

# **Autismo y Sordera**

## **Desafíos a la hora del diagnóstico diferencial**

### *Autism and Deafness*

### *Challenges in Differential Diagnosis*

Covello, Giuliana<sup>1</sup>; Flores, Marisol<sup>2</sup>

---

#### **RESUMEN**

En el presente trabajo se desarrollan de forma teórica los conceptos de hipoacusia, sordera y autismo para problematizar los obstáculos a la hora de un diagnóstico diferencial. Se brindan dos casos clínicos de niños sordos para ejemplificar dicha complejidad.

Se concluye que, a falta de evaluaciones estandarizadas en la población sorda, el diagnóstico diferencial se realiza de forma cualitativa teniendo en cuenta la historia del desarrollo del niño, su contexto familiar y vincular, y su singularidad subjetiva. Es necesario, para arribar a diagnósticos de neurodesarrollo en esta población, contar con la experiencia clínica con la comunidad sorda y el conocimiento de la LSA.

Palabras clave: Hipoacusia, Sordera, Autismo, Diagnóstico diferencial, Lengua de señas

#### **ABSTRACT**

This paper develops the concepts of hearing loss, deafness, and autism to address the challenges that arise in the search of differential diagnosis. Two clinical cases of deaf children are provided to illustrate such complexity. It is concluded that, in the absence of standardized assessments for the deaf population, differential diagnosis is reached qualitatively, taking into account the child's developmental history, their family and relationship context, and their subjective uniqueness. Clinical experience with the deaf community and knowledge of LSA (Argentine Sign Language) are essential for arriving at neurodevelopmental diagnoses in this population.

Key words: Hearing Loss, Deafness, Autism, Differential diagnosis, Sign language

---

<sup>1</sup>Universidad de Buenos Aires (UBA). Facultad de Psicología. Licenciada en Psicología., UBA.  
Fundación Aigle. Posgrado en Especialización en Terapia Cognitiva Integrativa, AIGLE  
Universidad Abierta Iberoamericana. (UAI). Diplomatura en Trastorno del Neurodesarrollo  
Certificada como intérprete de Lengua de Señas Argentina en Villasoles. Vicedirectora de la  
Fundación Psico\_LSA. Buenos Aires, Argentina

<sup>2</sup>Universidad de Buenos Aires (UBA). Facultad de Psicología. Licenciada en Psicología y  
Especialista en Psicología Clínica con Orientación Psicoanalítica UBA.  
Asociación de Sordomudos de Ayuda Mutua (ASAM). Intérprete de Lengua de Señas (ASAM).  
Especialista en Psicología y Sordera. Directora de la Fundación Psico\_LSA  
Buenos Aires, Argentina  
E-mail: lic.sol.flores@gmail.com

## Introducción

En nuestra práctica clínica con personas Sordas nos hemos encontrado con pacientes donde el diagnóstico diferencial es complejo. En este escrito, queremos enfocarnos en el diagnóstico diferencial entre autismo y sordera, sobre todo en infancias sordas.

Si bien al diagnóstico de sordera se llega mediante evaluaciones médico clínicas, observamos que algunos niños sordos no presentan el típico desarrollo evolutivo esperable para su edad y contexto. Como profesionales debemos cuestionar dicha diferencia. Este déficit ¿se debe a la sordera y la falta de accesibilidad comunicacional que ella acarrea?, ¿se debe al contexto que no propicia un desarrollo lingüístico-comunicacional adecuado, afectando así otras áreas del desarrollo cognitivo? ¿O se debe a otros factores que debemos investigar en el niño en sí? Es decir, ¿las causas son la sordera, ambientales o neurológicas?

Creemos que los tres aspectos tienen una interrelación entre sí y en este escrito mostraremos cómo hallaremos la respuesta, al observar la historia del niño, su contexto y su familia.

Para ello presentaremos dos casos clínicos. Dos niños sordos con familias e historias distintas. Uno, nacido en una familia oyente donde la Lengua de Señas no circula y la oralización ha sido poco lograda. La otra nació en una familia sorda, en la que a priori la lengua de señas sería la lengua materna. Observaremos

si la premisa de que la Lengua de Señas desde el inicio es suficiente para garantizar un desarrollo esperable en los niños, en su lenguaje, los vínculos y la comunicación.

Daremos un recorrido por conceptualizaciones específicas de la sordera y la Lengua de Señas y propondremos una lectura del diagnóstico diferencial atravesado por los conceptos de “barreras comunicacionales” y “acceso al lenguaje” proponiendo aportes de colegas de la psicología, psicoanálisis, neurología y neuropsicología para tal fin.

Confiamos que este escrito aporte luz a la clínica con personas sordas y motive al lector a elaborar respuestas a nuestros interrogantes siendo la falta un motor.

## ¿Sordera o Hipoacusia?

En la Argentina se cuenta con el Programa Nacional de Detección Temprana y Atención de la Hipoacusia (Ley 25.415; 2001). Dicha Ley proclama el derecho de todo recién nacido a ser evaluado en su capacidad auditiva tempranamente, brindando el tratamiento de forma oportuna si lo necesitara. Este tratamiento se incluye entre las prestaciones obligatorias de la salud pública, de las obras sociales y de la medicina prepaga. Este Programa, según es desarrollado en la Ley, es considerado necesario debido a que un diagnóstico precoz de hipoacusia advierte la deficiencia a tiempo para iniciar una rehabilitación temprana, evitando impedimentos en el desarrollo

del lenguaje y las capacidades cognitivas del recién nacido.

Entre los objetivos específicos de la Ley se presentan:

- Informar y sensibilizar a la comunidad sobre la importancia del diagnóstico precoz;

- Desarrollar y fortalecer las redes existentes; armado de la red para la detección, diagnóstico, intervención y rehabilitación de la hipoacusia;

- Asegurar el acceso oportuno al tamizaje auditivo neonatal fortaleciendo las capacitaciones de los equipos de salud;

- Establecer un Sistema de Gerenciamiento de la información, para que todo niño detectado quede nominalizado e ingrese en el protocolo de seguimiento del programa;

- Realizar la pronta intervención a través del equipamiento con audífonos o con implante coclear, implementar la rehabilitación del niño equipado con audífonos, y el seguimiento a través de la evaluación de la adquisición del lenguaje;

- Estimular el desarrollo de la investigación, en materia de hipoacusia y discapacidad auditiva.

En la posterior resolución 1209/2010 se procede a definir el término de Hipoacusia como la falta de capacidad para escuchar sonidos, en cuya etiopatogenia se mencionan factores hereditarios, congénitos y adquiridos. Luego, la resolución explica que una intervención mediante equipos tales como audífonos o implantes cocleares evitaría a la persona llegar a la discapacidad.

Se debe tener en cuenta que los antecedentes para la Ley y la resolución pertenecen, en su mayoría, al discurso médico hegemónico. Por ejemplo, fue consultada la Sociedad Científica de Otorrinolaringología y Audiología de la Argentina sobre las pautas específicas que debería contemplar un programa de detección temprana y atención de la hipoacusia. Otro antecedente que nombra la resolución es un trabajo realizado por la Dirección de Economía de Salud del Ministerio de Salud de la Nación llamado “Análisis económico de los implantes cocleares y audífonos en población infantil en el sistema público de salud en Argentina”.

El procedimiento para detectar y diagnosticar hipoacusia o sordera consta de diferentes pasos. En un principio se realiza un tamizaje auditivo a todos los recién nacidos, antes del primer mes de vida. Allí se miden las otoemisiones acústicas. Si el niño no pasa dicho tamizaje o se encuentra dentro del grupo de alto riesgo de hipoacusia se procede a realizar una segunda evaluación de otoemisión acústica y, si no pasa la misma, se realiza un potencial evocado auditivo del tronco o de estado estable y procede a ser evaluado por un otorrinolaringólogo del programa.

Una vez que el diagnóstico se confirma, se procede a la obtención del certificado de discapacidad firmado por el médico tratante perteneciente al sector público. Esto permite tramitar una pensión no contributiva y afiliarse al niño al PROFE (Programa Federal de Salud). Una vez

afiliado puede tramitar el equipamiento con audífonos o, en caso de que cumpla los requisitos, podrá acceder a la cirugía para obtener un implante coclear. La evaluación es realizada por el equipo de otorrino y audiología.

Entre los requisitos para dicha cirugía se encuentran: tener como mínimo doce meses de edad, con hipoacusia bilateral mayor a 90 db, ser equipado previamente con audífono durante, por lo menos, 6 meses y haber recibido estimulación auditiva adecuada, comprobando una falta de respuesta a la misma.

Luego del diagnóstico y el equipamiento se realiza la habilitación auditiva verbal, tanto en los niños equipados con audífonos como con implantes, con el objetivo de lograr la oralización y el ingreso a la escolaridad común.

Tanto en el texto referido a la Ley como en su Anexo, no se observan referencias al aprendizaje de la lengua de señas ni a la construcción de la identidad Sorda.

De la lengua de señas nos ocuparemos en el siguiente apartado porque consideramos imprescindible informar al lector respecto de las argumentaciones neurológicas, lingüísticas y culturales que le dan a la seña su carácter de palabra y a la lengua de señas su carácter de lengua/idioma.

La construcción de la identidad sorda podría necesitar también un apartado completo, pero a los fines de lo que nos ocupa en el presente trabajo, consideramos importante hacer referencia a la diferencia entre hipoacusia y sordera. Podríamos creer que dicha diferencia se

basa en la cantidad y calidad con la que escucha la persona. En este sentido, la palabra sordera haría referencia a aquel que no escucha nada, que su acceso a los sonidos es del 0%, dejando la hipoacusia a aquellas personas sordas de un oído, o que sólo tienen una disminución auditiva. En este sentido, ser sordo sería más grave que ser hipoacúsico.

Sin embargo, lo que la medicina nos aporta es que aún en personas con sordera profunda, su diagnóstico es de “hipoacusia bilateral profunda”. Hipoacusia es la palabra elegida por el discurso médico para dar cuenta de la pérdida de audición. Luego, bilateral o unilateral, dará cuenta de si el déficit se encuentra en uno o ambos oídos. Y, por último, leve, moderada, severa o profunda, darán cuenta de la calidad y cantidad de dicha pérdida.

En este punto y, volviendo a la Ley, lo que se busca es una detección temprana del déficit, con el fin de moderar sus efectos en el desarrollo del niño.

Sin embargo, si la medicina toma la hipoacusia como concepto que define toda pérdida auditiva ¿qué definición le daremos a la sordera? Dice Oliver Sacks “Antes de leer el libro de Lane había abordado a los pocos pacientes sordos que había tenido a mi cuidado con criterios puramente médicos, como “otológicamente lisiados” o “enfermos del oído”. Después de leerlo empecé a mirarlo con otra perspectiva... empecé a considerarlos Sordos con mayúscula, miembros de una comunidad lingüística distinta” (Sacks, 2012 pág 34). No sólo

Sacks hace referencia al uso de la palabra Sordo con mayúscula, son varios los autores que lo hacen y son las mismas personas sordas las que promueven dicho uso. La palabra Sordo entonces, quedará destinada a aquellas personas que se identifican con la comunidad, una minoría lingüístico-cultural que los aloja, no desde el déficit, sino desde la particularidad de necesitar de la lengua de señas, y/o de disponer de dispositivos y aprendizajes, para la comunicación.

## Lengua de señas

El trabajo con discapacidad auditiva nos ha demostrado que, para garantizar una buena praxis, es imprescindible tener en cuenta algunas características, particularidades y especificidades de esta población.

¿Qué hace que una persona sorda sea diferente a una oyente? ¿Será sólo su dificultad auditiva? En principio la respuesta sería que sí, más allá de las dificultades auditivas, las personas sordas e hipoacúsicas son capaces de comunicar, pensar, sentir y sufrir, como todo sujeto. Sin embargo, la discapacidad auditiva no afecta sólo a la audición, ya que trae aparejada una gran dificultad en el lenguaje y en la construcción de vínculos, a causa de las barreras comunicacionales del contexto social.

La lengua se expresa a través del habla, y el habla puede producirse tanto en forma oral como señada. Las personas con discapacidad auditiva podrán hablar oralmente si conservan sus órganos fono-

articulatorios. No son sordo-mudas. Sin embargo, la sola conservación de dichos órganos no basta para que alcancen la oralización.

Ahora bien, las personas sordas pueden acceder al habla bajo dos modos diferentes, la lengua oral y/o la lengua señada. Y el camino a este acceso estará atravesado por una gran cantidad de vicisitudes.

En principio la diferencia entre *adquisición* y *aprendizaje* del lenguaje. El *aprendizaje* tiene una carga de esfuerzo, voluntad, disposición y atención, que la *adquisición* no requiere. Los niños oyentes acceden a la lengua oral con la escucha de la misma en su entorno, la adquieren en sus primeros años de vida. La lengua oral sería para ellos, lo que denominamos su primera lengua, su lengua materna, “lengua que se habla en el hogar y la primera que se aprende” (nosotras diríamos se *adquiere*) (Schorn, 2008, p. 21).

Existe también lo que denominamos “lengua nativa” que a diferencia de la lengua materna, es la lengua que se habla en la comunidad a la que el niño pertenece. En el caso de los oyentes, ambas, lengua materna y nativa, coinciden. En este sentido Carlos Sánchez (1990) comenta:

Para los niños sordos, la lengua materna es la que hablan sus padres. En más del 90% de los casos, en nuestro medio, los niños sordos son hijos de padres oyentes. En menos del 10% de los casos, los niños sordos son hijos de padres sordos. En la primera situación, la lengua materna es

el castellano, en tanto que, en la segunda situación, la lengua materna es la lengua de señas... (p. 22)

Entonces si hablamos de niños sordos, hijos de padres sordos, la lengua materna y nativa coinciden.

Existe la idea que los niños sordos e hipoacúsicos, con ayuda del equipamiento de audífonos o implantes cocleares, acceden en forma más sencilla a la lengua oral. Esto no es del todo cierto. Claro está que, sin el equipamiento, el acceso a la oralidad resulta altamente sacrificado y engorroso porque el niño no cuenta con el apoyo de la percepción auditiva que estos dispositivos le brindan. Sin embargo, los mismos no garantizan una audición del 100% y menos aún garantizan que el proceso de acceso a la lengua oral sea idéntico al de un niño oyente. En estos casos, el *aprendizaje* de la lengua oral le exigirá al niño una hiper conciencia y percepción de su cuerpo, de los músculos del rostro y de su respiración, volviendo aún más compleja esta tarea.

Desde el psicoanálisis, podríamos preguntarnos por la inscripción significativa en estos casos donde la comunicación se ve afectada. Creemos que dicha inscripción no tiene que ver con la enunciación de los significantes, puesto que el significante no es solo una palabra. No se trata de que la madre haga valer la ley del padre con palabras, y que el niño pueda oírlas. Como expresan Bugalter y Flores (2012), al hablar de la estructuración psíquica y del inconsciente estructurado como un lenguaje, igualar

significante y palabra como sinónimos, nos hace preguntarnos cómo se dará dicha estructuración en los casos donde la palabra no puede ser oída. “Sabemos que el inconsciente no es una bolsa de palabras y que la inscripción significativa no está supeditada a los diferentes canales sensoriales; estos significantes se inscriben y operan en actos, gestos, miradas, caricias, y no sólo desde el decir” (Bugalter y Flores, 2012, p. 261) Entonces, queda claro que ni los recursos lingüísticos de un sujeto, ni su falta de audición, darán cuenta de sus recursos simbólicos y menos aún de su estructura ya que no serán los canales auditivos los que definan la posibilidad o no de dicha inscripción.

Tampoco será garantía que la familia y el niño manejen la misma lengua. Así como en la clínica, Freud y Lacan se han encontrado con personas oyentes de estructura psicótica, en los que la forclusión del significante no fue a causa de un déficit auditivo. Tampoco podemos afirmar, en el caso de niños sordos que, si padres e hijos hablan el mismo idioma, los trastornos en el desarrollo podrán prevenirse, ya que el significante, al hablar el mismo idioma, podrá inscribirse. Del mismo modo, tampoco podemos afirmar que todas las personas sordas que nacieron en familias oyentes donde la lengua de señas no circulaba, son psicóticas. Es evidente y, a la vez necesario recordarlo, que la inscripción significativa excede la capacidad auditiva y la comunicación verbal (en señas o de forma oral).

Entonces volvamos a las características de la lengua de señas, como lengua que habilitará la comunicación y dicha estructuración.

Ya desde la Antigüedad y la Edad Media, pensadores como Aristóteles (384 a.C - 322 a.C) y Galeno (131 d.C - 201 d.C) reflexionaban sobre la sordera y cómo esta afecta al lenguaje. Es en el siglo VI que se presentan las primeras distinciones entre los sordos pre-linguales (a los que se consideraba mudos por no haber accedido al lenguaje) y los post-linguales (aquellos que quedaban sordos habiendo adquirido alguna lengua previamente). Esta distinción permitió en esa época, diferenciar los sordos educables de los ineducables, ya que en aquel momento se consideraba a la audición como la vía regia al conocimiento, el cual se obtenía por medio del discurso compuesto de palabras orales. De modo tal que todo aquel que no pudiera acceder a ellas no solo quedaba por fuera del discurso y con ello del conocimiento, sino que por este hecho se lo consideraba ineducable. Hoy en día estas ideas son obsoletas.

La Lengua de Señas surge dentro de la comunidad de sordos. Los sordos que vivían juntos, se agrupaban y se comunicaban por medio de gestos que poco a poco se fueron sistematizando. En el año 1620 Juan Pablo Bonet publica *“Reducción de las letras y arte para enseñar a hablar a los mudos”* libro en el cual incluía el alfabeto manual, probablemente el primero de los textos que trata sobre la educación de la persona sorda. Sin embargo, es el monje

benedictino Juan Ponce de León quien es considerado el primer maestro de los sordos ya que utilizaba un sistema de signos en sus actividades diarias.

Para el siglo XVIII ya existía una concepción de la Lengua de Señas como medio de comunicación natural de esta población. Pero no fue hasta el 1900 que la Lengua de Señas adquirió su carácter de lenguaje. El profesor William C. Stokoe en 1960 presenta *“Sign Language Structure”* (Estructura de la lengua de signos), en el que por primera vez clasifica las señas como compuestos simultáneos de tres elementos sin significado propio: una forma de la mano, una actividad de la mano y un lugar ocupado por la mano. Esto le permitió argumentar que la Lengua de Señas era un sistema doblemente articulado, entonces era una lengua natural.

La Lengua de Señas es un sistema lingüístico compuesto de movimientos manuales, faciales, corporales y espaciales, los cuales se integran conformando diversas unidades léxicas dependiendo de la forma en que se conjuguen. Una seña puede expresar verbos, sustantivos o adjetivos y también lo que denominamos “giros idiomáticos” (que serían palabras-frases o señas que en lugar de traducirse con una palabra del castellano se traducen con una frase). Además, pueden señarse solo letras, si se utiliza el alfabeto dactilológico.

Las señas pueden clasificarse en transparentes, que serían las que cualquier persona, aunque no conozca la lengua, puede deducir y reconocer; y

traslúcidas, que no se pueden deducir debido a que la relación entre el signo y su referente no es directa.

No sería adecuado pensar que la Lengua de Señas es pura y exclusivamente concreta, ya que permite expresar todo tipo de sentimientos, sensaciones, chistes, ironías y hasta equívocos. Tampoco se trata de una lengua del “aquí y ahora” ya que posee unidades léxicas que le permiten dar cuenta de los diferentes tiempos verbales.

Al igual que la lengua oral, la Lengua de Señas tiene una gramática, una semántica y por lo tanto una estructura, que la diferencia de un mero conjunto de gestos. Dicha estructura no coincide con la de la lengua oral, siendo esto lo que hace imposible la traducción palabra por palabra. Mientras que la organización secuencial de la lengua oral es lineal, la de la Lengua de Señas es simultánea y espacial.

Es en el año 1912 que, en Argentina, José Antonio Terry, uno de los hijos del Dr. Terry, funda la Asociación de Sordomudos de Ayuda Mutua (ASAM) en la que promueve el desarrollo de la Lengua de Señas Argentina.

Desde el aspecto legislativo, es recién en el año 2023 que en nuestro país se reconoce a la Lengua de Señas como una lengua natural, patrimonio de la Comunidad Sorda que, en tanto minoría lingüístico-cultural, se sirve de ella para la comunicación (Ley N° 27710). Fue en 2001 que la Ciudad de Buenos Aires “reconoce oficialmente el lenguaje e

interpretación de señas como lengua y medio de comunicación para las personas con necesidades especiales auditivas, en todo el territorio de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Ley N° 672).” Así mismo en el año 2011 Nancy S. González, diputada por la provincia de Chubut, presentó ante la Cámara de Diputados de la Nación el Proyecto de Ley N° 2326-D-2011 que promueve la inclusión de la Lengua de Señas Argentina como un idioma que deberá enseñarse en todas las escuelas secundarias de la Nación (a la fecha esta Ley no ha sido aún sancionada).

Desde el aspecto neurológico, estudios e investigaciones que buscaban descubrir el emplazamiento cerebral de la Lengua de Señas, han demostrado que la misma se ubica en el cerebro en la misma zona en la que se ubica el lenguaje oral. Sin embargo, la codificación de la Lengua de Señas requiere que otras áreas del cerebro se pongan en funcionamiento. La comprensión de esta lengua obliga al cerebro a disponer de las áreas visoespaciales emplazadas en el hemisferio derecho, así como de las encargadas del habla gramatical ubicadas en el hemisferio izquierdo. Estas investigaciones, dan luz sobre los interrogantes existentes al respecto del carácter lingüístico de la Lengua de Señas, aportando más evidencias a su aceptación como un lenguaje.

Siendo que nuestra clínica es una clínica de la palabra y del lenguaje, y teniendo en cuenta los aportes que brinda la Lengua de Señas formal a la abstracción y el razonamiento lógico, enlazado con

la legislación y los resultados científicos vigentes que demuestran que la Lengua de Señas no es un mero conjunto de signos, sino una lengua, consideramos que no sólo será posible, sino también pertinente y hasta necesario incluirla en nuestra clínica.

### **Conceptualizaciones actuales de los Trastornos del Neurodesarrollo**

Existen niños sordos que fenomenológicamente presentan rasgos de autismo o de trastornos del neurodesarrollo, y niños sordos con trastornos del neurodesarrollo. Y es por lo delgado de esa línea divisoria que nos proponemos la pregunta por el diagnóstico diferencial. Porque entendemos que efectivamente la sordera muchas veces trae aparejadas alteraciones vinculares, simbólicas y conductuales, las cuales no consideramos suficientes para diagnosticar un trastorno del neurodesarrollo, ni para nombrarlas como “rasgos autistas”. Se trata de dificultades habituales, que responden más a la patología orgánica y el modo en que esta se inserta en esa familia, que a una patología psíquica. Entonces ¿de qué hablamos cuando hablamos de autismo?

El autismo ha sido abordado por autores psicoanalistas. Algunos proponen al autismo como una psicosis, otros lo consideran una patología aún más grave, con mayor compromiso estructural y apuestan a que la misma pueda devenir en psicosis.

Desde la psiquiatría, durante la

primera mitad del siglo XX, Leo Kanner comenzó a investigar y comenzar a nombrar el diagnóstico de Autismo, sobre todo en niños, convirtiéndose en uno de los pioneros en la temática. Ya en ese entonces, era difícil realizar un diagnóstico diferencial con otros y no resultaba clara la distinción entre autismo y otros trastornos. Según Kanner, las personas con autismo tendían al aislamiento profundo, alteración de la comunicación verbal, ya sea por mutismo o por no presentar intención comunicativa, y el deseo de vivir en un mundo estático, sin cambios. Por su parte, también diferenciaba el autismo de la esquizofrenia o psicosis infantil, diferenciándose de las teorías psicodinámicas.

Por otro lado, en Alemania, Asperger también realizaba investigaciones sobre un grupo de chicos con características similares tales como la poca habilidad social, lenguaje limitado y repetitivo, poca comunicación no verbal y extremo interés por ciertos temas. También les dio la categoría diagnóstica de autismo a estos niños (Pallares, Paula; 2012).

A lo largo del último siglo, se han realizado muchas investigaciones y se han desarrollado diversas teorías acerca del autismo y su génesis. La mayoría de los casos estudiados presentan grandes variabilidades en cuanto a sus características y limitaciones, el entorno familiar, los rasgos específicos y el curso del diagnóstico durante los años. A partir de la década del '70 el autismo se incluye dentro de los trastornos generalizados del desarrollo y comienza a nombrarse como

un espectro por su amplia variabilidad (Rosselli; Matute; Ardila; 2010).

En la actualidad, el DSM V (2013) incluye los trastornos del espectro autista dentro de los trastornos del neurodesarrollo, definidos como “trastornos que se manifiestan normalmente de manera precoz en el desarrollo, a menudo antes de que el niño empiece la escuela primaria, y se caracterizan por un déficit del desarrollo que produce deficiencias del funcionamiento personal, social, académico u ocupacional” (DSM V; 2013; p.31).

Dentro de este apartado diagnóstico, se encuentra el Trastorno del Espectro Autista (TEA). Entre sus principales criterios diagnósticos que caracterizan el TEA se encuentra la deficiencia persistente en la comunicación e interacción social en diversos contextos, los cuales se pueden visualizar como déficits en la reciprocidad socioemocional, en las conductas comunicativas no verbales y en la comprensión de las relaciones humanas; y los patrones restrictivos y repetitivos del comportamiento, tales como manierismos, intereses restringidos e hiper o hiporeactividad a la información sensorial (DSM V; 2013).

Desde una mirada neuropsicológica, hasta el día de hoy, aún no se ha podido definir la naturaleza específica de la disfunción cerebral relacionada con el autismo, aunque se pueden encontrar perfiles cognitivos y neuropsicológicos asociados al TEA. En general, las personas con este diagnóstico presentan comprometidos diversos dominios

cognitivos, entre ellos, la memoria, la atención, el lenguaje, la percepción, la modulación cerebral y la motricidad (Rosselli; Matute; Ardila; 2010).

Una hipótesis que tiene gran relevancia para comprender este trastorno es aquella que explicaría las dificultades sociales y comunicativas a partir de un déficit en el dominio de la Teoría de la Mente definida como la capacidad de dar cuenta de estados mentales de otras personas permitiendo predecir y explicar sus comportamientos (Premack; Woodruff; 1978). Esto explicaría por qué, a diferencia de la representación social que se tiene, las personas autistas disfrutaban estar con otras personas, pero presentan dificultad para la interacción (Rosselli; Matute; Ardila; 2010). Es decir, las personas con este diagnóstico buscarían vincularse con otros pero sus habilidades sociales no serían las esperables al contexto. Para el desarrollo de la Teoría de la Mente es fundamental, al mismo tiempo, el desarrollo de la comunicación. Diversos estudios han demostrado que las personas sordas que adquirieron la lengua de señas desde pequeñas tienen un desarrollo de la Teoría de la Mente equiparable con las personas oyentes. Esto no sucede en personas sordas que adquirieron la lengua de señas a partir de la adolescencia (Morales; Parraguez; Salamanca 2021).

Se destaca que tanto el DSM V como diversos autores con una mirada Neuropsicológica del Autismo destacan la importancia de la comunicación como criterio diagnóstico. Por lo tanto,

debemos estar advertidos del desarrollo de la misma en niños sordos para poder realizar un diagnóstico diferencial entre autismo y sordera, sin dejar de contemplar que pueden no ser excluyentes.

Así también, el término comunicación es muy amplio y no remite sólo al uso de palabras (o señas). Por ejemplo, la evaluación ADOS - 2 (Lord, C., et al; 2015) define a los gestos como una acción corporal o de manos que se utiliza para comunicarse con otra persona. Los mismos pueden ser descriptivos, convencionales, instrumentales, informativos, emocionales o enfáticos. Estos son esperables en edades determinadas, y nos permitirían evaluar intención comunicativa. Sin embargo, ejemplifican que la lengua de señas puede considerarse gesto si el fin es la comunicación ya que no consideran que una seña sea una palabra.

A partir de las consideraciones actuales nos preguntamos cómo llevar adelante el diagnóstico diferencial en el caso de personas sordas en las que el acceso al lenguaje y a las habilidades sociales, ha sufrido las vicisitudes comentadas más arriba y que, además, no pueden ser abordadas por las técnicas psicométricas, proyectivas y neuropsicológicas actuales por la falta de baremos especializados, falta de adecuación de las mismas a la comunicación en señas y aún peor, las líneas conceptuales que no la reconocen como una lengua natural.

Presentaremos dos casos que nos darán material clínico para reflexionar sobre esta pregunta.

## Caso Clínico Andy

Andy es un niño de 12 años, con hipoacusia bilateral profunda, adquirida a causa de nacimiento prematuro. Hijo de familia oyente, habla Lengua de Señas (LSA), la cual ha incorporado como “segunda lengua” gracias a la escolarización.

Llega a la consulta derivado de la Escuela Especial de Niños Sordos a la que asiste, en la cual utilizan Lengua de Señas Argentina tanto para comunicarse como para dar clases. La familia consulta a una psicóloga que hable esta lengua porque entienden que esto será un facilitador en la comunicación. Ellos no manejan la Lengua de Señas formal, sino que hablan una “lengua de señas casera” a través de la cual se dan a entender.

En la primera entrevista (*entrevista a padres*), la madre y su marido (el padre de Andy no vive con él desde que tiene 4 años) relatan el motivo de consulta y refieren que desde la escuela les advirtieron sobre algunas prácticas de Andy que les llaman la atención. No se integra al grupo, no juega con los demás niños, juega sólo. Su juego más recurrente se caracteriza por girar sobre su propio eje, sin parar y a gran velocidad. Esto lleva a la escuela a citar a la madre para explicarle que esta práctica “no es característica de la sordera, no se debe a ella”; es una costumbre particular de Andy, y le sugieren consultar con un profesional.

Según la madre, en el colegio tiene amigos con los que se lleva muy bien,

sin embargo, no juega con ellos, no logra integrarse al grupo. Dice que le gusta mirar la tele, dibujar y girar sobre su propio eje, y que es la escuela la que alerta sobre la perseverancia y soledad de este juego. La madre refiere que a partir de esta intervención escolar comienza a retar al niño cuando gira, le dice “¡basta!” y él frena y sigue haciendo otra cosa, sin manifestar enojos, violencia ni ningún tipo de desestabilización. En primera instancia consultan con un neurólogo. El examen no refleja dificultades de esta índole, por lo que lo derivan a una consulta psicológica.

En la entrevista, la madre comenta que ante el llamado de atención sobre la práctica de los giros, también le resulta llamativa una costumbre de su hijo de “jugar con las manos”. “Yo pensaba que era un juego, como si dos personitas hablaran entre sí (una en cada mano)” dice, haciendo como si tuviera un títere en cada una de ellas.

Despliega una serie de miedos que considera pueden tener que ver con el hecho de que su hijo no tenga amigos. Refiere que ella no lo deja salir a jugar con los vecinos, no lo deja salir sólo, por miedo a que lo burlen y por miedo al tránsito. Su fantasía es que su hijo, al ser sordo, no oirá cuando viene un auto y puede tener un accidente al cruzar la calle; y que dada su sordera, se perderá algunas cosas y será el punto de burla de los demás niños oyentes.

Dice que en la familia no hablan LSA sino que se comunican con señas caseras y pregunta “¿yo debería aprender no?”.

En la siguiente entrevista se cita a Andy y se le pide a la madre que le proponga traer algún juego con el que a él le guste jugar (apostando a que no se trate sólo del girar y de sus manos). Andy elige traer las cartas de “100% lucha” (un programa de TV de lucha libre) y un cuaderno.

Al ingresar, Andy saluda con un beso, dirigiendo su mirada al piso. Su madre le dice que lo vendrá a buscar luego y él se queda tranquilo, pero sin mirar a la analista. La mirada es esencial en la sordera, es el medio de comunicación que tienen con el otro, con lo cual el hecho de no mirar a alguien es un primer dato que podría significar un intento de ignorar al otro, de cerrarse a la comunicación o de no registrar que allí hay un otro presente. Al subir al ascensor se presenta un factor sorpresa. Al dar la espalda a la analista, el niño queda frente al espejo; su rostro se refleja en él y aprovechando la contingencia, se le sonríe y habla en Lengua de Señas, utilizando el espejo como un medio para la comunicación, y encontrando una sonrisa como respuesta.

Al ingresar al consultorio, se le pregunta si sabía por qué estaba allí, responde con una subida de hombros, como si dijera “¡qué sé yo!”, pero sin adicionar palabra alguna. En señas se le explican los motivos de consulta de su madre y se muestra atento a dicha conversación, llamándole la atención mi nombre “Sol”. Sin embargo, rápidamente su atención cae, baja la cabeza y quita la vista. Se respeta esto. Pasan unos segundos y saca de su bolsita las cartas de “100% lucha” y las muestra. Se percibe

un intento de comunicación, pero cuando se le preguntan los nombres de los personajes que figuraban en las cartas, no responde.

Toma su cuaderno y unos crayones que había sobre la mesa y comienza a escribir. Con distinto color y sin repetirlos, escribe los nombres de “Tom & Jerry” y con señas explica que son un gato y un ratón. “¡Ah de la tele!” se le dice y sonríe. Luego escribe “100” y se le pregunta qué es eso. Muestra las cartas y al lado del 100 escribe “%”. “¡Ah de la tele!” se comenta, afirma con una expresión sonriente y dibuja una televisión.

Mira los crayones y comienza a escribir los nombres de su familia y a presentarlos señalando cada nombre y diciendo sus apodos “mamá”, “alto”, “rulos”, etc. Las personas sordas acostumbran poner un apodo o “seña particular” a sus seres queridos, a modo de evitar deletrear su nombre cada vez que se refieren a ellos. Esto lleva a que quienes no conocen a las personas de las que se trata, vean una seña, por ejemplo “rulos” y no sepan a quién de la familia se refiere, por lo que era necesario preguntarle cada vez lo mismo “¿es tu hermano?” obteniendo siempre un “sí” como respuesta. En este momento la comunicación se dificulta, más de tres personas de su familia tenían el mismo apodo “rulos” ¿por qué no se valía de las señas para dar más explicaciones? ¿Será que no sabe las señas de cuñado, primo o sobrino? ¿O será que no ha incorporado estos conceptos como dentro de los posibles parentescos en una familia? Llegando al final de la lista de nombres

(hasta los de sus mascotas incluidas), dice que todos viven en su casa y baja la mirada.

Se lo deja por un momento, sin forzar la comunicación y esperando a ver cómo reacciona al “silencio” de ambos. Comienza a jugar nuevamente con los crayones. El estatuto de “juego” es nuestro ya que la actividad consta en: primero, ordenarlos todos con la marca hacia arriba (se preocupa porque estén perfectamente parejos), luego los va agrupando en pares de colores por ejemplo azul-celeste, verde claro-verde oscuro, rosa-rojo y a la vez que muestra cada par, se le dice, “el más claro y el más oscuro”, y él afirma con la cabeza. Luego intenta mantenerlos de pie, le cuesta porque tienen una base inestable, intenta uniéndolos entre sí, se le caen, y por último los apoya en una pared firme, lo logra, sonríe.

En todos los encuentros Andy se comportaba igual, prácticamente no usaba Lengua de Señas. Cuando se le hablaba, sólo respondía con una sonrisa o una subida de hombros y su forma de comunicación era el dibujo o la escritura de palabras sueltas. Dibujaba en su cuaderno (el cual llevaba a su casa finalizado cada encuentro), lo hacía muy bien, sobre todo cuando copiaba, y se preocupaba por la prolijidad en sus producciones. Lo mismo cuando usaba las plastilinas. A partir de cada producción se abría la posibilidad a una comunicación rudimentaria en la que se le hacían preguntas y él respondía con señas o gestos corporales y faciales. En la consulta nunca ha girado, ni ha jugado

con sus manos.

Se contacta a su maestra quien aporta datos interesantes respecto de la conducta de Andy en el aula. Parece que últimamente ha habido un retroceso, y lo que antes expresaba en LSA ahora lo expresa haciendo mímica (por ejemplo, antes pedía ir al baño con la seña correcta, ahora se toca los genitales). Al preguntarle sobre la comunicación en la escuela nos advierte que el niño sólo entiende y expresa palabras sueltas en Lengua de Señas, no arma oraciones y cuando se le da una consigna, muchas veces no la entiende.

Refiere que también en clase tiende a pararse y ponerse a girar. Ella cree que esto es un modo de llamar la atención, como una forma de búsqueda de atención particular. Dice haber notado, que Andy se pone a girar cuando pasa mucho tiempo en que ella no se dirige a él específicamente, sino al grupo en general.

Cuando está en la consulta, se le habla LSA, se lo mira, se le presta atención y Andy no gira. Sin embargo, en su casa o en la escuela donde tal vez quedaría por fuera de la comunicación, o se perdería como uno más del montón, se pone a girar.

Andy presenta una dificultad en la comunicación, sabe Lengua de Señas pero no la tiene lo suficientemente aprendida como para expresarse y utilizarla en su cotidianidad. Ahora bien ¿será esta una respuesta suficiente para dar cuenta de su modo particular de vincularse al otro? Es aquí donde

el diagnóstico diferencial se vuelve imprescindible.

### **Caso Clínico Sofía**

A diferencia del caso clínico anterior, Sofía es una niña sorda de 6 años con padres y familia extendida, también sordos. Es decir, desde su nacimiento estuvo en contacto con la LSA, podría decirse que el ambiente, en principio, era ideal para un correcto desarrollo de su lengua. Sin embargo, a su edad no utilizaba la LSA, ni la Lengua Oral (LO), de forma esperable y presentaba en el colegio conductas físicas que ponían en riesgo a sus compañeros y a ella misma. Es por esta razón que la niña es derivada al espacio de Psicología, con un informe diagnóstico de Psicología y Psicopedagogía, y por recomendación del médico Psiquiatra que la había medicado con Aripiprazol luego de observar a la familia y la niña en una entrevista.

Se le realiza una entrevista de admisión al papá y la mamá de Sofía, en su lengua natural, la Lengua de Señas Argentina. Ellos expresan que consultan porque su hija tiene problemas de conducta en el colegio y en la casa: tira cosas, se golpea a sí misma y a otros niños. Los padres hacen entrega de dos informes realizados por una Psicóloga y una Psicopedagoga solicitados por un Psiquiatra al cual consultaron previamente. Los mismos son descriptivos de su conducta y de su juego. Concluyen que la niña presenta “trastornos graves en su desarrollo” y hacen hincapié en trabajar sobre la

mirada para fomentar el vínculo y la comunicación. También, los padres, hacen entrega de un certificado médico que indica que Sofía tiene diagnóstico de TDAH, TEA y desregulación emocional, indicando medicación y que no asista a clases por ser un riesgo para los otros niños.

Durante la entrevista se consultó por la historia de desarrollo de la niña: nació prematura, estuvo en incubadora y nació con heterocromia, razón por la cual la madre expresa que supo desde el primer momento que la vio que la niña era sorda. Exceptuando la comunicación y juego, su desarrollo fue el esperado en relación al gateo, caminata, control de esfínteres y alimentación. Ellos indican que su desarrollo fue “tranquilo” hasta los 3 años de edad en que aparecieron los problemas de conducta, pero no logran identificar alguna situación específica que pudiera dar cuenta de este cambio.

En relación a lo vincular, expresan que suelen jugar con ella, prefiriendo el dibujo y su trampolín por sobre otras actividades. De hecho, suele estar gran parte del día en él. Sus respuestas eran breves, sin brindar mucha información, aunque sí destacaron algo: “nos dijeron que tiene un poco de autismo y tiene que tomar medicación para siempre”.

Los diagnósticos, tanto escritos en un orden médica e informes profesionales, como así también transmitidos por la familia, no fueron realizados basándose en evaluaciones clínicas ni con continuidad de sesiones. Fueron resultado de un sólo encuentro de la familia y la niña con cada

profesional. Y, en el caso del psiquiatra, la entrevista no fue en Lengua de señas porque el profesional no era hablante de la misma. Aun así, se concluyeron dos indicaciones que influyeron en la vida de la niña: medicación y no asistir al colegio.

Llegó el día de conocer a Sofía. Una niña muy cariñosa y alegre, que necesita la relación con el otro para poder desarrollar su comunicación y actividades lúdicas compartidas. En los momentos que se le brindaba juego libre, siempre agarraba la caja de juguetes donde había autos, pelotas, muñecos, elementos de cocina y animales, pero su juego era manipulativo. Es decir, agarraba un juguete, lo miraba, lo giraba, a veces se lo llevaba a alguna parte del cuerpo (generalmente la cara y brazos), lo dejaba y repetía lo mismo con otro. Frente a esto, la profesional también agarraba muñecos para involucrarla intentando generar algún tipo de juego simbólico. Por ejemplo, agarraba elementos de cocina para darle de comer a los animales o peinaba una muñeca. Ella lo repetía por imitación y, si la adulta se retiraba de este juego, volvía a la manipulación. También se le ofrecieron juegos reglados simples y mecánicos. Al explicar visualmente la forma de jugar, disfrutaba del mismo (se reía y luego pedía mediante señalamiento jugar), mostrando dificultad en los turnos de espera donde la otra parte debía participar del mismo. Si bien la familia había expresado que le gustaba dibujar, al ofrecerle distintos lápices y hojas, no realizó ni garabatos ni dibujos. Al brindarle una hoja impresa con un animal para colorear, la niña agarró

un lápiz de color y comenzó a pintar por un breve periodo de tiempo. No pintaba dentro de la línea del dibujo, eran líneas y curvas que aparecían por toda la hoja sin diferenciar límites.

A partir de las sesiones con ella, que se desarrollan en LSA y con recursos lúdicos, se observa que su desarrollo no es típico de su edad: utiliza pocas señas, de manera suelta, y aparecen en imitación, por ejemplo, para ir al baño solía ir directamente, y cuando se intentó que lo solicite mediante la seña de “baño”, se logró sólo por imitación. No se observó juego simbólico ni involucró a jugar al otro de forma espontánea. Se observó intención comunicativa, pero para solicitar algo que quería (un juego generalmente) utilizando para ello la mirada y el señalamiento. También se observaron manierismos y conductas repetitivas.

Se constató que tanto la familia como Sofía necesitaban acompañamiento en su día a día en pos de mejorar el vínculo entre ellos. Es decir, no basta con que los padres utilicen la LSA como lengua primera para comunicarse, tampoco alcanza con que tanto ellos como la niña sean personas sordas, se observó entre ellos grandes fallas en la comunicación y vinculación.

Durante el tratamiento de Sofía se mantuvieron espacios de orientación familiar con sus padres. En las mismas, la madre pudo historizar que ella no quería tener otra hija pero su primer hijo le pedía un hermano. Cuando comparan ambos hermanos, dan cuenta que el primero

“nunca necesitó de su ayuda” y siempre fue muy independiente. Sofía también, se cambia y se baña sola, si tiene hambre busca comida, y puede estar todo el día en su trampolín sin demandarles ayuda. La diferencia, es que el primer hijo logró generar vínculos con pares por sí mismo, Sofía no puede.

Las intervenciones realizadas tuvieron como objetivo que estos padres se involucren en las actividades de la niña con fines vinculares, por ejemplo, compartir una comida, elegir la ropa que se pondrá, jugar. Esto último no surgía dentro de la dinámica familiar, por lo cual muchas veces los padres han ingresado al consultorio para mostrarles cómo jugar con su hija. Solían asombrarse al ver todo lo que se podía jugar con ella, algo que en la casa no había surgido. Esperaban que ella los convoque a jugar, pero en este caso ellos deberían involucrarse en su juego. También notaron el disfrute de la niña en estos juegos compartidos.

Una vez, al finalizar una sesión donde ambos padres habían ingresado a participar de las actividades, cuando se le avisa a Sofía que era tiempo de guardar e ir a casa, la niña se para en la puerta estirando sus manos, como queriendo evitar que salgamos.

Es importante destacar esta autonomía que era vista como algo positivo por los padres, pero impedía algún tipo de contacto entre ellos con la niña. A veces, si la lengua no aparece (como en este caso la LSA), los momentos de ayuda en el baño, el cambiarse, prepararse para salir o darle comida suelen ser un espacio

de intercambio entre padres y niños. Pero, en el caso de Sofía, este espacio vincular no se daba ni en el juego ni en los cuidados primarios, ya que ella lo hacía todo por sí misma. ¿Sofía era autónoma o era autómata?

Podríamos pensar, en su forma inversa, que un niño sordo que nace en una familia oyente quizás no esté en contacto con la LSA pero sí con miradas, caricias, juegos y cuidados que permiten otra forma de comunicación y construcción del psiquismo.

Este ejemplo clínico nos permite pensar que hablar el mismo idioma no es suficiente para generar un vínculo padre - madre - hija que garantice un desarrollo esperable y saludable. En el caso de Sofía, las condiciones ambientales eran propicias para que la niña adquiriera la Lengua de Señas de forma natural, ya que era su lengua materna, sin embargo, esto no sucedió y, aún más importante, no se observaron otros comportamientos simbólicos esperables para el vínculo con el otro, tales como el dibujo representacional, juego simbólico, y conductas declarativas.

Si bien aún no se ha realizado un proceso diagnóstico de la niña, con este caso clínico queremos visibilizar que podría haber personas sordas con trastornos del neurodesarrollo. Sin embargo, el diagnóstico, si lo hay, debería darse por profesionales especializados en sordera y neurodesarrollo para poder aplicar las técnicas específicas, por ejemplo, el ADOS - 2, ADIR, WISC, VINELAND, acorde a las características

del paciente y con criterio clínico. Hay que tener en cuenta que, en nuestra clínica, nos encontramos con la dificultad para la utilización de pruebas estandarizadas ya que las mismas no fueron creadas y construidas a partir de una muestra heterogénea de niños y aquellos con déficits sensoriales no fueron incluidos.

Aun así, consideramos que en toda evaluación y tratamiento es necesario conocer al paciente en su particularidad, así como también su contexto social y vincular, ya que, justamente, las evaluaciones son un estándar y no nos hablan de la subjetividad del niño. Es por este motivo, que pudimos dar indicaciones e intervenir terapéuticamente con Sofía y su familia sin necesidad de una categoría diagnóstica, porque la escuchamos en su subjetividad, más allá de contar o no con los aportes estandarizados.

### **Una nueva propuesta para el diagnóstico diferencial**

Proponemos al lector un cambio total de posición respecto del lugar del diagnóstico, ya no como algo esencial en la práctica clínica, donde se intenta ubicar qué rasgos del caso podrían sumarse y dar cuenta del diagnóstico o de la estructura en juego, sino como una lectura -lingüística- del caso, en el que, aislando ciertos significantes del sujeto, es decir singulares, se podría dar cuenta de un tipo clínico.

Nos resulta de gran interés apelar a una lectura de la posición subjetiva del paciente. Posición subjetiva en el

discurso del Otro, que lo designa y de alguna manera lo determina.

Hemos observado, tanto en el caso de Andy como en el de Sofía, a dos niños ocupando posiciones en el discurso de sus padres y replicándolas. Andy no va a poder jugar con amigos porque lo van a burlar, y eso es lo que actúa en la escuela, le da a su madre un niño que no juega. Sofía no ha sido buscada, por eso no la encontramos en ningún discurso; parece desalojada del Otro, intentando en su autonomía hacerse de un lugar.

Intentar ubicar un diagnóstico para Andy y otro para Sofía, nos obliga a tener en cuenta diversos aspectos. En principio el material clínico: creemos que no contamos con un tiempo de tratamiento suficiente que nos haya brindado el material necesario para aseverar un diagnóstico. Por otro lado, debemos tener en cuenta que ambos niños tienen aún una subjetividad en construcción, a advenir, lo cual nos impide dictar un veredicto respecto del diagnóstico. Y, por último, nos preguntamos cuál sería la utilidad o funcionalidad de arribar a un diagnóstico que los nombre, dándoles un lugar en el grupo de los “niños con trastorno del neurodesarrollo”, dejando de lado su verdadero lugar en el Otro, su singularidad.

Consideramos que sustraer nuestro interés respecto del diagnóstico no significa abandonar la lectura del caso. Por el contrario, se trata de leerlo intentando dar cuenta de la posición de sujeto en juego en cada niño, arribando a ciertas nociones que funcionen,

parafraseando a Lacan, como “carretera principal del análisis”.

Entonces, sin dejar de lado la disyunción diagnóstica que el presente trabajo plantea, esperamos poder llevar a cabo la lectura propuesta.

En principio Andy presenta cierto retraso en la adquisición verbal o en el uso del lenguaje, ya sea oral o señado. Estamos frente a un niño que no utiliza la palabra para comunicarse, lo que no quiere decir que no se comunique. Lo hace, pero por medios alternativos, como la escritura de palabras sueltas, el dibujo, o la utilización de gestos. Daría la impresión de que el lenguaje no se ha inscripto del todo en él, lo cual podría sumarse a la ausencia de juego simbólico. Por su lado, Sofía, con idénticas dificultades en el lenguaje, no presentaba medios alternativos de comunicación como el dibujo, imágenes o juegos simbólicos. Las señas, solo aparecían en la imitación, y se destaca que disfrutaba la presencia de otras personas, aunque no las convocaba por sí misma.

Por otro lado, Andy dibuja, y muy bien, y como sabemos la capacidad de plasmar una imagen mental en un papel da cuenta de la capacidad de simbolización, con lo cual es cierto que estrictamente Andy no despliega un juego simbólico, sin embargo manifiesta recursos simbólicos a la hora de dibujar. En el tratamiento, el juego no se ha llegado a desplegar. Aunque tampoco se han desplegado los famosos giros.

De los giros, es llamativa la asociación que realiza la maestra entendiéndolos

como un llamado de atención. Nos animamos a pensarlos como una conducta que algo nos está queriendo decir, como un síntoma. El niño tiende a ser el síntoma de la familia y es así como entendemos los giros, como una conducta que viene a decirnos que en esa familia hay algo que no anda. Cuando Andy está frente a un otro que lo “escucha”, que le presta atención, que se dirige a él creyendo que hay algo que tiene para decir, él no gira.

En el caso de Sofía, el colegio y la familia expresaron que tiraba cosas y se lesionaba sin darse cuenta. Estas conductas jamás aparecieron en sesión. Se observó que el uso de su cuerpo es desorganizado, por ejemplo, al sentarse en una silla o en el piso, solía desplomarse sin control, ha llegado a pisar descalza piezas chicas de juegos sin demostrar dolor o molestia, siquiera registro de que está pisando algo, por lo tanto, se puede hipotetizar que en su juego solitario, sin nadie que la vea en la casa, ha llegado a lesionarse por esta falta de registro corporal, lo cual puede estar vinculado a una hiposensibilización táctil. Los padres, como se comentó anteriormente, descansaban su autonomía y juego solitario. Por otro lado, se destacó que su juego era manipulativo y tirar juguetes es una forma de este tipo de juego, lo cual podría llegar a lastimar a otros niños, pero no se puede decir que esa era su intención final. Sofía había llegado a perder su escolaridad porque los adultos profesionales que la observaron la consideraron un riesgo para sus compañeros. Nada de esto se observó en

el espacio de las consultas.

En el caso de Andy, entendemos que los giros pueden ser un intento de llamado al Otro, un pedido de atención, una forma de hacerse ver, hacerse notar, de existir para el Otro, una forma de demanda. Intento de ingresar en el campo de deseo del Otro, para posteriormente poder formular la famosa pregunta ¿qué me quiere? Preguntándose por ese deseo. En este momento el Otro no quiere nada de él, no le habla en su idioma, no lo “escucha”, no comparte con él. En su casa Andy mira la televisión o gira, no hay nada del lazo al otro que pueda leerse allí. Sin embargo, Andy no está desalojado del Otro, el Otro “se ocupa” de él, se ocupa de que no lo burlen.

Creemos que los giros, la falta de juego y la particularidad en la comunicación, van de la mano de este lugar que Andy tiene en el Otro. Un lugar algo extranjero (dado que no hablan el mismo idioma), donde no logra una pertenencia, pero tampoco se encuentra desalojado, lugar de extimidad.

En el caso de Sofía, se intentó que se produzca un cambio de posición en sus padres al dejar de esperar que la niña los convoque a jugar, para que sean ellos quienes busquen la interacción. Sin embargo, creemos que no alcanza con estos movimientos para que la función del deseo circule y los padres tendrán mucho que trabajar para poder verdaderamente alojar a Sofi en su discurso.

En la madre de Andy, el mal-entendido, la contradicción, se hacen presentes “Andy tiene amigos, pero no logra integrarse al

grupo". "Andy tiene amigos, pero ella no lo deja salir a jugar por miedo a que lo burlen". ¿Contradicción? ¿Renegación? Una madre que no puede hacer lugar a su hijo, que no logra verlo más allá de su discapacidad, dejándolo en un lugar aún más discapacitante y limitado. Como dice Blanca Nuñez "muchas veces es la familia la que empuja al hijo al aislamiento, tratando de protegerlo de las posibles actitudes de rechazo y discriminación de los otros..." (Nuñez, 2008, p. 169)

Es posible que Andy esté ocupando el lugar que la madre le otorga en su propio fantasma. El lugar del niño que no escucha, no habla, no puede "defenderse solo", que será burlado, será objeto de los otros. El niño despliega el fantasma materno no dando lugar a su deseo. Al quedar ocupando el lugar de objeto del fantasma, se aplasta como sujeto. Consideramos que el girar sobre su propio eje estaría dando cuenta de lo más propio de Andy. Recurso del auto-erotismo que le permite al menos una distancia en relación a la madre. Cuando gira, Andy no despliega el fantasma materno, sino que pone en juego su síntoma, lleva al cuerpo lo que no puede poner en palabras, se pone a girar.

Por su parte Sofía no se aloja en el fantasma materno, sino que es un fantasma. Circula en esa casa, en esa familia, sin ser aún vista ni oída en su singularidad, tanto que pasar horas en un trampolín es leído por sus padres desde el disfrute y el juego. Sofi no es vista aún, con los ojos de un Otro que la aloje.

Entendemos que el espacio analítico

tiene para Andy el carácter de posibilidad de decir de otros modos, sin necesidad de actuar. Creemos que la posición subjetiva que Andy toma frente a su madre no se parece en nada a la posición frente a la analista. En su casa Andy no existe como sujeto, mira televisión, gira, y no fue hasta que la escuela alertó sobre esto, que el Otro, su madre, pudo cuestionar ese accionar. Hasta entonces el niño era un objeto a ser burlado, al que no se le suponía ningún deseo, ninguna falta.

En relación a esto Lacan como respuesta al libro de Maud Mannoni:

*"El niño retardado y su madre"* plantea que el pegoteo del que habla la autora no sería entre el cuerpo de la madre y el del niño, sino entre los significantes. De este modo el débil soportaría "un no-saber sobre ese deseo oscuro que lo sostiene en el fantasma materno y que lo arrastra a identificarse, no consintiendo la separación de los significantes del Otro, fusionado a esa posición, impidiéndose preguntarse por el deseo del Otro" (Muñoz, 2011, p. 247)

En relación a esto Sofía no ha tenido la misma suerte. Se ha cruzado con profesionales que la miraron para clasificarla, esquivando su subjetividad. Creemos que es la oferta de un espacio terapéutico lo que le permitió a Sofi desplegar su modalidad vincular mostrando sus dificultades y su interés por valerse de la presencia de un otro que la oriente, un otro a imitar.

Sofía no sería la niña discapacitada en su familia ya que, en todo caso, son todos sordos, "discapacitados". El vínculo

que se despliega en esta familia no estará atravesado por la discapacidad ni por las trabas en la comunicación, estará atravesado por el duelo, la falta de deseo y las dificultades de estos mapadres de disponer su presencia a una alienación primordial que pudiera darle a Sofi los elementos, los indicios de quién habría que separarse.

Dado que en Andy la separación no opera, tampoco se logra poner en juego el deseo, no se despliega la pregunta por el deseo del Otro y no se da la apertura al despliegue del deseo del niño en tanto sujeto, quedando el niño en una posición débil. Sería un modo de responder al Otro, una toma de posición subjetiva, lo cual abriría a una intervención posible del análisis vía la palabra y el deseo del analista. Por su parte Sofía tendrá aún más trabajo por delante, debiendo descubrir los significantes de algún otro a los que poder alienarse para desde allí construir su subjetividad.

## Conclusión

Crear que los niños sordos e hipoacúsicos podrían entrar en una media evolutiva tal cual un niño oyente, nos llevaría a cometer errores diagnósticos, por ejemplo, basados en la edad en que se supone que un niño aprende a hablar, a caminar o a ir al baño.

A partir de los casos clínicos presentados, queda claro que ni los recursos lingüísticos de un sujeto, ni su falta de audición, ni la modalidad comunicacional familiar, darán cuenta

de sus recursos simbólicos y menos aún de su diagnóstico, ya que no será el acceso al lenguaje los canales auditivos lo que determine la posibilidad o no de un desarrollo evolutivo esperable.

No sólo será necesario conocer los avatares que atraviesan estos sujetos a la hora de acceder al lenguaje, sino que será importante conocer la Lengua de Señas y la lengua oral con el fin de observar en cada caso cómo ha sido el acceso a ambos, cómo han sido aprendidos y cómo son utilizados, en qué ámbitos, con quiénes y con qué intención. Tener en cuenta esto nos permitirá evitar hacer diagnósticos erróneos, basados en criterios generalizados que en estos casos podrían no aplicar. Observamos que es habitual en esta clínica que la falta de lenguaje en el paciente sea entendida como un rasgo de autismo.

Consideramos que trabajar las diferencias entre autismo y sordera, y sobre todo profundizar en las teorías que las estudian, nos permitió develar las particularidades de ambas, con el fin de poner entre signos de interrogación diagnósticos apresurados de TEA que se basan sobre todo, en la relación del sujeto con la lengua y el lenguaje ya que, como se expresó anteriormente, es la habilidad socio-comunicacional junto con los intereses restrictivos los que darían cuenta de un diagnóstico específico de TEA.

Considerar que las dificultades en el desarrollo del psiquismo tendrán como causa principal la falta de una lengua en común entre padres e hijos, lleva a una

exclusión de los niños sordos, hijos de padres sordos, dentro de los trastornos del neurodesarrollo, debido a que dicha barrera comunicacional estaría saldada. Así mismo, considerar que la sordera, en tanto impedimento del acceso al lenguaje, provocaría conductas típicas del autismo en los niños sordos, hijos de padres oyentes, que no hablan la misma lengua, naturaliza dichas conductas esquivando un potencial diagnóstico de TEA. Ambas exclusiones peligrosas podrían llevar a concluir que la presencia de conductas autistas, desconexiones, o cualquier otra dificultad en la interacción, pasaría a ser habitual o al menos, algo a explicarse por la sola patología orgánica. Nada más lejos que eso. Ambas patologías, sordera y TEA, pueden coexistir en un niño, lo que no quiere decir que la segunda se explique por la presencia de la primera.

No podemos dejar de notar que la descripción del Trastorno del Espectro Autista que presenta el DSM V al ser un sistema de clasificación categorial, deja por fuera la dimensión de la singularidad. Creemos que al no hacer aclaraciones respecto de las excepciones a considerar, sobre todo cuando el sujeto presenta hipoacusia, podría llevar al profesional que desconoce de la temática, a diagnosticar como autistas a una gran mayoría de niños sordos.

Del mismo modo, las técnicas diagnósticas que proponen las Teorías del Neurodesarrollo y la Neuropsicología, no contemplan a la sordera ni en su singularidad comunicacional, ni en su rasgo de diversidad cognitiva propia

de las vicisitudes que atraviesan a la hora de acceder a la socialización, los vínculos y las habilidades (todos recursos atravesados por el lenguaje). Así mismo, la falta de baremos específicos de la Comunidad Sorda Argentina y la falta de adecuación de las técnicas a su implementación en Lengua de Señas, dejan a los profesionales con pocos recursos para el diagnóstico diferencial desde estas orientaciones.

Es por eso que consideramos fundamental la formación especializada en sordera y lengua de señas para realizar un diagnóstico diferencial que contemple la singularidad de las personas sordas.

Por el momento, consideramos que la forma de arribar a un diagnóstico diferencial es mediante la evaluación cualitativa y la escucha de la singularidad ya que será dicho diagnóstico de la subjetividad lo que mejor podrá orientar la dirección de la cura. Esperamos que cuando Sofi y Andy crezcan seamos cada vez más los profesionales hablantes de Lengua de Señas formados y disponibles para alojarlos.

## Referencias bibliográficas

- Artigas Pallares, J. Paula, I. (2012). *El autismo 70 años después de Leo Kanner y Hans Asperger*. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. vol.32 no.115.
- Asociación Estadounidense de Psiquiatría (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.ª ed.). Asociación Estadounidense de Psiquiatría.
- Bugalter, M. & Flores, M. (2012). *Psicoanálisis y*

- discapacidad auditiva, lo que una persona sorda tiene para decir. Trimboli, A., Fantin, J. C., entre otros Comp. *Diagnóstico o estigma? Encrucijadas éticas* (pp. 261-262) Bs As AASM 2012 Ed. Grande Serie conexiones.
- Ley 672 (2001). Reconocimiento del Lenguaje e Interpretación de Señas.
- Ley 25.415 (2001) Programa Nacional De Detección Temprana Y Atención De La Hipoacusia
- Ley 27710 (2023). Reconocimiento de la lengua de señas Argentina
- Lopatin, S., Guzman, A., Diaz, E., Nembrini, S., Aronowicz, R. & Nudman, E. (2009). *Mitos en torno a la sordera. Una lectura deconstructiva*. Bs. As.: Lugar Editorial
- Lord, C., Rutter, M., Dilavore, P.C., Risi, S., Gotham, K. Y Bishop, S.L. (2015). ADOS - 2. *Escala de Observación para el diagnóstico del Autismo - 2. Manual* (Parte 1): Módulos 1-4. Madrid: TEA Ediciones
- Mannoni, M. (1982). *El niño retardado y su madre*. Bs. As.: Paidós
- Morales, F.; Parraguez A.; Salamanca N. (2021). Cognición y Aprendizaje en Niños Sordos: Una Revisión Narrativa. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias* Volumen 21, Número 1, pp. 117 - 132.
- Muñoz, P. (2011). *Las locuras según Lacan*. Bs. As.: Letra Viva
- Rosselli, M.; Matute, E.; Ardila, A. (2010). *Neuropsicología del desarrollo infantil*. Ed: Manual Moderno. México.
- Núñez, B. (2008). *Familia y discapacidad. De la vida cotidiana a la teoría*. Bs. As.: Lugar Editorial
- Premack, D.; Woodruff, G. (1978). *Does the chimpanzee have a theory mind? Behavioral and Brain Science*.
- Sacks, O. (1989). *Veo una voz. Viaje al mundo de los sordos*. Salamaca, España: Anaya & Mario Muchnik
- Sánchez, C. (1990). *La Increíble y Triste Historia de la Sordera*. Caracas: Ceprosord
- Schorn, M. (2002). *El niño y el adolescente sordo. Reflexiones psicoanalíticas*. Bs. As.: Lugar Editorial
- Schorn, M. (2003). *La capacidad en la discapacidad*. Bs. As.: Lugar Editorial
- Schorn, M. (2004). *Discapacidad una mirada distinta, una escucha diferente*. Bs. As.: Lugar Editorial
- Schorn, M. (2008). *La conducta impulsiva del niño sordo*. Bs. As.: Lugar Editorial

#### Notas

<sup>1</sup>La madre aporta un dato, Andy sabe quién es quién en su familia, por ejemplo, sabe quién es el hijo de la hermana, pero no sabe que es su sobrino porque la madre desconoce esta palabra en Lengua de Señas y no supo cómo explicárselo.