo de la provincia de Buenos Aires: nivel Inicial, nivel Primario, nivel Secundario, modalidad de adultos (secundaria de adultos), CFP (Centros de Formación Profesional). Ambas escuelas tiene aprox. 30 alumnos de su matrícula total bajo Proyecto de Integración.

Una meta importante de estas Instituciones es lograr la integración de los niños en escuelas comunes, con la mejor preparación posible, favoreciendo la igualdad de oportunidades y la inclusión. Se trata de una integración con aprendizajes como estrategia educativa que hace posible la inclusión de alumnos con discapacidad auditiva en la escuela común. El perfil de los alumnos se orienta a:

- Su formación en la vida cristiana.
- La autonomía personal y social.
- Una competencia lingüística que le permita comunicarse socialmente.
- El uso eficiente de su capacidad auditiva con la ayuda de la tecnología.
- La oportunidad de alfabetizarse priorizando la comprensión lectora y la producción escrita.
- Su integración pedagógica en los distintos niveles de la enseñanza obligatoria.
- Su formación laboral para su incorporación al mundo del trabajo.

El reconocimiento de sus derechos y obligaciones como ciudadano

Tradicionalmente, ambos colegios, a cargo de los Padres (Próvolo) y las Hermanas (Sta. María), de la Compañía de María, siguiendo el ejemplo y el carisma del Padre Antonio Próvolo quien se dedicó a educar y dar la palabra a los niños sordos, adoptaron una filosofía oral para brindar a los niños con problemas de audición la competencia comunicativa necesaria para desenvolverse en la sociedad a través del desarrollo de la lengua oral y escrita.

El método oral se basaba en tres pilares fundamentales: articulación, lectura labial y entrenamiento auditivo.

A través de los años, con los avances de la ciencia y la tecnología, la aparición de audífonos de última generación, y los implantes cocleares, que otorgó a las personas con hipoacusia la posibilidad de escuchar, se actualizaron las metodologías de abordaje hacia una metodología "auditivo oral" que permite el desarrollo de las capacidades auditivas para aprender a "escuchar y hablar".

Actualmente, ambas escuelas, para dar respuesta a la heterogeneidad de su alumnado ofrecen diferentes propuestas para dar a cada alumno la respuesta educativa que necesita: enseñanza oral, oral-gestual. Auditivo oral, LSA (Lengua de Señas Argentina), privilegiando el desarrollo de una comunicación efectiva.

- Escuela especial nro 528 - Puerto Argentino
Calle 29, entre 57 y 58 de la ciudad de La Plata
Pertenece a la educación pública estatal, Educación Especial, Educación Especial Nivel Inicial, Educación Especial Primaria, Estimulación Temprana, Ayuda a la Integración Escolar, Estimulación Temprana.
Asociación de Sordomudos La Plata
Calle 8 entre 42 y 43 de la ciudad de La Plata
Asociación que genera diferentes actividades desde la propia comunidad para la comunidad sorda como para la comunidad oyente por ejemplo a partir de la enseñanza formal de la Lengua de señas. Así también permite la intercomunicación de sus integrantes con las diferentes asociaciones en la región mediante las relaciones sociales, vínculos y deporte.
- APAS Bonaerense - Asociación de Padres y Amigos del Sordo
Calle 23 N° 705 de la ciudad de La Plata
APAS Bonaerense fue creada por personas interesadas en la problemática del sordo en Septiembre de 1995, como una institución sin fines de lucro dedicada a brindar información y orientación a padres, familiares y amigos de personas con problemas auditivos. En la actualidad se encuentran trabajando con jóvenes sordos e hipoacusicos como así también con aquellos que poseen patologías agregadas en diferentes talleres laborales con el fin de complementar la educación formal tanto en sus contenidos como así también en la formación personal de valores.
- CEBS- Centro de Estudios Bonaerenses sobre

Sordera

Este centro se encuentra trabajando desde el año 1988 y no solo dicta cursos de LSA sino también es el motor de una cantidad de reconocimientos para la comunidad sorda como por ejemplo la PRIMERA LEY ARGENTINA que se ocupa de la Comunidad Sorda y la LSA desde una concepción socio-cultural de la sordera. No brinda educación ni formación directa al adolescente sordo o hipoacusico pero si posibilita recursos básicos como formación de Asistente de la Comunicación en Lengua de Señas Argentina.

Una cronología escasa pero determinante para saber su trabajo es:

En 1988, realizaron el primer informe crítico sobre la Educación de los Sordos, a pedido de la Dirección de Educación Especial de la Provincia de Buenos Aires (Argentina), que motivara la primera Experiencia Piloto en LSA, en las Escuelas bonaerenses.

En 1993, conformaron un equipo de investigación de la LSA (CEBS) integrado por personas sordas y oyentes a fin de desarrollar programas para su estudio.

En 1995 publicaron diferentes artículos sobre el tema, entre ellos " Remoción de Barreras Comunicacionales para sordos e hipoacúsicos" en el DIARIO EL DIA de LA PLATA, que motivara la invitación de la Presidencia de la Honorable Cámara de Diputados de la Pcia. de Buenos Aires a presentar un anteproyecto legislativo.

En mayo de 1995, presentaron ante la HCD el anteproyecto de LEY de REMOCIÓN DE BARRERAS COMUNICACIONALES PARA SORDOS E HIPOACÚSICOS, con un enfoque humanístico, que marcó una clara diferencia con el criterio médico tradicional y hasta allí dominante, sobre la discapacidad.

El 30 de agosto de 1995, organizaron, la primera marcha latinoamericana de los sordos, en apoyo a la Ley, de la que participaron más de 700 Sordos en La Plata hasta la Legislatura, acompañados por la totalidad de las entidades de sordos bonaerenses.

Tras la marcha, la Ley fue aprobada en apenas 21 días, convirtiéndose en la PRIMERA LEY ARGENTINA que se ocupa de la Comunidad Sorda y la LSA desde una concepción socio-cultural de la sordera. Recibiendo, entre otras, la felicitación de la máxima organización mundial de los sordos, la WORLD FEDERATION OF THE DEAF y el Premio ALAS DE LA COMUNIDAD SORDA.

En 2010 efectuaron una consulta a los internautas de su web, sobre si la Lengua de Señas Argentina debería ser una materia de la Escuela Primaria Común, con el objeto de favorecer la integración de los niños sordos con sus pares oyentes. La misma arrojó datos concluyentes el 97% de los participantes dijo SI. Esta iniciativa fue tomada por la Cámara de Senadores de la Provincia de Buenos Aires que presentó un proyecto de Ley en ese sentido. En 2011 y como reconocimiento a su trayectoria, los

Cursos fueron declarados de Interés legislativo por la Honorable Cámara de Diputados de la Pcia. de Buenos Aires y de Interés Provincial por la Gobernación de la Provincia de Buenos Aires. Durante su trayectoria han capacitado también a empleados no solo de hospitales sino también de las diferentes fuerzas.

- Fundasord - FUNDACIÓN ARGENTINA DE LA SORDERA

En el año 2001 el CEBS concreto la FUNDACIÓN ARGENTINA DE LA SORDERA para dar respuesta y asistencia a los múltiples aspectos de la problemática. Sensibilizando y creando conciencia en la Comunidad en general. No brinda educación ni formación formal para adolescentes sordos e hipoacusicos pero colabora activamente no solo como intermediario de la realización de trámites sino también como medio de inserción laboral entre otros.

- Asociación Civil Escuchándonos

Escuchándonos nació hace unos años con el espíritu de compartir conocimientos, difundir el quehacer profesional, promover la dedicación lograda en lo científico fonoaudiológico, y con el objetivo de un enriquecimiento socializador. Invocando ese espíritu, hoy Escuchándonos despliega sus alas para llevar otro Escuchándonos a la comunidad. Es así que un grupo de profesionales de la salud, la educación y el arte dieron nacimiento a la Asociación Civil Escuchándonos con sede en la ciudad de La Plata. Su labor interdisciplinaria se desarrolla en la difusión, capacitación y la investigación, en aspectos de la hipoacusia infantil y la escucha a nivel perceptual, emocional, educativo y artístico. Preservar canales de comunicación entre pares y transgeneracionales favorece la búsqueda y el encuentro con el otro, dando sentido e identidad a nuestra existencia.

La presente investigación no podemos concluirla de manera final respecto que se continúan haciendo entrevista con los responsables de cada lugar, será menester seguir con la misma enfocando las entrevistas subsiguientes en que el personal responsable de la formación de los jóvenes hipoacusicos y sordos puedan dar cuenta de las expectativas de los mismos en las diferentes actividades que le competen hacia la inserción universitaria o terciaria o en su tercera opción laboral; y como ello impacta en la planificación anual de las diferentes instituciones y asociaciones de las actividades a este fin.

En esta etapa de trabajo queremos agradecer a la colaboración de los diferentes espacios nombrados que nos han proporcionado la información básica para comenzar a delimitar el campo de estudio entre ellos: Alejandro López Romero, Analía Fernandez y Graciela Citarella.

Fuimos e iremos describiendo los recursos que posee la comunidad sorda respecto a su formación no como medio a nuestro fin investigativo, sino también con la intencionalidad de generar un conocimiento del mismo

unificado y al servicio de todo aquel que necesite de este.

“La sordera... es una discapacidad de comunicación, entre sordos la discapacidad desaparece.” (Mottez)

Bibliografía

*La web como herramienta de integración de jóvenes hipoacusicos platenses – Soledad Vazquez Bello, Daniela Perrotta, Victor Ferioli. Universidad Católica de La Plata - 2011

* Estudio exploratorio de las expectativas laborales y educativas de los jóvenes con trastornos auditivos en La Plata y Gran La Plata – Soledad Vazquez Bello, Daniela Perrotta, Victor Ferioli. Universidad Católica de La Plata – 2012

*El derecho del niño sordo a crecer bilingüe- Francois Grosjean – Universidad de Neuchatel – Suiza

*La inteligencia y los sordos: derribemos mitos – Psicólogo Marcelo Salamanca Salucci – Instituto de la sordera – 2007

* Dirección General de Cultura y Educación - <http://abc.gov.ar/>-----

De la teoría a la práctica sobre estrategias de preparación y capacitación para líderes y directivos sordos: una experiencia cubana.

Mgter. Jorge Ponjuan Tamayo

La presente investigación pretende realizar un estudio de los problemas actuales de la dirección referidos a la preparación de los líderes para enfrentar los profundos cambios que deben producirse en la comunidad sorda.

- Las dificultades que se derivan de una falta de proyección estratégica en la preparación de los directivos desde el surgimiento en la ANSOC (1978).
- Los cambios en las estructuras de dirección en la década de los 90.
- El surgimiento de un sistema de trabajo en la labor de dirección de la ANSOC.
- La necesidad de estructurar un programa dirigido a la capacitación básica para el desempeño de las funciones de dirección.
- Las deficiencias en los métodos y estilos de dirección utilizados, así como los sistemas de planificación y la toma de decisiones no respondían a una concepción científica de dirección.
- Cómo preparar a los líderes sordos en Cuba para el perfeccionamiento de la labor de dirección en la comunidad sorda?
- **Preguntas científicas**
- Qué antecedentes teóricos y metodológicos han sustentado la labor de dirección y en particular de los líderes sordos en Cuba?
- ¿Cómo estructurar metodológicamente la preparación de los líderes sordos en Cuba para el perfeccionamiento de la labor en su comunidad?
- ¿Qué criterios tienen los especialistas del programa de capacitación de los líderes sordos en Cuba?
- **Tareas**
- Sistematización de los referentes teóricos y metodológicos que sustentan la labor de dirección
- Caracterización de la preparación actual de los líderes sordos en Cuba
- Elaboración de un programa de capacitación para líderes sordos
- Evaluación preliminar del programa mediante el criterio de especialistas

El adolescente sordo y la drogadicción

Lic. Agustín Quesada Schorn

Temario

La adicción está unida a la juventud y a la adultez, a cualquier persona. No hay más adictos sordos que adictos oyentes.

La adicción es:

- Un trastorno de la persona en su totalidad. No es la droga sino la persona el problema a tratar.

Es un síntoma que da cuenta de un sufrimiento emocional en una persona por experiencias vividas en su infancia o primeros años de adolescencia. Fallos a la hora de alcanzar las expectativas anheladas y a su vez dificultad a la hora de comunicar y sobrellevar sus sentimientos.

El consumo de drogas está asociado a baja autoestima y conductas destructivas hacia uno mismo.

El consumo se debe a algún tipo de acontecimiento que dispare la necesidad de consumir aliviar lo que se llama la incomodidad.

Muchas personas sordas han sido en su niñez y también en su adolescencia sumamente exigidos para obtener logros académicos muy buenos y comparables a un oyente, aprender la lengua oral en un niño sordo implica un costo de exigencia interna de mucho más tiempo que cualquier otro niño oyente.

- Hay muchos jóvenes y adultos sordos con baja autoestima y conflictos muy serios en su identidad de persona sorda. La aceptación de su identidad es el sentimiento de estar vivo, lo cual se experimenta si se tiene un sentimiento acabado de la identidad: "yo soy así" o "este soy yo".

Muchas de las dificultades en esta etapa de la vida, es por la no aceptación de lo que se es. Se rechaza su condición de sordo "no me gusta ser sordo" o se le niega "yo no soy sordo, soy hipoacúsico".

Si la etapa de la adolescencia ya sea en personas oyentes o sordos es una etapa de cuestionamiento de crisis.

Los jóvenes que estén más armados emocionalmente seguramente estarán con mayores capacidades para poder estar más seguros de sí y no ir en busca de la droga o de las adicciones en general como escape a una realidad no tolerada.

Para muchos jóvenes sordos, lo que sucede por querer ser más parecidos a los oyentes toman modelos inapropiados que le traen luego situaciones problemáticas.

Lo que sucede en otras discapacidades a diferencia de la

sordera (intelectual por ej) es que están más supervisados por la familia.

Hay que tener en cuenta que en la persona sorda, su apariencia es igual a la de cualquier otro joven.

Es necesario insistir en el tema de que una de las entradas a la adicción es la baja autoestima, el deseo de calmar cuadros depresivos por algo que haga olvidar los problemas que conlleva.

La persona sorda que está bien unida a su identidad, está más asegurada que no entre en situaciones de adicciones. Lo que puede suceder en el caso de personas sordas con lengua señas es vivir situaciones de discriminación, poca comunicación con su familia, el no hacer uso de la lengua de señas en su hogar, la soledad, todo esto puede generar situaciones de conflictos internos que desembocan a situaciones de riesgo.

La lengua no determina el bienestar, facilita.

Lo fundamental es tener una familia que acompañe, contenedora.

Existe falta de información o información incorrecta o falsa con respecto al consumo de sustancias.

Si muchos adolescentes oyentes no tienen clara conciencia de las consecuencias de las adicciones y las drogas. Hay que imaginarse a veces la falta de información que tienen muchos jóvenes sordos por no tener un manejo de la lengua oral o lengua de señas amplia y correcta.

Es necesario un trabajo claro de información acerca de las drogas, cuáles son, las consecuencias a nivel psíquico y físico.

Dicha información tiene que ser brindada a través de imágenes, textos cortos, l. Señas o presencia de intérprete.

Las personas sordas que están bien unidas a su identidad y tienen buena contención familiar están más aseguradas que no entren en situaciones de adicciones.

Se presentarán casos clínicos.

El decir y sentir de los padres en la elección del Instituto Antonio Próvolo en la integración de sus hijos”

Magister María Gabriela Quintana- Magister en Integración (Universidad de Salamanca), Profesora de Discapacitados en Audición, Voz y Lenguaje (Universidad del Salvador). Coordinadora del Departamento de Integración / Inclusión del Instituto Antonio Próvolo.

Lic. Silvana Pelandi -Licenciada en Psicología (UBA). Intérprete de Lengua de Señas Argentinas. Integrante del Gabinete de Psicología del Instituto Integral de Educación a nivel secundario y terciario. Integrante de Equipo de Psicología del Instituto Antonio Próvolo (Nivel primario- Integración). Integrante del equipo de trabajo del Centro Schorn.

Lic. Silvina Magariños -Licenciada en Psicología (UBA). Profesora de Discapacitados en Audición, Voz y Lenguaje (Ispee). Integrante de Equipo de Psicología del Instituto Antonio Próvolo (Nivel inicial- Integración). Docente de la Escuela de Educación Especial y Formación Laboral N° 28: Prof. Bartolomé Ayrolo (Departamento de Lenguaje). Docente Profesorado Saint Jean (Nivel terciario)

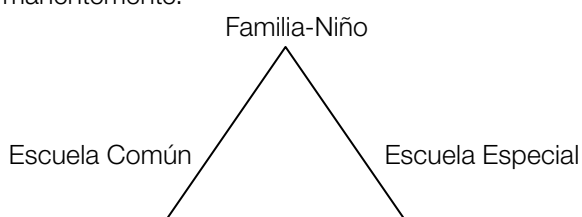
Resumen en el cual se plantean las ideas centrales a desarrollar en el trabajo final.

*Presentación de un video con testimonios de padres de alumnos de la institución que están integrados en escuela común (nivel inicial y primario)

El momento de elección de la escuela para un hijo con discapacidad y la modalidad de la misma suele ser un momento difícil para las familias. Son muchos los interrogantes que aparecen: ¿Qué será lo mejor para mi hijo/a? ¿Escuela Común? ¿Escuela Especial? ¿Integración?

Frente a la posibilidad de integrar a su hijo/a en la Escuela Común, continúan las preguntas, los miedos, las dudas, la incertidumbre: ¿Y si no lo entienden sus compañeros o la maestra? ¿Podrá aprender como los demás niños? ¿Si se burlan o lo dejan solo?, ¿Estará preparada la maestra común para enseñarle?, ¿Y si son víctimas de discriminación?, ¿Podrán defenderse? etc. Éstos y muchos más son los interrogantes que refieren los padres. Muchas veces suelen sentirse solos y agobiados en estas situaciones, como únicos responsables de este proceso, haciéndose cargo del éxito o fracaso de la integración.

Desde el marco teórico en el cual se inscribe el proyecto de integración del Instituto Antonio Próvolo, entendemos este proceso como “un espacio de encuentro” donde todos y cada uno de los actores del mismo interactúan permanentemente:



Un encuentro y reconocimiento del otro con sus necesidades, encuentro de saberes, roles, valores, instituciones, sistemas.

Este entramado se configura en la construcción de

vínculos que se sostienen y desarrollan en un clima de diálogo, intercambio, consenso y flexibilidad. En este ámbito se atiende la singularidad del sujeto protagónico y los factores culturales, socio-económicos, afectivo-emocionales, propios y del entorno.

Entendemos la integración/ inclusión como un proceso personalizado, sujeto a cambios que se producen en el devenir del tiempo.

La propuesta se concreta en las siguientes acciones, entre otras:

- Asesoramiento y acompañamiento a la familia en la elección de la escuela común.
- Apoyo pedagógico al niño en forma individual y/o grupal de acuerdo sus necesidades, a contraturno. Musicoterapia. Psicomotricidad. Fonoaudiología. Psicopedagogía. Gabinete de lenguaje.
- Apoyo a la escuela común (tarea conjunta con los maestros y equipo de conducción)
- Seguimiento y evaluación del proceso educativo con el equipo interdisciplinario.
- Comunicación, consulta y apoyo a los padres.
- Información y orientación a la familia, desde el área de trabajo social
- Trabajo en red con los profesionales externos que atienden al niño y con toda estructura que intervenga en el proceso (E.O.E, CEPAPI, CERI, etc.)
- Acompañamiento, orientación y contención psicológica a la familia y al niño en los diferentes momentos del proceso.
- Si bien es fundamental que la familia acompañe el proceso, también es tarea de la escuela acompañar y sostener a la familia y al niño, no dejarlos solos en medio de sus dudas, incertidumbres, ansiedades, deseos, expectativas, angustias. Desde el gabinete de psicología abrimos esta posibilidad, un espacio de escucha del decir y sentir de los padres, un espacio de contención. Se implementa de acuerdo a las necesidades y posibilidades de cada familia (entrevistas individuales, grupales, talleres de encuentro y reflexión sobre temas de interés que surgen de sus inquietudes, charlas informativas, etc.)

En estos espacios, los padres exponen sus dudas, preocupaciones, también sus alegrías.

Cabe señalar el lugar del profesional como facilitador del resurgimiento y la revaloración del saber que poseen los padres. Tendrá que mantenerse atento para no obturar ese saber intransferible con el saber de la propia disciplina, que si bien es necesario no puede reemplazarlo ni anularlo. Fomentar la capacidad de “resiliencia” posibilitando el reconocimiento de las potencialidades que cada familia, cada sujeto posee para resolver situaciones y salir fortalecidos de las mismas.

Favorecer y alentar la creación de vínculos entre los padres, también es parte de la tarea, ya que es una oportunidad más para compartir experiencias, apoyarse mutuamente, crear redes, construir puentes. Estos espacios están abiertos para los niños y jóvenes que son protagonistas de la integración: dar lugar a la escucha de sus deseos, emociones, sentimientos, conocer las condiciones psíquicas en las que se encuentran para afrontar este desafío.

Como vemos este proceso de integración/inclusión nos involucra a todos pero la familia y el niño ocupan un lugar esencial.

Integrar es poner en juego el deseo y la singularidad respetando el lugar y el saber de cada uno de los que forman parte de este proceso.

Esta experiencia se lleva a cabo en el Instituto Antonio Próvolo, en forma sistemática desde hace 23 años, actualizándose de manera continua, acompañando y formando parte de este proceso espiralado, abierto de crecimiento constante que es la integración / inclusión que intenta asegurar la igualdad de oportunidades para todos.

Bibliografía

*Casal, Vanesa. Lofeudo Silvina.

“Integración Escolar: una tarea de colaboración. Ministerio de Educación. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Dirección de Educación Especial. Año 2009

“Trayectorias escolares e inclusión de niños y jóvenes con discapacidad” Documento de trabajo N° 2. Ministerio de Educación. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Dirección de Educación Especial. Año 2011

*Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Protocolo Facultativo. Ley nacional N° 26.378. Año 2008.

*Declaración Internacional de los Derechos del Niño. Año 1989

*Díaz, Estela. “El sujeto sordo en el lenguaje”. Cap.III “El sujeto con discapacidad en el discurso”. Ed. Irojo Editores. Buenos Aires. Año 2005.

*Equipo de integración/inclusión del Instituto Antonio Próvolo. Proyecto de Integración- Inclusión 2013. Buenos Aires. Año 2012.

*Freud, Sigmund. Obras Completas. Amorroutu Editores. Introducción al narcisismo (1914).

Psicología de las masas y análisis del yo (1921)

*Nembrini, Gladys Susana. Mitos en torno a la sordera: una lectura deconstructiva. Cap. X “Yo sé qué hacer/yo no sé qué hacer”

*Nuñez, Blanca Aída.

Familia y Discapacidad: de la teoría a la vida cotidiana. Ed. Lugar. Buenos Aires. Año 2007.

“El niño sordo y su familia” Ed. Troquel. Buenos Aires. Año 1991.

La intervención del trabajo social en familias con un adolescente con discapacidad auditiva en la escuela.

Lic. en Trabajo Social Victoria Rinaldi , Lic en trabajo Social Javier Cosentino.

Presentaremos algunas consideraciones en relación a la intervención con familias de personas con discapacidad en el marco de un servicio social dentro de una escuela con población integrada. Se trata de una elaboración realizada a partir de la experiencia y el aporte de aquellos profesionales que ya han escrito y desarrollado ideas sobre el mismo tema o temáticas relacionadas.

La familia es el contexto en donde se desarrolla gran parte de la vida de todo sujeto y es el entorno que más va a influir en la construcción del sujeto como tal, sin dudas que no hay diferencia cuando el sujeto es una persona con discapacidad hasta aquí. La primera gran diferencia acontece o bien en el momento del diagnóstico o cuando sobreviene la discapacidad en alguno de los miembros de la familia modificando en primera instancia las relaciones. Luego de este primer momento del diagnóstico, la familia va transitando diferentes períodos dentro del ciclo vital familiar, al igual que el resto de las familias. Al Servicio Social del Instituto, llegan las familias cuando el/la joven se encuentra iniciando o transitando la adolescencia, cambios fisiológicos, la búsqueda de identidad, el despertar sexual, el alejamiento de la familia y acercamiento al grupo de amigos o amigas (grupos de pares y de identificación) decisiones vocacionales son algunos de los primeros comentarios que realizan en la entrevistas. Esta etapa familiar va necesitar un fuerte apoyo y en este caso los apoyos tendrán que ser cada vez más prácticos para ayudar a la familia a que ayude a la persona con discapacidad.

Es un momento típico de demandas, demandas a las que habrá que responder, colaborando también en la reformulación de las mismas y así implicarse ajustadamente en ellas. De más está decir que como etapa, es fundamental el acompañamiento de las/los jóvenes, la puesta de límites, y los grupos de pertenencia y asociación.

Los padres que se acercan al Servicio Social, concurren por diferentes motivos, el principal es un asesoramiento respecto a los trámites necesarios para que la obra social le otorgue la cobertura educativa a su hijo/a, así en ocasiones se acerca por inconvenientes familiares, situaciones de violencia cotidiana y/o dificultades para comunicarse con su hijo/a.

En todas las ocasiones luego de indagar en la historia familiar, se pueden observar diferentes hitos en esa historia que no fueron productivamente elaborados y resignificados.

Se trabaja en coordinación con el área de psicología,

el área especial y la dirección del Instituto, para paliar demandas básicas de situaciones puntuales acontecidas con las familias.

Es un momento de la vida familiar en donde la comunicación es un pilar fundamental para que la misma pueda ser cotidiana y en armonía, cuando dicha comunicación sufre interrupciones se evidencian situaciones de disrupción y poca armonía en el núcleo familiar.

Estas situaciones son vivenciadas cotidianamente en el espacio áulico y por lo tanto absorbidas por los profesionales del Instituto Integral de Educación a fin de intentar trabajar interdisciplinariamente y mejorar la calidad de vida de todos los estudiantes.

Estas familias experimentan por lo general soledad y desorientación y más allá de los diferentes discursos sociales que existen sobre el tema, no dejan de sentir la discapacidad de su hijo/a como un problema privado, más que nada porque perciben y sienten que todas los miembros de una sociedad (Estado, instituciones y sujetos) no le dan un verdadero y genuino lugar para responder a las necesidades familiares, lo que va produciendo gran desgaste en la trama vincular familiar.

En muchas ocasiones es necesario orientar a las familias, y en muchas otras escuchar y asesorar al respecto. Tener un hijo adolescente no es tarea sencilla, tener un hijo adolescente con discapacidad auditiva más difícil aun. Es por eso que en equipo se intenta trabajar con las familias a fin de poder reconocer dichas situaciones y plantear estrategias a fin de mejorar la comunicación en todo el núcleo familiar.

Pueden conocer o no los derechos que los asisten, pueden buscar o no que éstos sean respetados, pero vivencian que la sociedad en general no está suficientemente preparada ni sensibilizada para aceptar estos mecanismos de atención y que ellos puedan acceder desde el derecho. Y aquí, por supuesto, se dan numerosos matices, llegando a ciertos extremos, como familias netamente demandantes que consideran que la sociedad debe retribuirles algo que se les ha quitado o familias eminentemente sobreprotectoras que consideran que nadie atiende o cuida a su familiar como ellas mismas. Los obstáculos continuos pasan a ser un problema agregado, que impiden ver la situación con claridad.

Estas familias visualizan su vínculo con los profesionales como uno de los más importantes, otorgándoles a ellos un lugar de satisfacción inmediata de sus necesidades, reclamando en todo momento calidad en la atención.

Es así, que desde la experiencia en el Servicio Social del Instituto Integral de Educación, podemos hacer mención de algunas reflexiones respecto a ese momento que se produce entre la atención y la demanda.

De forma sintética vamos a mencionar algunas actitudes básicas que proponemos para el trabajo con padres y familiares de personas con discapacidad:

- Ser honestos. Hablar de lo que tenemos que hablar con franqueza sin perder el respeto y el marco de la entrevista.
- Estar convencidos de que las familias son las expertas en relación a sus hijos/as, sus experiencias de vida, por lo tanto debemos tener una actitud de escucha atenta y comprensiva.
- Identificar, aprovechar y potenciar las múltiples fortalezas de los padres y familiares y sus intereses, invitarlos a que sigan investigando, averiguando y conociendo sobre lo que demandan.
- Combinar la empatía, la capacidad de ponerse en el lugar del otro, con la distancia que haga que no nos impliquemos emocionalmente en los problemas ante los que nos encontremos, hasta el punto de engancharnos afectivamente.
- Ser pacientes. Avanzar progresivamente, poco a poco, en las propuestas, planteamientos o exigencias.
- Dejar señalado el marco de intervención. Señalar y repetir, si es preciso, nuestro ámbito de competencia, nuestro espacio profesional.
- Estar disponibles, en la medida de lo posible y lo razonable. Hay vivencias y momentos de las familias en los que puede ser contraproducente el “vuelva usted mañana”.
- Procurar que siempre, en la relación con padres y familiares, se resalte por encima de todo el bienestar de sus hijas e hijos.

En las entrevistas con las familias se pueden dar diferentes situaciones que hacen a la intervención de los/las Trabajadores/ras Sociales, presentamos aquí las tres más comunes, vale aclarar que se pueden dar de forma individual o en forma conjunta.

Espacio de información

Entendemos que el objetivo de un espacio de información a familias es básicamente que éstas conozcan y estén al día sobre el funcionamiento de todos aquellos recursos que les pueden resultar útiles como padres y familiares de personas con discapacidad.

Para poder llevar adelante este espacio hay que conocer los recursos existentes, clasificarlos y de ser posible haber contactado a algún profesional.

Dar información de forma correcta supone ser breve, claro, sencillo, ordenado, puntual y no utilizar lenguaje técnico.

Orientación

A diferencia del espacio informativo, en la intervención orientadora ayudamos en la elaboración de criterios y

decisiones por parte de la familia en relación a alguna situación que se presenta como conflictiva, orientar no es decidir por el padre y o madre, sino acompañar en la toma de una posición. Para ello debemos tener claros nuestros propios criterios y ayudar al padre o familiar a identificar su ámbito de competencia y su responsabilidad intransferible en la toma de decisiones.

Para una buena intervención orientadora es importante la capacidad de comprensión y empatía, la capacidad analítica y evaluadora y las habilidades de comunicación interpersonal en general

Acompañamiento

El acompañamiento es algo diferente del seguimiento, aunque a veces se confundan. La idea del seguimiento evoca una relación en la que la persona usuaria es un objeto paciente, sometido a una observación periódica por parte de un profesional.

Entendemos el acompañamiento como ese trabajo de relación personal continua, relativamente duradera, de comprender a la situación de las personas para contribuir a que ellas mismas entiendan y empiecen realizar acciones en pos de mejorar su situación, encontrar las claves de sus dificultades; de apoyo para activar y movilizar recursos, capacidades, potencialidades de las personas y de su entorno. Éste es un proceso que también conlleva la necesaria aplicación de recursos dentro de una estrategia de intervención, con flexibilidad y oportunidad.

Todo lo desarrollado hasta aquí se enmarca dentro del principio de empoderamiento, entendiendo como tal al proceso por el cual las personas fortalecen sus capacidades, confianza, visión y protagonismo como sujetos o grupo social para impulsar cambios positivos de las situaciones que viven. Es desde este principio y siguiendo los lineamientos y reflexiones que se presentaron que el Servicio Social del Instituto Integral de Educación abre su espacio para el trabajo con las familias, partiendo de un asesoramiento técnico respecto a las obras sociales y pensiones posibilitando mediante este, el acceso a un trabajo más completo donde entendemos a las familias como protagonistas de su propia historia y impulsoras de cambios radicales tanto de forma individual como del conjunto.

Padres oyentes- hijos sordos. Convergencia de dos mundos. El difícil camino de la adaptación.

Adriana Riotorto, Patricia Diaz Cano

La sordera impacta de tal forma una vez que se presenta, que nada a partir de ese momento puede permanecer incambiado. Ese impacto produce más conmoción dentro del grupo familiar que dentro de cualquier otro ámbito porque nadie está preparado para recibir a un hijo hablante de otra lengua (con la consecuencia de incomunicación profunda que éste hecho trae consigo) y culturalmente distinto al resto.

Es por eso que la sordera no puede ser entendida en forma teórica, no se puede estudiar en libros únicamente, de nada sirven las teorías frente a ésta realidad tan distinta, lo único realmente valioso es el conocimiento profundo no sólo de la persona sorda, sino de esa persona y su entorno, de su comunidad, no se les puede entender en solitario y es requisito indispensable el tiempo, conocer su historia, la evolución mundial de esa comunidad, las distintas etapas por las que han pasado, la realidad en cada país, y dentro del país la realidad de cada persona en particular porque es una comunidad tan heterogénea, con realidades tan distintas según la educación, el grado de aceptación que haya tenido la persona dentro del ámbito familiar, del contacto con sus iguales, que hace imposible generalizar ya que el grado de sordera los marca de forma muy distinta y por ende hacen su realidad muy distinta, su integración social va a variar y por supuesto, su personalidad como en cualquier ser humano , pero en el caso de los sordos más que en otros el apoyo familiar y profesional es fundamental para poder formar una persona con autoestima elevada .

En este Congreso vamos a dar nuestro testimonio de padres, las distintas etapas por la que pasamos, vamos a poner en palabras el difícil camino del conocimiento, del entendimiento y la aceptación , ya que de alguna manera esa realidad se parece mucho, es una realidad sin patria, sin lengua, sin nacionalidad, esa realidad es parecida para cualquier padre oyente sea del continente que sea, todos debemos ir paulatinamente conociendo una realidad que nos sorprende, nos duele y que en ningún caso es fácil .

Extendemos ésta realidad a esos profesionales comprometidos, que muchas veces están más cerca de las personas sordas que su propia familia y se sienten más contenidos y entendidos por ellos que en el seno familiar y daremos nuestro punto de vista sobre temas ancestrales y que aún hoy se siguen discutiendo como la integración, el bilingüismo, el implante coclear, la lengua de señas, el oralismo, etc.

Esperamos poder dar luz en un tema muy difícil desde nuestra experiencia de padres y de dirigentes de una Institución que nos obligó a recorrer el país y otros países y conocer distintas realidades, lo que nos ayudó a tener una visión profunda del mundo sordo.

Niños sordos candidatos al implante coclear: factores importantes para su desarrollo

Heloisa Nasralla

Introducción

El desarrollo cognitivo de los niños sordos es permeado por las mismas cuestiones de los oyentes, desde que sean respetadas sus capacidades innatas de comunicación. Consideramos la necesidad de la elaboración del luto del niño esperado, y la importancia de la criación dos lazos de afecto. Llevamos en consideración puntos de vista teóricos de Piaget (2003) y Vygotsky (1998), encunanto al desarrollo, y su importancia en los casos de patologías asociadas a la sordera, como el autismo (Roper et al.2003; Azema y Virole, 1993). También observamos los envolvimientos de la sordera con déficits psicomotores (Gayda y Saleh, 2004), como los específicos de motricidad fina, citados por Horn, Pisoni y Miyamoto (2006), además de cuestiones decorrientes de las múltiples deficiencias. Vimos de que manera la atención compartida (Carpenter, 1998) y (Tomasello, 2005) contribuye para el desarrollo del lenguaje. Y, sus desdoblamientos generando calidad próprias a la Teoría de la Mente (Dennett, 1978; Baron-Cohen, 1985).

Objetivo:

Describir la evaluación cognitiva y del desarrollo de 20 pacientes candidatos al implante coclear, que tenían entre 1 año y 11 meses y 13 años, y observar cuales factores contribuyeron y fueron importantes para sus resultados.

Método:

Entrevistas con padres, además de la Escala de Madurez Social de Vineland, que nos informa sobre el desarrollo motor, social, comunicativo y de las AVD, dandonos en que nivel de edad se encuentra el niño. Su aplicación abarca del zero a los 19 años. No entanto, a partir de los cinco años ya evaluamos el niño cognitivamente, por intermedio de la Escala de Madurez Mental Colúmbia, que además de darnos la edad mental y el QI del niño, nos permite observar como está su atención a detalles, y su capacidad de conceptualizar. Y, por la Escala de Inteligencia de Wechsler para Niños- WISC-III, poderíamos evaluar sus funciones cognitivas y como se manifestarían los diversos factores de su inteligencia. Los dibujos libres nos informan el nivel del grafismo del niño, su control motor para la coordinación dígito-manual, y su representación de sí mismo, como su identificación y autoestima. El Test de Organización Perceptiva y Motora del Espacio de Bender y o Pré-Bender, nos informan como está la organización perceptiva y motora del espacio, la existencia o no de la interferencia de atrasos del desarrollo, como también sugerem comprometimientos orgánicos de origen neurológico, o niveles aumentados de ansiedad, indicativos de compromiso emocional. Además de Pruebas Pedagógicas, pelas cuales veríamos la adecuación escolar y de alfabetización deses pacientes.

Os instrumentos fueron utilizados de acuerdo con as posibilidades y necesidades de cada caso.

Resultados:

Com todos os pacientes fizemos entrevistas con os padres. Fueron 13 pacientes entre 1 año y 11 meses y 4 años y 10 meses, con os cuales foi evaluado seu desarrollo pela Escala de Madurez Social de Vineland, realizados desenhos livres ou atividade gráfica con lápiz y papel, y evaluada la Orientación Perceptiva y Motora del Espaço pelo Pré Bender, quando possível. E, 6 pacientes, entre 5 años y 13 años, nos cuales já sería possível uma avaliação cognitiva, pela Escala de Madurez Mental Colúmbia, ou mesmo pelo WISC-III. No entanto, somente uma paciente realizou o Colúmbia. Nos casos en que iso nion se deu, devemos às incapacidades dos pacientes, ou por nion terem retornado às consultas. Devemos considerar o fato de se tratarem de pacientes SUS, alguns con precárias condiciones económicas. Aliás, o caso mais emblemático dese problema social, diz respeito la uma menina que tinha boas condiciones de aprendizagem, mas, infelizmente sus posibilidades económicas la deixou alijada del proceso. Eses casos también fueron evaluados pelo Bender, quando tinham 6 años ou mais, desenhos livres y Provas Pedagógicas. Tivemos 13 casos, portanto 65% de la amostra con desarrollo dentro del esperado para su idade, con cuestiones motoras y de dinámica familiar a serem pontuadas. Um paciente absolutamente normal, tanto quanto al seu desarrollo, como en relación à su familia, representando 5% de la amostra. Mas um paciente con desarrollo limítrofe (5%), y cinco pacientes (25%), recusados por dificultades intransponíveis em nel momento, ou de ordem pessoal, como atrasos graves de desarrollo, ou dinámica familiar muito comprometida, ou mesmo dificultades económicas impeditivas de dar continuidade. 45%, correspondendo a nove pacientes, todos entre 2 y 6 años y 2 meses tem problemas de motricidad fina, y 70% deles (sete deses casos) tem múltiples deficiências (Hemiplegia, ADNPM, prematuridade, citomegalovirus de Elisa, rubéola de la mãe na gravidez ou problema visual y Usher). Dos nove pacientes três tenían buena comunicación, por sons ou gestos y quatro hablabam algunas palabras, sendo outros dos con mais dificultades de comunicación en función de otras cuestiones orgánicas. Observamos en oito dos vinte Niños, además de boa sociabilidade, adecuada atención compartilhada y bom desarrollo de la comunicación. Otros que además de nion puntuarem nesas cuestiones posuían mães pouco estimuladoras, con nion aceptación de la sordera, y prejuízo na comunicación. Además de um caso que, apesar de pertenecer la ese grupo, mantenía adecuada relación con sus pares, y una buena comunicación.

Discusion:

A aceptación de la sordera és el punto de partida para el desarrollo de la comunicación, seja verbal o gestual, como para el desarrollo cognitivo, motor y emocional. E, de acordo con Horn, Pisoni, Miyamoto (2006), vemos la asociación entre sordera y problemas de motricidad fina, que, no entanto, se prejudica el desarrollo de la fala, nion o faz quanto à la comunicación, quando observamos estar presente la interacción con sus pares y la estimulación materna. Enquanto que, problemas de la dinàmica familiar, incluindo la superprotección, acompañada de sociabilidad pobre, provoca pouca independência, autoestima negativa y bajo desarrollo en geral. Portanto, la sociabilidade, la interacción con sus pares compensam malefícios orgânicos, provocados pelas comorbidades, atraso de la motricidad fina, ADNPM, de la misma forma que la boa relación con la mãe representa fator de desarrollo y superación de las consequências de las mismas questiones.

Conclusion:

Vemos que, tanto los problemas de motricidad fina, múltiplas deficiências y condiciones familiares desfavoráveis, como as decorrentes de superprotección materna, provocadoras de atrasos de desarrollo, sion compensados pelas oportunidades sociais. Principalmente, se el niño contar con mãe estimuladora. Faremos novos estudos para observarmos como el implante coclear contribuiu para la recuperación desas Niños, y también para la melhora de la atención seletiva y de la autoestima. Principalmente en función de su maior inclusion social.

Bibliografía:

- Piaget J, (2003). Seis Estudos de Psicologia. 24ª. ed, M. A. M. D'Amorim & P S Silva, Trads. Rio de Janeiro: Forense Universitária (original publicado en 1964).
- Vygotsky LS, (1998).A Formação Social da Mente. São Paulo. Martins Fontes.
- Roper L, Arnold P, Monteiro B, Co-occurrence of autism and deafnes: Diagnostic considerations, de la Univ.of Manchester, UK, sagepub.com at Universidad de S. Paulo. Biblioteca on sept. 14, 2011.
- Azema B, Virole B, (1993), Appareillage et Tableaux Cliniques de L'Enfant Sourd Plurihandicapé. Revue de Laryngologie, v114(4). Paris.
- Gayda M, Saheh D, Surdité Periphérique, Surdité Centrale, Surdité Psychique: les difficultés diagnostiques chez l'enfant autiste. Revue Laryngologie Otol. Rhinol., 2004; 125,5:227-280.
- Horn LD, Pisoni DB, Miyamoto MD, Divergence of Fine and Gros Motor Skills in Prelingually Deaf Children: Implication for Cochlear Implantation, 2006. The American Laryngological, Rhinological and Othological Society. 1500-6. Ou Laryngoscope 116: august 2006.
- Carpenter M, Nagell K, & Tomasello M (1998). Social cognition, joint attention and communicative competence from 9 to 15 months of age. Monographs of the society for research in child development 63(4), 1-33.
- Tomasello M (2005) Constructing la language: la usage-based theory of language acquisition. Harvard MA: Harvard University Pres.
- Dennett D, (1978). Beliefs about beliefs. Behavioral and Brain Sciences, 4, 568-570.
- Baron-Cohen S, Leslie AM, & Frith U, (1985). Does the autistic child have la theory of mind? Cognition, 21(2), 37-46.
- Escala de Maturidade Social de Vineland. Edgard Dell, Vineland, New Jersey. sd.

Escala de Maturidade Mental Colúmbia - Casa do Psicólogo- São Paulo.1ª. edição.2001.

Teste de Organização Perceptiva e Motora do Espaço de Bender e o Pré-Bender. Bender Santucci J, Galifret G. Prova gráfica IN: Zazzo R, Manual para exame psicológico para crianças. Mestre Jou. São Paulo. 1968.

Poppovic AM. Alfabetização: Disfunções psiconeurológicas, Vetor. São Paulo. 1968.

Atención preventiva en adicciones con población escolar sorda

Ferrera Montemayor, Georgina; Ruiz Pérez, Guadalupe; Soto Castro, Claudia Alejandra (México)

Resumen

En los últimos veinte años el uso, abuso y dependencia de tabaco, alcohol y otras drogas se ha convertido en uno de los mayores problemas de salud y seguridad pública en el mundo.

En México la problemática no es menor, por lo que se han creado Centros de Atención Primaria en Adicciones (UNEME-CAPA) a lo largo de todo el país con el objetivo de cubrir la orientación, prevención y tratamiento de las adicciones en la población, principalmente, adolescentes. La comunidad sorda es uno de los varios grupos marginados de nuestro país, quienes no tienen fácil acceso a los servicios básicos de salud y educación. Este grupo de trabajo de la Secretaría de Salud del Distrito Federal se da la tarea de iniciar un estudio exploratorio de prevención de adicciones en centros escolares para personas sordas, realizando detección de áreas de riesgo, prevención y tratamiento de las adicciones así como sensibilización a los padres y maestros, otro punto importante a considerar es que dentro de las actividades preventivas trabajamos con el desarrollo de habilidades sociales con las cuales enriquecemos el trabajo preventivo, por medio de un taller utilizando la lengua de Señas Mexicana.

Cabe mencionar que hasta la fecha no hemos encontrado este tipo de abordajes dentro del país, siendo un proyecto con una fuerte proyección hacia la atención integral de las personas con discapacidad auditiva en el área de prevención de adicciones.

Psicoterapia con familias mixtas desde el Modelo Sistémico de Realidades Consensuales

Marcelo Salamanca S.; Carolina Guadalupe P

Psicoterapia con pacientes sordos

La psicoterapia con personas sordas ha avanzado a pasos lentos, en sus comienzos las necesidades de atención en salud mental de las personas sordas fueron abordadas por profesores, sacerdotes, trabajadores sociales y orientadores vocacionales (Sussman y Brauer, 1999 en Leigh, 1999). Estos mismos autores han afirmado que la naturaleza y los principios básicos de la psicoterapia con personas sordas, no son diferentes a los de la psicoterapia con personas oyentes.

En términos generales; los primeros años de psicoterapia, aunque pioneros, se caracterizaron por mantener un enfoque patológico de la sordera y de las personas sordas. Posteriormente se inicia un proceso de transición a una nueva etapa en que la concepción “despatologizante” surge debido principalmente a la aparición de autores sordos así como a los avances de la investigación en el campo de la salud mental y sordera. Con esta postura se subraya, entre otras cosas, que la sordera por sí misma no es la causa de los problemas de salud mental, sino más bien que éstos son generados por un conjunto de factores desencadenantes tales como problemas de comunicación en la familia aunado al desarraigo afectivo y cultural que esto provoca.

El estatus sordo u oyente de los padres tiene para Lytle y Lewis (1996 en Leigh, 1999), ambos terapeutas sordos, un impacto considerable en el proceso de la terapia. Aunque reconocen que se necesita expandir la amplitud de investigación al respecto, explican que en su consulta los pacientes sordos; hijos de padres sordos que acuden a terapia individual, son a menudo fáciles de identificar, tienen más confianza y seguridad en el exterior, se relacionan a un nivel más igualitario y de manera más rápida con sus terapeutas, son más expresivos y tienen la habilidad para presentarse exteriormente como seguros de sí mismos.

Por otro lado, los pacientes sordos con padres oyentes representan la mayor parte de sus casos. Las características de estos pacientes responden a dos grandes grupos con los que estos terapeutas entran en contacto, los que de niños han sido mimados o sobreprotegidos y los que han sido abandonados o descuidados. Para estos autores, los pacientes sordos del primer grupo son los que frecuentemente demandan del terapeuta que haga mucho por ellos y responden con enojo cuando estas expectativas no se cumplen.

Tomó años reconocer que las dificultades y los fracasos en la psicoterapia con pacientes sordos a menudo reflejaban

las habilidades y actitudes del terapeuta con una visión estereotipada respecto de las limitaciones de las personas sordas. (Sussman; Brauer, 1999 en Leigh, 1999)

La tendencia al estereotipo de las personas sordas como candidatos difíciles y de alto riesgo para la psicoterapia, tal como se considera a los pobres, desaventajados, discapacitados y viejos, sólo ha servido para frustrar la oportunidad psicoterapéutica del paciente sordo para su crecimiento emocional y/o mejoría psicológica.

Si bien la psicoterapia con personas sordas no ha sido tan estudiada ni difundida, excepto quizás por lo que se ha denominado “psicología de la sordera” o “de la discapacidad”, tal como sucede con aquellas relacionadas con otros grupos humanos minoritarios, se han realizado una serie de alcances sobre las consideraciones que se deben tener presente al momento de trabajar con ellos. Éstas han sido estudiadas y descritas, principalmente, por psicoterapeutas sordos o que han dedicado gran parte de su labor a la atención de pacientes sordos y sus familias.

Entre los aspectos a considerar se han mencionado la competencia clínica del terapeuta que trabaja con sordos, su ética, modalidades comunicativas, el uso de la lengua de señas como forma de comunicación entre terapeuta y paciente, el uso de intérpretes dentro de las sesiones y la validación del terapeuta por parte del paciente sordo, entre otros.

En los estudios de Robinson y Weathers (1974) por ejemplo, se concluyó la necesidad del terapeuta de desarrollar habilidades de comunicación especiales tales como el uso de la lengua de señas además del tener en cuenta los aspectos psicosociales de la sordera (Estrada, 2008).

Sin embargo, Myers y Marcus (1999) señalan que además de las habilidades mencionadas anteriormente se deben tomar en cuenta otros aspectos tales como la identidad cultural de los sordos, compuesta no sólo por su lengua sino también por sus costumbres, valores, tradiciones, formas de construir el mundo, expectativas, etc. (Op. Cit.)

Según Gutman (2005), en el caso de los pacientes sordos, las competencias clínicas del terapeuta deben considerar muchos aspectos, entre ellas, entender de manera acabada el desarrollo cultural, educacional, social, emocional, cognitivo, lingüístico y vocacional, además de los antecedentes médicos y las implicancias económicas que ha tenido la sordera en la historia del paciente. También el terapeuta debe ser capaz de evaluar y poder adaptarse a las necesidades comunicativas del

paciente, saber cómo seleccionar y adaptar la terapia utilizando técnicas adecuadas que coincidan con las habilidades comunicativas del paciente y su lenguaje de preferencia. Debe conocer suficientemente el contexto cultural del paciente y las expectativas que éste tiene, para asegurarse que los acercamientos del tratamiento sean culturalmente apropiados. Lo cual finalmente permite establecer objetivos terapéuticos realistas en torno a las posibilidades de cambio.

Gutman (2005) postula además que la carencia de cualquiera de estas habilidades podría llegar a ser evaluada como una muestra de la ineficiencia para el trabajo con pacientes sordos.

Ahora, en relación a las consideraciones éticas necesarias para el trabajo con familias con miembros sordos, la Internacional Association of Marriage and family Counselors (IAMFC, 2003) señala que en el quehacer clínico se producen desafíos éticos especiales debido a las dificultades de comunicación o conflictos que se dan dentro de éste tipo de familia, principalmente porque la comunicación entre miembros sordos y oyentes de la familia, en la mayoría de los casos, es limitada y también porque los terapeutas se pueden encontrar dentro de la sesión con la negativa de algunos de los pacientes de usar interpretes dentro del desarrollo de ésta.

Abordaje sistémico en familias con miembros sordos

De acuerdo a los principios de justicia y ayuda integral del código de ética de la IAMFC, todos los miembros de la familia deben tener un acceso igualitario al tratamiento en sesiones de terapia familiar, por lo que el terapeuta siempre tendrá la obligación ética de atender a cada miembro de la familia y al sistema familiar en su conjunto.

Si se considera que la psicoterapia es un proceso de comunicación entre un psicoterapeuta y su paciente, se tiene que las dificultades en la comunicación reducirán drásticamente la efectividad de cualquier psicoterapia. De hecho, la comunicación podría por sí sola hacer o deshacer la psicoterapia (Estrada, 2008).

Ante esto, el terapeuta nunca debe hacer presunciones respecto a los modos de comunicación que su paciente sordo prefiera (Sussman; Brauer, 1999 en Leigh, 1999). Según Leigh (1999), es fundamental que el terapeuta respete la modalidad escogida por el paciente y reconozca sus propias limitaciones en cuanto a sus habilidades comunicativas y lingüísticas.

Harvey (2003) describe, desde un planteamiento sistémico, una estructura desde la cual es relevante estudiar a las personas sordas, la cual comienza por el nivel biológico, continúa con el psicológico, el familiar, las redes sociales informales, las redes profesionales y termina con el nivel cultural. Para él, estos niveles representan el contexto en donde pueden surgir problemas de salud mental y por tal es necesario comprender profundamente los patrones

interaccionales *dentro y entre* cada uno de estos niveles para proporcionar un tratamiento más eficaz.

No solo las diferencias lingüísticas son las que suponen un desencuentro, las diferencias culturales y psicosociales que existen entre los miembros sordos y los oyentes producen con el tiempo lo que se denomina “choque cultural” (Harvey, 1984; Slogan y Springer, 1987). En muchas ocasiones, las personas sordas no encuentran su lugar dentro de su familia, y tampoco en la sociedad en general, hasta que comienzan a integrarse en la Comunidad Sorda, a través de las Asociaciones de personas sordas y el contacto mediante la lengua de señas con otras personas sordas.

El impacto de este choque también tiene repercusiones en el contexto de la terapia con estas familias. Por ejemplo, además de lenguajes distintos se tienen dos puntos de vista, con lo cual el terapeuta deberá moverse con sensibilidad cultural entre un conjunto de creencias culturales de los miembros oyentes, de los miembros sordos y las de la familia en general.

La sugerencia de Myers, Myers y Marcus (1999) con estas familias, es que los terapeutas deben encontrar la manera de impulsar y estimular a la familia en un sentido que promueva la comunicación y la interacción, educando a los miembros sordos acerca de la “cultura oyente” y a los miembros oyentes acerca de la “cultura sorda”.

Minuchin (1999) plantea que para entender el problema de la discapacidad, es importante ampliar nuestro punto de vista, desde el individuo hacia su sistema más amplio de pertenencia, ya que sólo de esta manera podemos abarcar la complejidad del tema. (Berger, 2005)

Una perspectiva sistémica implica tomar en cuenta distintas áreas y niveles, entender las características de y derivadas de la discapacidad, las necesidades educativas como un todo interdependiente en términos del estilo relacional del sistema, su organización, la historia personal y compartida, el particular sistema de creencias, etc.

El enfoque de naturaleza sistémica de Bronfenbrenner, también conocido como modelo bioecológico, destaca por la presunción de que todo desarrollo es el fruto de una interacción recíproca entre el sujeto activo y su contexto inmediato, mantenida de forma prolongada (Saldaña, 2006). Con esto, se supera una visión unidireccional del sujeto en relación con su entorno o viceversa.

Como se ve, Bronfenbrenner involucra a la persona y al contexto en el desarrollo del individuo pero además incluye otros dos aspectos, proceso y tiempo, desarrollando un modelo de “niveles de sistemas anidados” que consiste básicamente en cuatro sistemas relacionales, contenidos uno dentro de otro de acuerdo a su jerarquía, que operarían en concierto para afectar directa e indirectamente sobre el desarrollo del niño. Harvey (2003), basándose en éste modelo, postula que para abordar a este tipo de pacientes

en psicoterapia se deben considerar el *nivel biológico*, el *nivel psicológico*, el *nivel familiar*, el *nivel profesional*, el *nivel de redes informales*, el *nivel cultural* político y el *nivel espiritual*.

Harvey (2003) postula que, para poder brindar una psicoterapia eficaz a una persona sorda, es necesario entender cómo interactúan cada uno de estos niveles entre sí puesto que siempre se debe tener presente que hay un sinnúmero de agentes que interactúan en la vida de estos pacientes y sus familias, lo que concuerda con lo planteado por Minuchin (1999) de que un terapeuta debe comprender cómo la etnia, la clase, y otros factores sociales tienen implicaciones en la estructura familiar y su funcionamiento, y por lo tanto en la terapia familiar.

Según Warner (2000), los aspectos a tener en cuenta en la terapia familiar con familias con miembros sordos se pueden resumir de la siguiente manera:

1. *La naturaleza de la estructura familiar: Conocer el status sordo oyente de los padres y el momento del ciclo evolutivo familiar en el que llegan a terapia.*
2. *El entorno más amplio de la familia: Los aspectos culturales y psicosociales en el que se desenvuelve la familia.*
3. *La sordera: Conocer la etiología y tipo de sordera de la persona sorda y la comprensión de la familia acerca de la sordera.*
4. *El problema por el que consultan: La naturaleza del problema y su significado para cada uno de los miembros de la familia.*
5. *Otros profesionales involucrados con la familia: Profesionales de la salud mental, servicios sociales, otros profesionales de la salud que pueden funcionar como una red de apoyo.*

Abordaje clínico en familias con miembros sordos desde el Modelo Sistémico en Realidades Consensuales

Los autores de este artículo enfocan su trabajo clínico desde el Modelo Sistémico en Realidades Consensuales del Instituto de Terapia Familiar de Santiago, como una forma de entendimiento teórico-conceptual que configura las hipótesis, los análisis, las reflexiones y las conclusiones de este trabajo.

Al mirar el fenómeno del funcionamiento familiar, cuando hay un miembro sordo en ella, como redes de conversaciones (lenguaje-emoción-acción) que organizan la vida familiar y configuran distintas posiciones de los miembros, cada una en relación a las demás, nos adentramos en la codeterminación de las conductas. Esta visión implica que el terapeuta es parte de lo que observa (autorreferencia) y por lo tanto no tiene acceso, de la misma forma que le ocurre a los consultantes, a una realidad única-objetiva. Y es desde ahí que adquiere sentido la co-construcción entre terapeuta y consultantes, en el marco del proceso terapéutico, de las realidades

consensuales plausibles para el sistema.

Cuando el motivo de consulta que trae una familia con un miembro sordo a terapia tiene que ver con las recurrencias antes descritas, las conversaciones terapéuticas con estos sistemas consultantes necesariamente incluirán creencias, ideas, explicaciones y emociones asociadas al fenómeno de la sordera, las que se traducen en conductas o acciones recurrentes propias de estas, por ejemplo la confusión en el establecimiento de roles al interior de la familia y las emociones ligadas a la impotencia frente a la irreversibilidad de la condición de sordera entre otras. Operar clínicamente bajo el paradigma del modelo Sistémico de Realidades Consensuales con este tipo de familias, permite al terapeuta posicionarse de un modo libre de prejuicios, no directivo, con principios sólidos frente al respeto por la diversidad y carente de la idea de ser el poseedor de una verdad absoluta. Desde este modelo el psicoterapeuta es un facilitador de nuevas conversaciones, que invita a los miembros de la familia consultante a tener miradas alternativas que configuren realidades distintas a las que plantean como motivo de consulta y que no contengan el sufrimiento que los llevó a consultar, sufrimiento en general ligado a las recurrencias antes descritas.

Basados en este modelo, y en lo que señala Rubinowicz (2007), no debemos quedarnos apegados al estigma o prejuicio de la sordera, ni a la fluidez del manejo de la lengua de señas o de la lengua oral, ni tampoco dejarse llevar por explicaciones lineales del fenómeno de la sordera y sus implicancias. Debemos ampliar la mirada y considerar que la psicoterapia con personas sordas es un procedimiento en el que se trata de favorecer a sordos y oyentes mediante conversaciones abiertas que posibilitan a su vez otras preguntas y otras conversaciones que finalmente carezcan del dolor que los trajo a consultar como familia.

El observar el fenómeno del trabajo psicoterapéutico con familias con miembros sordos desde el paradigma de la cibernética de segundo orden y el poder realizar aproximaciones a este sistema consultante desde la objetividad entre paréntesis, desde la aceptación libre de prejuicio y desde el considerar al otro como un legítimo otro, facilita entre otras cosas, el despliegue de nuevas conversaciones que permiten los cambios emocionales entre los miembros de la familia.

Desde la cibernética de segundo orden se está en condiciones de mirar este fenómeno ya no desde la objetividad que supone a la sordera una discapacidad y a quienes "la padecen" como discapacitados, sino que permite ver al sordo como uno más dentro del multiverso de posibilidades que pueden conformar un sistema consultante.

La persona sorda tiene un sistema de creencias tan válido y plausible como cualquier otra persona el cual no necesariamente es compartido por el resto de la

familia. Quienes se relacionan con los sordos, en especial su familia, requieren de un esfuerzo mayor para llegar a la comprensión de las emociones, pensamientos y conductas del sordo. El trabajo psicoterapéutico basado en el Modelo de Realidades Consensuales es un gran aporte ya que permite navegar en las emociones que reflejan los entrapamientos que se suscitan en este tipo de familias y que generalmente, como se vio en las recurrencias descritas, son atribuidos a la sordera misma.

Referencias

- Coddou, F. (2011) Modelo Sistémico en Realidades Consensuales. Apunte Docente, Programa de Magister en Psicología Clínica. Universidad San Sebastián e Instituto de Terapia Familiar de Santiago.
- Estrada, B. (2008). Salud mental: Depresión y sordera. Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, México.
- Gutman, V. (2005). Ethical Reasoning and Mental Health Services with Deaf Clients. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*. Vol. 10 n° 2.
- Harvey, M. (2003) *Psychotherapy with Deaf and Hard of Hearing Persons. A Systemic Model*. Second Edition. Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Leigh, I. (1999) *Psychotherapy With Deaf Clients From Diverse Groups*. Gallaudet University Press. Washington DC, USA.
- Maturana, H. (1997) "La objetividad. Un argumento para obligar". Dolmen Ediciones
- Minuchin, S. (1999) *Familias y terapia familiar*. Séptima edición. Editorial Gedisa
- Núñez, B. (1991) *El niño sordo y su familia*. Editorial Troquel. Buenos Aires, Argentina.
- Rubinowicz, G. (2007) *Psicoterapia sistémica y personas sordas*. <http://www.depsicoterapias.com/site/articulo.asp?IdSeccion=12&IdArticulo=274>
- Rubinowicz, G. (2008) *Conversaciones psicoterapéuticas con personas sordas. El uso de la lengua de señas para el diseño de entrevistas eficaces*. Libros en Red. Buenos Aires, Argentina.
- Saldaña, D. (2006) *Planteamientos Docentes e Investigadores*. Universidad de Sevilla: Documento Sin Publicar. <http://www.personal.us.es/davsalsag/docentes.pdf>
- Warner, B. (2000) *Family therapy systems with deaf people and their families*. Whurr Publishers. Inglaterra.

La cultura sorda frente a la lengua escrita

Dra. Patricia Salas

Mediante esta exposición intentaremos reflexionar acerca de los problemas que presentan las personas sin audición frente a la lengua escrita.

El punto de partida será el análisis de la ambigüedad sintáctica subyacente en el título de esta ponencia, donde ya sea que tomemos uno u otro significado sintáctico lo podamos interpretar de diferente manera: la lengua escrita y su relación con una comunidad carente del sentido de la audición o la falta de respuesta de la sociedad a los problemas de la lengua escrita. Esta distinción resulta de utilidad para la comprensión de la independencia de la sintaxis frente a otros módulos lingüísticos presentes en el sistema de procesamiento del lenguaje humano.

En el primer caso atribuimos un significado al sintagma cultura sorda y hacemos referencia al conocimiento que tenemos –quienes compartimos este espacio- de la existencia de una cultura particular cuyos rasgos son definidos por pautas de comportamiento de un determinado grupo social. En este caso podemos decir que existe un problema actual, presente en las comunidades integradas por personas sordas y referido a ciertas dificultades que tienen estas personas ante la lectura y la escritura.

En el segundo caso, es decir la segunda posibilidad interpretativa del enunciado la cultura sorda frente a la lengua escrita, no distinguiremos una comunidad cultural especificada por los rasgos definitorios de la falta de audición o uso de una lengua propia sino que tomaremos como sujeto sintáctico del enunciado sólo al término cultura que designa, en sentido amplio, a una única comunidad integrada por sordos y oyentes preocupada por el generalizado analfabetismo funcional de los no oyen. En esta segunda acepción la sordera es sinónimo de carencia de respuestas, silencio e inmovilidad ante un tema crucial que afecta a profesionales, familiares y personas involucradas en la construcción de modelos de inclusión social y educativa de estos sujetos.

Sea cual fuere la acepción que le demos a nuestro enunciado podemos constatar que existe en este momento una demanda de soluciones para la problemática de alfabetización de los sujetos sordos.

En esta presentación intentaremos reflexionar acerca de algunas respuestas posibles: por un lado están las cuestiones que vinculan la lengua escrita con la adquisición de una tecnología por parte de un organismo natural, y en este sentido, interesa analizar la forma de conocimiento particular que ha desarrollado la especie humana para archivar información pasada, conservarla, hacerla presente con total independencia de cualquier emisión natural, construir realidades alternativas a las

percibidas por los sentidos, entre otras funciones de esta forma artificial del lenguaje. Por otro lado, la lengua escrita puede ser sinónimo de cultura escrita y aquí ya no interesa el proceso de adquisición sino el producto cultural que la humanidad ha creado en su evolución, el archivo de significados socialmente compartidos por quienes usan una lengua.

Los problemas que las personas sordas poseen frente a la lengua escrita deben tratarse de manera particular ya sea que estemos hablando de la adquisición del código o de la inmersión en la cultura escrita, aunque esta última sea imposible sin la primera.

Como código, la lengua escrita posee total independencia de la oralidad y de la lengua de señas y por tanto, tiene una autonomía tal que su adquisición debe ser independiente del sistema comunicativo que utilice dicha persona – lengua oral o lengua de señas- La posibilidad de adquirir la lengua escrita a través de la misma escritura ha sido demostrada por la investigación del método Logogenia. En efecto mediante este método el niño sordo realiza un proceso de inmersión en la escritura sin que medie ninguna otra lengua, la particularidad de esta metodología está en que le permite percibir los significados sintácticos presentes en los estímulos que se le ofrece al niño en forma escrita. El estímulo genera una acción que se ejecuta sin ninguna ambigüedad y se presenta con el significado exacto del estímulo, esta situación resulta provechosa para el niño –que se siente satisfecho porque puede reconocer donde está el error- y para el docente o terapeuta – que puede evaluar el conocimiento lingüístico del sujeto. La estimulación sistemática de los procesos lingüísticos sintácticos a través de pares de oraciones construidos utilizando espontáneamente los diferentes elementos de la modalidad escrita de un idioma determinado, desarrolla el uso gramatical de dicha modalidad, con total independencia del registro oral del mismo idioma. El proceso de estimulación lingüística con Logogenia es la puerta que se abre hacia el mundo de la cultura escrita, detrás de dicha puerta hay otros sistemas –culturales, económicos, sociales, ficcionales- además del lingüístico, que requieren de su interpretación. Para ello el objetivo primordial de la Logogenia no es suficiente sino que se requiere de otros procesos mentales para su acceso. La peculiaridad de este tipo de proceso es que se realiza a través del código escrito y las operaciones ya no tienen naturaleza sintáctica sino que son semánticas y pragmáticas y apelan a procesos inferenciales y deductivos ofrecidos por las metodologías para desarrollar competencias lectoras.

Una vez atravesada la puerta de la lengua escrita como código, se penetra en el universo discursivo, donde los textos son interpretados por sujetos a través de la

lengua, un mecanismo formal que debe ser manejado a la perfección y con total autonomía. Dicho mecanismo interpretativo es personal, de naturaleza formal y por lo tanto no puede ser mediatizado, no es un contenido sino una forma y lo que se puede mediatizar es el contenido pero no la forma que produce tal contenido.

De modo que, para concluir, la personas sin audición -entendida aquí desde la heterogeneidad de experiencias y competencias - debe, de manera inevitable , acceder la cultura escrita, al mundo que está en el papel, para poder interpretar los significados construidos en dicho mundo pues dichos significados son los recursos informativos para la supervivencia y el desarrollo personal.

Compete a nosotros, profesionales que investigamos estas cuestiones, trabajar contra la exclusión que significa ser analfabeto en una sociedad alfabetizada.

Los mandalas y la voz del corazón. Programa de prevención de patologías agregadas a la sordera.

Lic. Ayelén Salvador

El presente trabajo surge a partir de mi experiencia clínica, con la idea de traspasar las cuatro paredes del consultorio, y poder socializar un arduo trabajo con otros colegas, otros profesionales, personas sordas y sus familias.

Convocada por el Consejo Superior del Colegio de Psicólogos de la ciudad de LP del distrito XI, para formar una comisión ad hoc del área de discapacidad con vías a un convenio con ioma, me vi sorprendida frente a la consigna: “determinar la población destinataria”, quién incluiría el convenio y quién quedaría por fuera. Después de casi 10 años del trabajo analítico con sujetos sordos, encuentro que según criterios de desconocimiento, personas que “no hablan” quedarían fuera del acuerdo por no tener comunicación. Una vez más explicar que la imposibilidad de comunicación no estaba en el sujeto sordo sino en el profesional psicólogo que no puede, no sabe comunicarse con L.S.A. Situación similar sucede en el ámbito judicial, donde lamentablemente hasta la actualidad confunden, quiero entender que no maliciosamente, sordera con insania. Debiendo salir corriendo de mi trabajo frente al llamado de una asesora de incapaces que contaba en su despacho con un extenso expediente, proveniente de un tribunal de menores, determinando la insania de uno de mis pacientes. Insania condenada por una jueza a partir de preguntarle al joven cuanto era 10 mas 10 en forma hablada. Mi paciente con excelente criterio, se indignó ante la pregunta, expresada con señas caseras por la persona que lo acompañó a la entrevista y quedó sorprendido sin poder contestar debido a que había trabajado en sus sesiones todo lo que quería expresar en ese encuentro, sus sentimientos hacia familiares, proyectos para su futuro inmediato al egresar del quinto hogar en el que se le asignó vivir sin contacto con otros sordos. A la sesión siguiente a ese encuentro, lo veo enojado, hablaba con sus manos con una rapidez que no lograba entenderle. Le digo que se tranquilice y que me explique qué le dijo la jueza. Muy enojado dice: argentina con estos jueces se hunde... yo presidente... cambiar país. A partir de esta frase que repite en distintos contextos, sorprende a la institución escolar por supuesta idea delirante, de decir que sería presidente en el 2030, por este motivo y por otras incertidumbres lógicas de un futuro incierto, solicitan ver la medicación.

A raíz de todos estos malentendidos y desinformación, comencé a pensar en un Programa de Prevención de Patologías agregadas a la Sordera, ya que como claramente lo expresa Oliver Sacks “la desgracia no es la sordera en sí, la desgracia llega con el fracaso de la comunicación y del lenguaje... si no se establece comunicación, si el niño no tiene contacto con un diálogo y un lenguaje adecuados, se presentan... problemas

que son a la vez lingüísticos, intelectuales, emotivos y culturales”¹. Siguiendo este pensamiento, Sacks plantea que “aunque los peligros que acechan a un niño sordo sean grandes, son perfectamente prevenibles”². Ahora bien, surge la pregunta ¿Por qué el programa nacional de detección temprana y tratamiento precoz de la hipoacusia no considera este aspecto? ¿Por qué el discurso médico contempla únicamente remediar la hipoacusia, y no la importancia de la primer comunicación, que de no existir, ocasiona estos gravísimos peligros? Releyendo el Programa Nacional, no se contempla ni siquiera se piensa en una prevención en salud mental, evitando el verdadero sufrimiento psíquico que padecen las personas sordas cuando no logran una integración en su contexto familiar, cuando no son aceptados por su propia familia. Familia que intenta responder a las demandas del sistema, descuidando a su propio hijo como tal, más allá de la sordera de base. Insisto una vez más³, debemos construir programas de prevención, siguiendo a F Dolto, cuando plantea que “seguramente nosotros los psicoanalistas no hemos hecho un trabajo de información suficiente con los pediatras”⁴. Profesionales que tienen el primer contacto con la familia y generalmente arrojan el diagnóstico resaltando todos los “NO PODRÁ” en vez de plantear la plasticidad simbólica de la que habla el Lic Esteban Levin⁵, que al igual que la plasticidad neuronal, brinda posibilidades de constitución subjetiva. Es así que uno como analista puede anticipar subjetividad, allí donde hay un sujeto imposibilitado de advenir por un contexto que reproduce barreras en vez de crear puentes de comunicación.

Siguiendo el trabajo freudiano de elaboración de teoría a partir de la práctica, es que planteo la necesidad de un programa de prevención de patologías agregadas a la sordera de base. Este programa basado en la hipótesis de trabajo según la cual la sordera no es la que causa estas patologías agregadas sino que por el contrario las mismas se originan de la falta de vinculación primaria y de las funciones parentales fallidas en gran escala, ya que los actores de tales funciones no logran sobreponerse al impacto del diagnóstico. Una y otra vez se trabaja en el consultorio sobre ese momento, momento de derrumbe y de angustia, que al no tener una contención, se dificulta aún más el investimento del hijo tal cual es. Con sus límites y con sus capacidades. Siendo que el discurso medico enfatiza una y otra vez en la deficiencia, en la discapacidad, perdiendo de vista al cachorro humano que tiene delante y que para constituirse como sujeto necesita de la palabra de Otro que lo aloje, que además de cuidados y satisfacción de necesidades básicas, abra un espacio, para que el sujeto pueda advenir. Así las patologías agregadas como ser inhibiciones

severas, fobias, impulsividad, trastornos cognoscitivos y emocionales, son la expresión del sufrimiento de sujetos que no se sintieron parte de sus familias, de instituciones escolares, a pesar de la bandera de integración, no comprendidos en su trabajo en la vida adulta, reviviendo una y otra vez el aislamiento inicial, como mecanismo de defensa ante la incapacidad de otros de poder alojar, de poder integrar a un sujeto con diferente forma de comunicación pero no sin ella. La falta de comunicación familiar muchas veces proviene de la creencia “para que le voy a hablar si no escucha”, desconociendo la lengua de señas como una comunicación alternativa para los padres oyentes, una lengua natural de la cultura sorda, que lejos de obstaculizar la posterior adquisición de la lengua hablada le permite al bebé estar inmerso en el lenguaje que le preexiste. Muy diferente es el mundo planteado desde los padres sordos cuando reciben a su hijo sordo. Fundamentalmente invisten a ese cachorro como hijo, no como un ser desconocido, integrándolo desde el primer momento en sus actividades y comunicaciones, manos que acarician y hablan con una simultaneidad increíbles. Viendo una palabra que comienza a formarse a partir de quinemas así como el pequeño oyente percibe el inicio de la palabra hablada a través de los fonemas. Existe la historia y la prehistoria. El relato de generación en generación. Relato de cuentos y de la novela familiar. Relato del que carecen los pequeños sordos hijos de oyentes. Además es importante remarcar que el abordaje de sujetos sordos no debe llevar a sintomatizar manifestaciones culturales, tal como lo ha expresado tan claramente, la licenciada Maria Luisa Benedetti, en su trabajo del congreso anterior denominado “síntoma o cultura”.

Al inicio de mi carrera no dejaba de sorprenderme que frente a la pregunta sobre el modo de comunicación entre padres e hijos, aparecieran respuestas del estilo: no se comunica, se comunica para cosas necesarias, es decir, cuando tiene hambre, por necesidades fisiológicas o para dormir; comunicación por medio de señas caseras o el frecuente discurso materno “le entiendo todo”. Un todo imposible de acceder y bienvenido que así sea. Qué lugar quedaría entonces para el secreto, para la privacidad, si una madre entiende todo hasta sin que el hijo lo diga... “con solo mirarlo ya se lo que va a decir”. De acuerdo a lo relatado recordé a una paciente en estas circunstancias y quería compartirlo con ustedes.

Suyay y sus mandalas

Paciente de 37 años que vive con su madre. Su padre falleció cuando ella tenía 17 años. Tiene dos hermanos que viven cerca, a un par de cuadras pero ella no va sola de visita. Siempre acompañada por su mamá. No continuó sus estudios secundarios, llegando hasta tercer año. Su madre consulta por sugerencia de una mamá a cargo de un taller de imprenta donde asiste su hija, cebadora oficial de mate en el grupo.

En la primera entrevista la madre plantea que siempre estuvieron juntas, que su hija la acompaña a hacer su

trabajo de limpieza. No permanece sola en su casa así como no cruza la calle sola. “es sorda, no va a escuchar la bocina... no me perdonaría eso”.

Por su parte esta mamá tampoco tiene una vida independiente a su hija, había conocido a un hombre que pretendía salir de vez en cuando solos, y ella no podía dejar a su hija.

Suyay ingresa al consultorio sin emitir sonido ni palabra alguna, ni en señas ni en forma oral. Le pregunto en qué piensa que la puedo ayudar y no contesta... así fueron cinco entrevistas en un encuentro que no terminaba de poder efectivizarse como tal. Suyay no contestaba a mis preguntas ni hablaba en forma espontánea. Continué, planteándome si era posible un tratamiento en estas condiciones y frente al silencio manual y verbal, no obstante algo me decía que me entendía, sus ojos no delimitaban ni un sí ni un no, pero parecían decir “tengo algo para decir...” quizás mucho para decir. De pronto en la quinta entrevista, frente a mi pregunta si ella realmente quería venir y contarme lo que sentía o pensaba, obtengo un sí con la cabeza. Ese día fue una gran sorpresa. Ese sí gestual, ese movimiento de la cabeza marcaba un antes y un después en el silencio, algo tenía para decir, alguna voz empezaba a hablar en ella o por ella. Sesión a sesión la expresión fue siendo mayor, pero aún no con lengua de señas. Su madre diciendo que con ella hablaba oralmente, pero sólo con ella porque sólo ella le entendía. Entendía lo que decía y lo que no decía.

Comienza a expresarse y a decirme en señas que le gustaba pintar. ¡Bien! ¿Pintar qué? A la sesión siguiente trae un libro para pintar mandalas. Sus dibujos preferidos, a los que ella comienza a darles un significado. Elige el que más le gusta y lo llama “la voz del corazón”. Esta era la vía de rescate de su subjetividad, lentamente iba apareciendo. Así Suyay me demostraba que la delimitación de la población destinataria para el convenio con ioma no era tan fácil de hacer, seguramente muchos colegas hubiesen determinado que Suyay quedaba incluida en el grupo de los no analizables, sin estas entrevistas previas, sin ese gesto con la cabeza, sin una paciencia lindante con una intensa angustia de mi parte, yo hubiese podido caer en el mismo error.

Luego copiaba unos mandalas similares a flores. Esto la llevó a realizar en su casa un hermoso dibujo de flores cada una con su nombre y muy bien pintadas. Continuamos pintando uno y otro mandala. Realiza en otro encuentro un dibujo sobre ella sola en su casa, no obstante dibuja una persona de género masculino, aparentemente atrás, sobre el que no habla. En sucesivas sesiones le propongo ponerle un nombre a cada mandala de acuerdo a lo que le transmita, a lo que le haga pensar... así comenzamos este camino sorprendente... que comparto con todos ustedes. La tapa de la agenda, que conseguí en una librería de casualidad, la llamó flor. En este encuentro entre nosotras en vía de rescatar la subjetividad, vamos seleccionando nombres uno ella y uno yo. El siguiente

debía nombrarlo yo... “burbujas”, luego ella “tranquilidad”, yo “trébol - suerte, de cuatro hojas”, ella “contenta”, y así sucesivamente, “florecer”, “águila”, “caballitos de mar”, “triste” aquí se queda pensativa. Le pregunto en que piensa. “papá murió” “yo triste”... de pronto sin esperarlo, hablando de la muerte del padre, de su edad, de su sentimiento de extrañarlo. Mandala siguiente “camino” por la rueda. Siguiendo “camino no”, le digo que tiene razón que parecen caminos cortados, especies de laberintos, caminos aparentemente sin salida. Siguiendo “el jardín”, siguiente “nerviosa”. Y por último “estrella”.

Suyay nos enseña con su arduo trabajo analítico, lo distinto que hubiese sido una comunicación en señas, donde no sólo la madre pudiera entenderla. El enigma era por qué no hablaba si me entendía, aunque no estaba muy segura de ello en las primeras entrevistas, luego pudo hablar de lo que ella quería, de sus sentimientos y de sus sufrimientos. A partir de este ejemplo intento transmitir la importancia de un programa de prevención de este tipo de inhibición, y de otros trastornos asociados.

Para ir finalizando planteo que el objetivo general del programa de prevención sería lograr disminuir la prevalencia de las patologías agregadas a la sordera. Objetivo a lograr por medio de acciones delimitadas como ser difusión y capacitación a los equipos de salud de diferentes instituciones sanitarias para implementar una comunicación del diagnóstico de manera interdisciplinaria. El equipo de comunicación estaría formado en primera instancia por un médico pediatra, psicólogo, trabajador social y un abogado. Ya que estos profesionales aportarán una información y contención, así como un asesoramiento de recursos y derechos, de vigencia de leyes que amparan y protegen el derecho a la salud en primer lugar. No debemos olvidar que muchas veces el desconocimiento y la pobreza traen aparejadas las mayores patologías agregadas. Dicho equipo interdisciplinario además de la comunicación del diagnóstico, estará capacitado para poder responder a urgencias e inquietudes de las familias. Trabajando fundamentalmente sobre las expectativas depositadas en el hijo. Alojando a los padres, con sus temores y con sus angustias, permitiendo de esta manera que no sea el recién nacido receptáculo de estos sentimientos. Trabajar sobre las fantasías y sentimientos de culpa que ocasionan en muchos casos un intento de compensación que lejos de compensar termina enfatizando y provocando el verdadero riesgo, rechazo o sobreprotección. Así se piensa en un abordaje en conjunto y no sólo del niño sordo. Aquí remarcamos una y otra vez que la sordera por sí sola no es la que discapacita sino que lo que puede llevar a los graves riesgos como lo planteaba Oliver Sacks son los trastornos en la comunicación y en el lenguaje. En caso de tratarse de padres sordos, se deberá contar con un intérprete en la transmisión de información y alternativas posibles no enfatizando en criterios de normalidad o enfermedad. Respetando un marco cultural y social, que precede y rodea al recién nacido.

Hasta el momento la respuesta ante la propuesta del

presente programa ha sido que no existe prevención en salud mental y menos en el campo de la sordera. Pues bien, en eso estamos de acuerdo, que no exista no quiere decir que no pueda y deba existir. Desde esta concepción, que me resisto a creerla una utopía, es que los invito a construir juntos y a concientizarnos sobre la importancia de un programa de prevención en salud mental, de prevención de patologías agregadas a la sordera de base.

Notas

¹Sacks Oliver. Veo una voz. Viaje al mundo de los sordos. Anagrama.

²Ídem.

³Salvador Ayelén. Revista Colegio de Psicólogos. Dossier Científico. El sujeto en la discapacidad. Aportes de la comunicación alternativa en el tratamiento psicoanalítico.

⁴Dolto F. El caso Dominique. Siglo XXI

⁵Levin Esteban. La experiencia de ser niño. Plasticidad simbólica. Nueva visión.

Cómo voy aprendiendo a leer y escribir.

Programa nuevo en Isa

Psicop. Virginia Sartori. Experiencia en el trabajo áulico y los gabinetes de fonoaudiología en el 1° Ciclo del Programa de LSA del Colegio CAIPAC.

En esta presentación vamos a referirnos a la intervención de los equipos del Colegio Caipac en la adquisición y el desarrollo de la lectoescritura en niños sordos incluidos en el Programa de LSA.

En esta oportunidad abordaremos puntualmente el trabajo en un grupo de niños pequeños entre 6 y 9 años de edad pertenecientes al primer ciclo de la Educación Primaria. Todos ellos concurren al colegio con su equipamiento auditivo, ya sean audífonos o IC.

El 50% de estos niños realizan un aprovechamiento funcional de su audición para desarrollar habilidades auditivas complementarias que los favorezcan en el proceso de adquisición de la lectoescritura, teniendo en cuenta que este aprendizaje lo realizan fundamentalmente a través de la LSA.

El otro 50% donde no es posible el desarrollo de estas habilidades auditivas las estrategias utilizadas son exclusivamente visuales.

Los equipos de trabajo que intervienen en la adquisición y desarrollo de la lectoescritura están conformados por:

Directivos

Profesora de Sordos e intérprete en LSA.

Profesor Sordo Nativo en LSA.

Profesionales de los gabinetes de Psicopedagogía.

Profesionales de los gabinetes de fonoaudiología.

Una experiencia de trabajo en Psicomotricidad con niños sordos

Lic. Mayra Ruth Shalom- Psicomotricista (Universidad Nacional de Cuyo)

En el año 2008 se da lugar a la apertura de un taller de Psicomotricidad en una escuela bilingüe de niños sordos en la Provincia de Buenos Aires. Es una escuela pequeña, cuyos lineamientos generales son muy afines a los fundamentos teóricos y a la concepción de sujeto que desde este taller se propone trabajar, por lo que el trabajo en conjunto con el equipo docente de la escuela, ha enriquecido esta experiencia. Las conceptualizaciones y reflexiones que se desprenden de esa práctica, es lo que este trabajo se propone presentar.

¿De qué Psicomotricidad estamos hablando?

Como toda disciplina, el marco teórico de referencia, da forma y contenido a la práctica. Organiza una manera particular de observar, de comprender lo observado, de intervenir y hasta de disponer el espacio, el tiempo, los objetos. Fundamenta una técnica particular y un sistema de actitudes del profesional a cargo.

Este trabajo se encuadra en el campo de la Psicomotricidad en Argentina, en el que Myrtha Chokler ha hecho importantes aportes, integrando los desarrollos de Bernard Aucouturier, para quien el objeto de estudio y el instrumento de la práctica psicomotriz es la expresividad motriz. Esta nos devela los procesos de expresión y comunicación verbal y no verbal, de identificación, de creación y de descentración. Aucouturier, Derrault y Empinet (1985), explican cómo el cuerpo en acción revela aspectos de la personalidad, de la historia y de la organización interna del sujeto: "La proxemia, la postura, la dirección de la mirada, la mímica y la utilización motriz del espacio, los materiales y el tiempo, son señales indicadoras de una red de interrelaciones: cuerpo-alma, vida-materia, individuo-grupo, pasado- presente-futuro. En el presente de una actividad motora se pueden encontrar claves del pasado, de las perspectivas futuras y del intercambio afectivo, cognitivo y social" (B. Aucouturier, Derrault, & Empinet, 1985).

La actitud global del sujeto, manifestación integrada de la postura, del tono y del movimiento, se presenta desde su expresividad motriz, revelando sus aspectos más saludables o patológicos, maduros e inmaduros, desarrollos demorados, deficitarios o equilibrados.

El taller de Psicomotricidad

Se parte del dispositivo diseñado por el mismo Aucouturier para el trabajo en psicomotricidad en el ámbito educativo. Se organiza la sesión respetando el itinerario de maduración de los sujetos, favoreciendo el paso "del placer de pensar al placer de actuar" y permite, de esta manera, que se reasegure en este proceso. El

objetivo esencial de la sesión es facilitar la evolución de la expresividad motriz de los niños. A partir de este concepto se propone una práctica organizada en un dispositivo temporal y espacial:

-Tiempo y lugar para un ritual de entrada durante el que se realiza el pasaje del afuera al adentro, se recuerdan las reglas del espacio para garantizar el cuidado de todos y se constituye una primera instancia de encuentro.

- Tiempo y lugar de la expresividad motriz en el que se favorece el despliegue de las actividades de juego motor y simbólico.

-Tiempo y lugar para la expresión grafo- plástica que puede aparecer a través del modelado, dibujo o construcciones.

- Tiempo y lugar para el ritual de salida, preparación para el afuera. Se despide a los niños enunciando el próximo encuentro, anticipando la continuidad del espacio en la siguiente sesión.

Se favorecen las actividades sensoriomotrices (saltos, caídas, rolidos, trepados, giros), hay una plataforma para saltar en profundidad, colchonetas, almohadones, bloques y bastones de gomaespuma, pelotas, telas, palanganas, etc. También se favorecen los juegos de construcción- destrucción con bloques, juegos de "como si", como ser, luchas y combates, entre otras cosas. Los objetos que se presentan no son juguetes, no tiene una forma predeterminada, sino que permiten que cada vez el niño le asigne su propia significación.

En la sesión, el rol de psicomotricista es organizar el dispositivo espacial y temporal; garantizar el encuadre, el cuidado de los niños, la estabilidad y la seguridad del espacio que habilita. En el juego, se posiciona como partenaire simbólico. Se dispone tónica y emocionalmente para el acompañamiento. En este sentido la formación personal y el trabajo corporal del psicomotricista son necesarios para revisar y registrar su sistema de actitudes. La escucha activa, la paciencia, la comprensión y la disponibilidad corporal del psicomotricista son, junto con la formación teórica y técnica, los recursos privilegiados para acompañar los procesos de transformación en los niños.

¿En qué sentido es pertinente la Psicomotricidad en el trabajo con niños sordos?

A través del despliegue de la expresividad motriz espontánea, de la exploración y del juego, el niño accede progresivamente a formas más complejas de simbolización. El juego es solidario al desarrollo de estos

procesos de construcción de recursos simbólicos. El espacio de Psicomotricidad tiene la ventaja de permitir el despliegue de múltiples discursos simultáneamente. El relato del juego, a qué juega, cómo juega, con qué, con quién, cuál es la postura, el tono, los movimientos, los ritmos, que lugares inviste, de qué manera lo hace, entre otros elementos a observar, además de las producciones gráficas, el modelado y por supuesto, la palabra hablada, en este caso, en Lengua de Señas. Los sonidos, los gritos, la necesidad de salir o entrar a los espacios, de ir al baño, a tomar agua, cubrirse, abrigarse, envolverse, apagar las luces o prenderlas. Se abre el juego a un espacio polisémico.

Es posible pensar que en los niños sordos los procesos de simbolización de desencadenan de manera diferente, sobre todo y especialmente, cuando sus padres y su contexto afectivo es de personas oyentes no señantes.

Es habitual observar a los niños oyentes que se calman al oír la voz de la madre a la distancia, bajando los niveles de ansiedad y todos los beneficios que esto trae respecto a la autonomía, a la capacidad de espera, de sostenerse representándose a la figura de apego que va a venir, sólo escuchando la voz a la distancia. Los bebés sordos, puede pensarse que han de tener muchas sorpresas, sobresaltos y falta de anticipaciones, aunque el tono, la gestualidad, la postura, entre otros, operan en la comunicación, no así si no está el otro dentro del campo visual. La calidad del vínculo estará muy atravesada por el registro que los adultos tengan de las necesidades específicas de este niño sordo, en tanto anticipaciones, relatos basados en lo visual y el diálogo tónico que así como a otros niños, da claridad al contenido de lo que se le está comunicando. Algunas reflexiones acerca de la Lengua de Señas y los procesos de simbolización

En la institución en que se inscribe esta práctica de Psicomotricidad, se propone a los niños la Lengua de Señas como primera lengua, entendiendo las implicancias que tiene en la construcción de la subjetividad y en el desarrollo global, emocional, cognitivo y es posible agregar, en el desarrollo de la motricidad, de la seguridad postural y del equilibrio. Es posible reconocer cómo los niños se reorganizan posturalmente al apropiarse de la lengua de señas. Se adueñan de un código compartido y se abren a la comunicación con todas las implicancias que esto tiene en cuanto a las referencias espaciales y temporales, y su cuerpo posicionado simbólicamente en un espacio.

Las particularidades surgen del trabajo con niños sordos

Se observa a los niños en toda su expresividad motriz, qué ocurre con la seguridad postural, el equilibrio, si aparecen rigideces o torpezas, si hay inestabilidad, pasividad o impulsividad, entre otras cosas. La actitud -síntesis del tono, la postura y el movimiento, expresión misma de la emoción- da cuenta de una determinada manera de ser y

estar en el mundo, pero también de una manera particular de disponerse para la comunicación, para la exploración y hasta para el aprendizaje.

En el espacio de Psicomotricidad aparecen juegos muy particulares. Recurrentemente se tapan los ojos, con telas o con las manos, que en niños sordos implica un compromiso diferente en tanto no oyen la palabra del adulto ni hablan ellos durante esos períodos. Implica perder el control, a veces en el juego es como esconderse o desaparecer. Desde la técnica, es preciso pensar formas no invasivas de intervención, para poder sostener el contacto cuando se hace necesario, pero respetando su privacidad. Juegan también con palanganas grandes, metiéndose adentro de una y cubriéndose con la otra. Es un espacio resguardado, continente, en que muchas veces se inicia un juego de comunicación con golpecitos y aprovechando la vibración posible de percibir con estos materiales. Hay alternancias, golpes de distinta intensidad en diferentes lugares, que desencadenan respuestas. Balanceos y traslados, como una comunicación alternativa a la visual, la percepción de la vibración y el balanceo pareciera generarles mucho placer.

El espacio de Psicomotricidad habilita una particular manera de ponerse en movimiento, de reapropiarse de su cuerpo, de restaurar la relación entre el cuerpo, el psiquismo, la emoción, en una integración posible. Muchos de los niños sordos han atravesado a su vez intervenciones médicas o no, pero han sido -sin malas intenciones- cuerpos manipulados e invadidos, por no saber cómo decirles las cosas, sucede que se los lleva y se los tare casi sin avisar, cuerpos que precisan que se les haga un lugar respetuoso, confiable y seguro para expresarse. Es el cuerpo en muchos casos y durante un tiempo importante, único modo de ser entendido y de hacerse entender.

Por lo tanto, a través del juego se promueve el reaseguramiento profundo de los niños en su cuerpo, del sentir que son un cuerpo, que puede abrirse a la comunicación y al encuentro con el otro; sin inhibirse, cerrarse o rigidizarse; sin fundirse, desparramarse o arrojarse hacia el otro o lo otro. Es desde este lugar que habilitar un espacio para que el cuerpo reactualice su vivencia de ser cuerpo, cobra una trascendencia vertebral, sobre todo para que devenga una experiencia de placer reparadora. Se acompaña a los niños en este recorrido del acto al pensamiento, de lo que aparece de manera cruda en el cuerpo, impulsiva, carnal, o inhibitoria y paralizante; hacia procesos de simbolización y representación cada vez más simbólica; y esto es a través del juego, privilegiadamente a través del juego sensorio motor, progresivamente hacia juegos cada vez más simbólicos.

Se trata por lo tanto, no solo de lo que la psicomotricidad puede aportar al acompañamiento de niños sordos en sus particularidades, sino de lo que el trabajo con niños sordos puede aportar a la psicomotricidad, reafirmando la premisa de que el cuerpo es depositario de proyecciones,

de deseos, de historias, de afectos, de ilusiones y desilusiones; de esperanzas y de esfuerzos; pero sobre todo disponiéndose a sorprenderse, para aprender, observar, descubrir; y con mucha seriedad y compromiso, conceptualizar, teorizar, comprender e intervenir, volver al encuentro con el niño sordo con el desafío de entenderlo cada vez más en su singularidad.

Violencia de Género desde una perspectiva Sorda.

Vianney Sierralta Aracena

Resumen

Las narraciones biográficas de las mujeres dentro de la Comunidad Sorda suelen asumir características que les son propias, que sobrepasan las teorías existentes sobre violencia y discapacidad, por lo que el propósito de este trabajo es generar una nueva perspectiva en los y las profesionales del área de Salud Mental y Trabajo Social contribuyendo a una mejor comprensión de las problemáticas de la violencia de género contra las mujeres Sordas dadas en un espacio lingüístico, cultural y comunitario específico.

A través de un ejercicio de contraste entre las experiencias de violencia referidas por las mujeres Sordas en la cotidianeidad comunicativa con sus pares y la bibliografía existente relativa a la violencia contra las mujeres en general, contra las mujeres con discapacidad y contra las mujeres Sordas en particular, se contribuye a consolidar una formación que les permita prevenir, detectar, asistir y atender a las víctimas Sordas de la violencia de género.

Medios de comunicación y cultura sorda

Walter Solar; Jackeline Miazso

El caso del implante coclear de los sujetos Sordos en la resignificación que realiza la prensa sobre Implante Coclear (IC), para una mejor comprensión sobre las condiciones sociales de desarrollo a las que están expuestas la mayoría de los integrantes de la comunidad Sorda. La temática de la Sordera, en tanto fenómeno social aparece de manera escasa en el discurso periodístico de actualidad. En este contexto, es posible propiciar un encuentro disciplinar entre el campo de la Comunicación Social, en tanto proceso social y cultural que involucra al hombre en todas sus dimensiones; y la Educación Especial en la que se incluye a los sujetos Sordos, procurando su desarrollo integral de acuerdo a las particulares potencialidades de cada sujeto. Para ello, desde la perspectiva del Análisis Crítico del Discurso (ACD) se pretende reconstruir una particular visión del mundo y de los protagonistas de esa realidad, transparentando los aspectos discursivos de las disparidades o desigualdades sociales. El corpus de análisis pertenece a las ediciones on-line de los Diarios Clarín (www.clarin.com) y La Nación (www.lanacion.com) en el período comprendido entre el 1 de mayo de 2004 y el 1 de marzo de 2010, a partir de la selección léxica "implante coclear". Consecuentemente, esta indagación pretende constituirse en un aporte a la multiculturalidad, en tanto que desde el posicionamiento de la actividad del comunicador social resulta relevante problematizar los discursos sociales.

Telecomunicaciones y Salud Mental

Alfred Sonnenstrahl

Esta presentación tratará sobre la historia de cómo las telecomunicaciones para gente sorda se convirtieron en una realidad. Luego trataré sobre cómo podemos aprovechar las ventajas de la tecnología actual en comunicaciones, para mejorar los servicios de salud mental.

Antes de comenzar, déjeme explicar mi “background”. Soy parte de una familia de sordos de cuarta generación. Mis padres eran sordos, yo soy la segunda generación, mis dos hijos son sordos, y sus hijos, la cuarta generación, también son sordos. Mis padres no tuvieron educación universitaria, pero yo y todos los demás miembros de mi familia se graduaron en una universidad, excepto el más joven, quien está en la secundaria.

Trabajé por diez años como Director Ejecutivo de Telecomunicaciones para Sordos, Inc., (Corporación), (TDI). En este rol, yo estaba muy involucrado en proveer la base legal y las políticas telecomunicacionales para la expansión de servicios de telecomunicaciones de señales (“relay”) para sordos estadounidenses en los EE.UU.

Ahora sigamos con la historia de las telecomunicaciones. En los 40, American Telephone and Telegraph (AT&T)/ Western Union, usaban máquinas de teletipo de enorme tamaño, muy voluminosas, para transmitir las noticias. En los 60, estas máquinas fueron obsoletas. Robert Weitbrecht, un físico sordo, desarrolló un “coupler” que podía ser utilizado para conectar la máquina de teletipo a la red telefónica. TDI fue creada para entrenar voluntarios sordos para recoger las máquinas de teletipo obsoletas desde AT&T, reacondicionar las máquinas y distribuir las a hogares con sordos por el país. La gente sorda ahora podía comunicarse, llamarse unos con otros, vía “teléfono” usando su máquina de teletipo (TTY) y así tipearse entre ellos. TDI también desarrolló una guía especializada con números telefónicos de TTY; esta guía era publicada anualmente y era llamada el “Libro Azul”.

Pero la gente sorda quería comunicarse o llamar a gente acústica/oyente por varias razones... cuestiones familiares, negocios, para ordenar comida, etc. Entonces, luego vino Servicios Voluntarios de TTY “relay”. Gente acústica / oyente fue voluntaria para establecer centros con TTYs. De esta manera, la gente sorda podía llamar a gente acústica/oyente a través del centro de “relay” y así, estar conectado con un voluntario quien leía los mensajes TTY y estos mensajes eran enviados a oyentes quienes los recibían y viceversa. Sin embargo desde el punto de vista financiero esto no era posible, y las horas eran limitadas. Finalmente, varias comunidades y estados de los EEUU empezaron a establecer TTY “relay” services, utilizando diferentes mecanismos para financiarse, como donaciones y cargos adicionales.

Durante los esfuerzos legislativos que condujeron al Acta de estadounidenses con discapacidades de 1990 (ADA), yo estuve muy involucrado como director del TDI en trabajar con el Congreso de EEUU para que se aprobara el título IV del ADA. El título o punto cuatro ordenaba a las compañías telefónicas a proveer servicios de telecomunicaciones “relay” (TRS) para discapacitados auditivos y discapacitados del habla, 24 hs. por día, los 7 días de la semana. Hacia 1993, TRS tenía que ser establecido en cada estado del país.

La ventaja del TRS era, por supuesto, que las conexiones entre las personas que llamaban eran entre sordos y acústicos/oyentes. Una desventaja significativa era que la transmisión era más lenta. La transmisión de la voz se “taimeaba” a 150-200 palabras por minuto, pero con el TTY, la transmisión era sólo de 20 a 40 palabras por minuto, ya que tipear una palabra demora más que decirla.

A medida que pasaba el tiempo, la tecnología de video mejoró; hacia el 2001 los servicios de video “relay” (VRS) empezaron a emerger. VRS usa videos en lugar de máquinas TTY, con intérpretes de lenguaje por señas sirviendo como agentes de comunicación entre los que llaman, tanto sordos como oyentes, (video con personas sordas y teléfono con personas oyentes). La ventaja del VRS es definitivamente la conexión. La transmisión es mucho más rápida. La transmisión del lenguaje por señas a 150-200 palabras por minuto es la misma que la transmisión de la voz, con 150-200 palabras por minuto. Esto apoya el principio de la equivalencia funcional en términos de servicios telefónicos para sordos y oyentes. Ya que VRS es financiado por compañías telefónicas en los EEUU, está limitado solamente al servicio telefónico.

Un sistema similar, llamado “interpretación remota de video” (VRI), podría ser disponible para proveer servicios de salud mental a través de telepsiquiatría o teleterapia. VRI sucede cuando los intérpretes del lenguaje por señas pueden ser provistos a través del video en áreas donde es difícil conseguir intérpretes del lenguaje por señas, en persona. Esto es bueno para áreas donde no hay proveedores de salud mental por señas/ signos. La tecnología del video debe establecerse en un lugar donde el cliente sordo y la persona oyente (clínico de salud mental) se estén comunicando y el intérprete del lenguaje por señas pueda ver a los dos individuos a través del video y proveer comunicación por señas o hablar, según se necesite. Esto acorta el tiempo de viaje para los intérpretes y hace más fácil obtener los servicios de interpretación sin tener que contar con alguien en persona.

Los temas en esta lista deben ser considerados antes de iniciar servicios remotos:

- Calidad del intérprete.

- Acuerdos con los intérpretes
- Disponibilidad de internet
- Tamaño o velocidad de banda ancha
- Y disponibilidad e interoperatividad del hardware y software.

Sin embargo, comparado con el pasado, mucho más es posible ahora, al proveer servicios de salud mental a un rango más amplio de personas sordas que requieran de estos servicios.

Factores psicológicos a considerar en la evaluación para implante coclear

Lic. Patricia Yacovone

Psicóloga del equipo de implante coclear del Hospital Garrahan y del Centro de Investigaciones Otoaudiológicas

El objetivo del presente trabajo es transmitir la experiencia clínica realizada en el servicio de otorrinolaringología del hospital Garrahan en la evaluación de niños en protocolo para implante coclear, describiendo las características psíquicas generales de esta población, las particularidades que presenta esta evaluación psicológica en función de los casos observados y las conclusiones generales que determinan aspectos específicos a evaluar para evitar fracasos posteriores en el uso del dispositivo.

El pensamiento es la capacidad que tiene el cerebro de elaborar los elementos de la realidad que nos llegan a través de los sentidos y que nos permiten interactuar con el mundo.

El pensamiento está ligado a la percepción.

El lenguaje es un proceso que permite la comunicación, con signos verbales y gráficos que llegan a partir de los sentidos y que representan la realidad la que interactuamos.

La palabra tiene un doble anclaje, la percepción y el pensamiento. Por este motivo si no se rehabilita para encontrar un código de comunicación que pueda ser percibido (vista – tacto), se afecta el desarrollo del pensamiento el cual solo llegará a la acción de la realidad (pensamiento concreto).

Estructuración psíquica del niño sordo:

Se determinan las características de la estructuración psíquica en el niño y en los padres, marcando las diferencias entre la sordera pre-lingual y post lingual.

El soporte en la estructuración psíquica en los niños sordos lo da el vínculo de la madre con el niño centrado en las imágenes visuales táctiles y olfativas, que pasan a constituir los “ruidos psíquicos”.

Observamos que en los casos clínicos en los que no aparece este lenguaje visual primario desde la madre, hay fallas en la constitución psíquica del niño.

Características de personalidad del niño sordo:

Son sensibles, más pueriles, egoístas, tienen dificultades para prestar objetos, necesitan recibir constantemente muestras de afecto, son desconfiados, suelen tener cambios bruscos de humor, conductas hiperactivas y violentas.

Estas características se atenúan en la medida que adquieren un código de comunicación con el otro y los padres comparten dicho código, bajando el nivel de ansiedad de los mismos al poder comprender a su hijo.

La evaluación psicológica pre-implante: es una herramienta necesaria para poder ver la estructuración psíquica del niño, si hay fallas en la misma, ya que de ser

así se comprueba en los casos clínicos observados que tienen dificultades en el encendido y ante la emergencia del sonido.

En la mayoría de los casos, se observa una madre que no pudo soportar el impacto narcisístico ante la falta de audición de su hijo.

No pudo desear comunicarse y funcionar como un yo auxiliar para la decodificación con el medio. Por lo cual hay ausencia de significación, falta de deseo.

Evaluación psicológica pre-implante coclear:

- entrevista familiar
- hora de juego diagnóstica
- técnicas proyectivas psicológicas de evaluación

Factores a evaluar:

- indicadores psicopatológicos dentro de la estructura y dinámica familiar. aceptación del cuadro auditivo y grado de expectativas ante el dispositivo de los padres. Grado de compromiso familiar en la rehabilitación.
- se evalúa si aparecen indicadores de algún trastorno generalizado del desarrollo temprano. Nivel de juego e indicadores psicopatológicos a nivel lúdico en el niño.
- se evalúa si aparecen indicadores psicopatológicos que indiquen trastornos psicóticos, estructuras límites de personalidad, trastornos narcisistas, etc.

Características de la muestra tomada para el presente trabajo:

En los casos observados:

- En la evaluación psicológica no se detectaron al momento de la realización de la misma indicadores que desde el punto de vista emocional pudieran indicar una posterior dificultad en el encendido del dispositivo.
- El paciente presentaba al momento de la evaluación algún tipo de comunicación con el terapeuta, ya sea con señas caseras, LSA, lectura labial y/o lenguaje oral.
- En ninguno de los casos observados con dificultades en el encendido son pacientes con una pérdida auditiva post-lingual, como por ejemplo una meningitis.

En todos los casos observados al presentar el paciente rechazo al encendido, con indicadores conductuales como, crisis de angustia y/o conductas regresivas, se pudo concluir a partir del abordaje psicológico posterior las siguientes conclusiones:

- 1 En la mayoría de los casos había situaciones vinculares dentro del grupo familiar de agresión física y/o verbal, la mayoría con el niño, las cuales no fueron detectadas y en algunos casos ocultadas dentro del proceso de evaluación previo a la cirugía.
- 2 En todos los casos se comprobó un ocultamiento

de los padres al terapeuta evaluador, en relación al uso de los audífonos, siendo en todos los casos muy irregular o solo sostenido en el medio escolar y descartado dentro del hogar.

3 En todos los casos se ocultó en la evaluación psicológica situaciones de conflictos graves dentro del grupo familiar: separación de los padres, mudanzas, cambios de escolaridad, embarazo de la madre, y se detectó que la familia no siguió con las indicaciones de los profesionales fonoaudiólogos y rehabilitadores durante el período posterior a la cirugía.

4 En todos los casos si bien el paciente mostró al terapeuta una buena intención comunicativa durante la evaluación, ese código de comunicación en el abordaje psicológico posterior se observó que no era utilizado por el paciente con el grupo familiar. Incluso los padres llegaron a aclarar que su hijo emite palabras solo en el medio escolar, pero no en el hogar.

En función de lo observado quiero presentar tres casos ejemplificadores:

1. En el primero de los casos observados, se trata de una niña que fue implantada a los cuatro años. Luego de la evaluación en la cual concurren ambos padres, los mismos aún vivían juntos. En febrero previo a la cirugía la familia se muda y los padres se separan. La niña ve al padre por última vez al salir de la anestesia, luego de la cirugía.

Luego en pleno proceso de rehabilitación comienza a vincularse con la nueva pareja de su madre.

Ante el encendido del IC la niña presenta una crisis de angustia con llanto impidiendo que la fonoaudióloga siga el proceso de calibración del mismo.

La conducta de la madre ante la negativa de la niña fue negativa, pudiéndose observar en el posterior abordaje terapéutico que la agredía físicamente cada vez que su hija no respondía positivamente.

También se observó que si bien la niña tenía una buena intención comunicativa con la terapeuta y podía comunicarse con señas y sonorizaciones, con la madre no podía sostener ese código comunicacional. La madre le hablaba de espaldas y mantenía un gesto de enojo permanente frente a su hija.

También la mamá no respetó los tiempos e indicaciones de la fonoaudióloga para ponerle el IC.

Se pudo lograr el encendido luego que la mamá trabajara terapéuticamente su frustración ante su hija hipoacúsica, bajara su ansiedad, aceptara la condición de la misma, respetara las indicaciones y modificara su comunicación con su hija, así como la expresión gestual ante ella.

Cambios ambientales

Pérdidas de vínculos de sostén para el niño

Mala comunicación con la niña previa a la cirugía

2. Niña implantada a los 8 años.

La mamá cambia a la niña de escuela un mes antes de la cirugía, a una escuela oralista, habiendo concurrido la paciente hasta ese momento a escuela con lengua de señas, sin respetar las indicaciones profesionales.

Al momento de la operación, la mamá se encontraba embarazada de su segundo esposo y conviviendo con el mismo. Estos hechos no aparecieron informados dentro del proceso de evaluación psicológico previo a la cirugía.

La niña al momento de la operación deja de convivir con su tío materno, quién funcionaba como figura paterna, ya que el padre la rechazó luego de confirmarse el diagnóstico de hipoacusia.

Ante el primer encendido la niña muestra una crisis de angustia rechazando continuar con la rehabilitación y manifestando cambios de conducta ante la presencia de la madre en el consultorio.

Luego de comenzar el trabajo psicoterapéutico, la niña logra expresar mediante gestos y dibujos al terapeuta que el esposo de su madre la agredía cada vez que ella en la casa emitía algún sonido oral espontáneo.

La mamá ante esta información se separa del esposo y vuelve a vivir con el tío de la niña, luego de este hecho comenzó la niña a permitir que se le coloque el dispositivo y luego que se lo encienda.

Ocultamiento en la evaluación de hechos y cambios ambientales importantes

Pérdida de la figura de sostén emocional para la niña

Agresión ante toda comunicación oral de la paciente dentro del hogar

Escasa comunicación con la madre

3. Adolescente implantado a los 17 años.

En la evaluación psicológica previa no se obtuvieron indicadores psicopatológicos. El paciente mostraba una aceptación del dispositivo y contaba con un buen lenguaje oral para comunicarse.

Luego del rechazo ante la emergencia del sonido, ante el primer encendido, el paciente manifestó fantasías de que el ruido le destruiría su cerebro (las cuales son muy frecuentes). Luego de trabajarse las mismas aparecieron otros indicadores como: los padres mantenían un conflicto entre sí debido a que el hijo fue adoptado y decidieron quedarse con el mismo a pesar de la hipoacusia, pero recriminando esta decisión el padre a la madre.

Se pudo observar en la psicoterapia que los padres no se comunicaban con su hijo, decían no entenderlo, a pesar que el paciente mantenía buenos vínculos con pares oyentes. No compartían ninguna mesa o reunión por la molestia que les causaba el sonido de la voz de su hijo y rechazaban todo vínculo de su hijo con pares hipoacúsicos.

En este caso el paciente respondió al deseo de sus padres de implantarse, sin desearlo realmente y los padres solo querían una reparación mágica a su narcisismo por no haber podido tener hijos propios y luego haber adoptado un niño hipoacúsico.

Se puede concluir: A partir de estos hechos observados clínicamente, tenemos la necesidad de modificar aspectos dentro de la evaluación psicológica pre-implante, con el fin de detectar los indicadores comunes obtenidos en los abordajes psicológicos luego del rechazo a la emergencia del sonido ante el primer encendido.

Con este fin es imprescindible que tanto en la hora de

juego diagnóstica, como en la entrevista inicial se incluya a los padres o grupo familiar conviviente.

De esta forma se puede detectar el modo de vinculación que tienen los padres con el niño, como reaccionan ante consignas o hechos ante los cuales los niños no responden adecuadamente, el modo y tipo de comunicación que sostienen dentro del hogar y el grado de aceptación o no de la problemática auditiva de su hijo.

Estos datos luego si se pueden unir a los resultados formales obtenidos en las pruebas psicológicas administradas.

También resulta imprescindible una buena comunicación con las rehabilitadoras, las cuales pueden detectar fuera de la evaluación psicológica alguno de los observables mencionados.

Talleres de convivencia

Escuela de Educación Especial N° 29: “Dr. Osvaldo Magnasco”

Lic. Irene Zeroleni- Psicopedagoga; Lic. Veronica Eiroa- Psicologa; Lic. Romina Gryciuk

La exposición propone compartir las experiencias de los Talleres de Convivencia desarrollados en la escuela a partir del año 2009 con la participación de alumnos pertenecientes al 2° ciclo. La tarea del equipo de gabinete escolar es acompañada por un interprete de Lengua de Señas Argentina.

Actualmente los alumnos, a partir de 3° grado, concurren a los talleres en forma quincenal, transformándose en un espacio reconocido y valorado por los alumnos, que ha favorecido reflexiones y las líneas principales de trabajo son: Generar un espacio que fomente el hábito de escucha, utilizando la comunicación como medio para la resolución de conflictos.

- Reflexionar sobre actitudes que generan malestar y conducen a hechos de violencia.
- Destacar la importancia de la comunicación y la convivencia para construir identidad, resolver conflictos y organizarse para fines comunes.
- Fomentar la reflexión, elaboración y construcción de la identidad sorda, cultura sorda – cultura oyente
- Pensar la discapacidad y sus diversas formas de discriminación.
- Trabajar las diferencias relativas a género, sexualidad y cultura.

TALLERES

Papel de los profesionales sordos. “Advocacy” por hacer visible una población invisible

Dr. Jean Dagrón

En unidades de atención a la salud, los profesionales sordos ocupan diferentes funciones:

De recepción de pacientes, lo que garantiza las mejores condiciones de confianza entre el paciente sordo, el servicio y el personal de salud.

De auxiliares de enfermeros, lo que favorece la comunicación y evita el aislamiento del paciente sordo hospitalizado. Actualmente existe un diploma en Marsella que forma 5 auxiliares sordos por año.

De prevención de salud.

De asistentes en consultas de salud mental y de patologías crónicas.

De expertos lingüísticos evaluando y perfeccionando las competencias lingüísticas del personal.

El significado de la Sordera y la hipoacusia/Discapacidad Auditiva como identidad: Sus implicancias en la salud mental.

Dra. Irene Leigh (EEUU)

Le pregunto al público: ¿cómo describirían a una persona sana mentalmente? ¿Cuáles son las características que posee una persona para definirse como mentalmente sana?

Hay un número de características que podrían ser incluidos, por ejemplo, la capacidad para funcionar apropiadamente en la vida, capacidad para hacerle frente a los problemas con ecuanimidad, capacidad para relacionarse con otros apropiadamente y siguen... ¿Cómo se articulan todos estos?

Un sentido del Self consistente... Antes de hablar sobre la Sordera y Discapacidad Auditiva como identidad necesitamos explorar un poco sobre el Self.

En su revisión bibliográfica, Susan Harter (1999) una famosa psicóloga del desarrollo, centrada en el interjuego entre los procesos cognitivos, sociales y emocionales que contribuyen al desarrollo de Self, detalla varias perspectivas acerca de cómo el Self se desarrolla, incluyendo:

Construcción de narrativas que provienen en parte de nuestra memoria autobiográfica.

Interacciones con los cuidadores que forman nuestras representaciones del Self (basado en la Teoría del Apego). La contribución de las experiencias sociales tempranas a la estructuración y el contenido de las apreciaciones del Self que producen psicopatología.

I-self and Me-self as contributors to the self, based on William James.

Habrà una discusión sobre como se construye el Self. Basado en los comentarios del público, se mencionaría que el Self puede ser una entidad singular, con componentes que reflejan lo social, lo físico, la personalidad, y las dimensiones de lo emocional que interactúan uno con otros. Todos tenemos nuestras propias representaciones del self.

¿Cuál es la relación entre el Self y la identidad? La percepción de uno mismo forma parte de la constelación de la identidad. Frecuentemente se usa identidad y Self como términos intercambiables.

¿Cuán importante es la identidad de la Sordera y la Discapacidad auditiva dentro del Self, especialmente para la Salud mental? Las personas necesitamos ser resilientes para poder avanzar en la vida. La habilidad para soportar la adversidad está basada en parte en tener un fuerte sentido acerca de quiénes y cómo somos y de nuestras aptitudes.

Entonces necesitamos entender estas identidades y su rol en la salud mental. Y cómo estas identidades pueden fortalecer a la persona sorda.

¿Qué es la Sordera y la identidad sorda? Se le preguntará al público qué piensa sobre estas identidades. Esas perspectivas nos llevarán a una discusión sobre los fundamentos teóricos de la identidad Sorda y la identidad de la hipoacusia/Discapacidad Auditiva y los diferentes modos en que cada una puede influenciar la salud mental. Nosotros examinamos los siguientes paradigmas: El marco teórico de la discapacidad (Weinberg & Sterritt, 1986); El desarrollo de la identidad racial (Glickman, 1996); Identidad social (Bat-Chava, 2000, Stinson and colleagues, 1992, 1996, 2000), Aculturación (Maxwell-McCaw & Zea, 2011), y Narrativa (Breivik, 2005; De Clerck, 2007, Ohna, 2004). Presentaremos los resultados que conciernen a estas identidades y las adaptaciones psico-sociales. Estos resultados enfatizan la importancia de internalizar y sentirse cómodo con la identidad relativa a la sordera, para ser más resiliente al afrontar los desafíos diarios. Estos resultados son reforzados por historias de adultos y adolescentes sordos “de familias oyentes”, cuando por primera vez conocen grupos de sordos o cuando se conectan con otros como ellos, que hablen o señen. Ellos saben que no están solos, o que no son los únicos sordos en el mundo.

Entonces ¿cómo podemos incrementar las adaptaciones psico-sociales y mejorar la salud mental basada en la identidad sorda? Necesitamos pensar acerca de los roles del apego, las relaciones y la comunicación familiar en el desarrollo de una fuerte y saludable identidad sorda e identidad de la hipoacusia/discapacidad auditiva.

Como sostienen Brice y Adams (2011), el cuidado y apego seguro entre padres e hijos sienta las bases para desarrollar un sentido del self fuerte, una comprensión de los otros adecuada, relaciones sólidas, y la habilidad para lograr las cosas aún cuando se ponen difíciles.

Para tener una buena relación entre padres e hijos se requiere de una comunicación clara y accesible, verbal y no verbal (hablada o señada). Hay un énfasis en el manejo del lenguaje, la interacción y reciprocidad padre-hijo, y la comunicación que sostiene el desarrollo saludable. Luego, son los pares el espejo donde el niño se reflejará para comprenderse a si mismo.

Comprender el Self del niño sordo significa comprender su discapacidad auditiva, el implante coclear, el aprendizaje del habla, el señar, y otras características externas. Como todos sabemos la adolescencia es el momento en que el Self cambia y la identidad emerge. ¿Quién soy? ¿Cómo soy

bueno ahora? ¿Qué quiero hacer? ¿Qué significa para mí ser una persona sorda? las más frecuentes. Si en su mayoría los adolescentes están solos o por otras razones, como dificultades familiares en aceptar al miembro sordo de la familia y una limitada cohesión familiar, los adolescentes no van a estar preparados para internalizar identidades sólidas como personas sordas, que los llevarán a confusiones internas, dificultades sociales, un sentido de alineación, depresión, y otras formas de psicopatología.

Como todos sabemos, los terapeutas de la salud mental necesitan internalizar las teorías que guíen su trabajo. Necesitan entender que refuerza el apego, la cohesión familiar y la comunicación en familias con niños sordos, y como las individualidades de la sordera pueden fortalecer su sentido del self y sus identidades como personas sordas. Se les consultará al público por su perspectiva a partir de las teorías que fueron presentadas y qué puede ayudar mejor a los terapeutas para ayudar al paciente sordo y a su entorno familiar hacia una salud mental. Se darán ejemplos para facilitar la discusión y el público será consultado por su propia experiencia en la atención de pacientes sordos y sus familias para estar mejor con la identidad sorda como parte de este camino hacia una salud mental.

Bibliografía

- Bat-Chava, Y. (2000). Diversity of deaf identities. *American Annals of the Deaf*, 145, 420-428.
- Brevik, J-K (2005). *Deaf identities in the making*. Washington, D.C.: Gallaudet University Press.
- Brice, P.J. & Adams, E.B. (2011). Developing a concept of self and other: Risk and protective factors. In D. Zand & K. Pierce (Eds.), *Resilience in deaf children*. New York, N.Y.: Springer.
- De Clerck, G. (2007). Meeting global deaf peers, visiting ideal deaf places: Deaf ways of education leading to empowerment, an explanatory case study. *American Annals of the Deaf*, 152(1), 5-19.
- Glickman, N. (1996). The development of culturally deaf identities. In N. Glickman & M. Harvey (Eds.), *Culturally affirmative psychotherapy with deaf persons* (pp. 115-153). Mahwah, N.J.: Lawrence Erlbaum.
- Harter, S. (1999). *The construction of the self: A developmental perspective*. New York: Guilford.
- Maxwell-McCaw, D. & Zea, M.C. (2011). The Deaf Acculturation Scale (DAS): Development and validation of a 58-item measure. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 16(3), 325-342.
- Ohna, S.E. (2004). *Deaf in my own way: IdentityDeafness*

Actas del III Congreso Internacional con Sede en Buenos Aires, V Congreso Latinoamericano, VI Congreso Nacional de Salud Mental y Sordera,
“ Una nueva mirada de la sordera: en lo personal, familiar y social.”

Se terminó de editar en la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, en el mes de marzo de 2013.

Hipólito Yrigoyen 3242 - 3º piso C1207ABR, Secretaría de Extensión, Cultura y Bienestar Universitario, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.