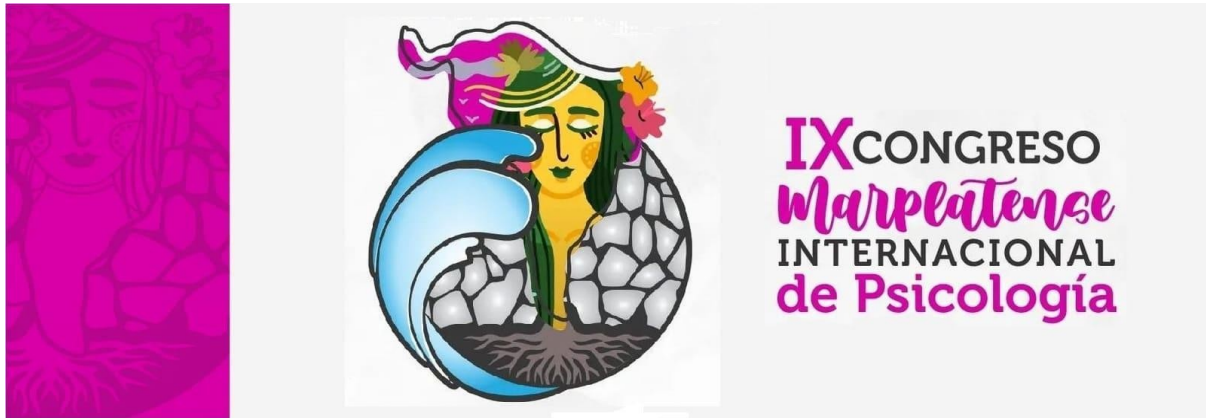




Título

EVALUACIÓN EN LENGUA DE SEÑAS DEL COCIENTE INTELECTUAL EN NIÑOS
SORDOS O HIPOACÚSICOS. REVISIÓN PRELIMINAR

Autorxs:

Lic. Verónica Natalia Vergatti

Mails de contacto

veronicavergatti@psi.uba.ar

Institución y/o lugar de referencia:

Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.

Resumen:

La inteligencia es un constructo que involucra variables como: edad, nivel educativo, nivel social, estimulación ambiental, nivel educativo de los padres y genética (Nisbett et al., 2012). Dichas variables son tenidas en cuenta a la hora de buscar validez en las pruebas de inteligencia. Brenlla y Taborda (2013), citan a Wechsler, quien en 1939 operacionalizó el concepto como “la capacidad agregada y global del individuo para actuar con propósito, para pensar racionalmente y para habérselas de manera efectiva con su medio ambiente” (pág. 14). Se puede inferir que esas mismas variables deben considerarse en la evaluación del niño Sordo o hipoacúsico (Kushalnagar et al., 2007), quien se encuentra incluido en un grupo étnico con una lengua y cultura propias

(Massone, 1994; Ladd, 2003). Es frecuente que se evalúe a la población de niños S/Hip con *tests de inteligencia no verbal*, para obtener una estimación fiable del cociente intelectual sin interferencia del lenguaje. McCallum (2017) indica que el término más apropiado para este tipo de baterías es el de “lenguaje reducido”, debido a que si bien el examinado se encuentra exento de dar respuestas verbales orales, las instrucciones pueden ser administradas de dicha manera. La importancia de esta revisión radica en la necesidad de contar con un instrumento que fuera comparable a otros que evalúan cociente intelectual y que tuviera una metodología clara en su adaptación y aplicación (Quinto-Pozos, 2014). Ya que, de manera frecuente, en esta población se arriban a diagnósticos erróneos que generan impacto en el desarrollo y la salud integral (Krivitski, 2000; Dreyzehner & Goldberg, 2019; Barnett, et al., 2011; Smith & Samar, 2016; Anderson, et al., 2018). Se presentará una revisión teórica preliminar sobre el avance de la evaluación en esta población. Cabe mencionar que el presente trabajo forma parte de una revisión sistemática conforme a las directrices PRISMA que se encuentra en curso.

Eje Temático:

Diagnóstico y evaluación psicológica

Palabras claves:

Lengua de Señas – Cociente Intelectual – Sordera - Hipoacusia

Trabajo (máximo 8 paginas- incluida bibliografía y gráficos)

Introducción

En el ámbito de la salud mental, la evaluación y el diagnóstico constituyen un pilar central para planificar abordajes que apunten al examen de las potencialidades como a la detección y asistencia de dificultades en las personas (Brenlla; Taborda; 2013).

En el desarrollo del niño, existe un periodo sensible para la adquisición del lenguaje y que significa una gran posibilidad de cambios cerebrales permanentes. En el caso del niño Sordo o hipoacúsico (en adelante S/hip), el lenguaje hablado podría no ser completamente accesible, por lo cual resulta fundamental la exposición temprana a una lengua, es decir a la Lengua de Señas (en adelante LS), que pueda ir estimulando la creación de estructuras lingüísticas y, a su vez, que pueda generar canales de

comunicación para con los otros. No obstante, dentro de la práctica estándar se retrasa o niega la exposición a la LS, lo que produce un detrimento en el desarrollo global del niño. Salas (2015) expone que el 90% de los niños que nacen sordos o pierden la audición en edades tempranas poseen padres oyentes. Estos niños adquieren la LS una vez inmersos en instituciones, como el ámbito escolar, y entornos en los que se usa esa lengua. El otro 10% que nace con padres sordos y hablantes de la LS pueden realizar un proceso de desarrollo lingüístico natural, debido a que acceden a una lengua materna. La autora agrega que en el caso de niños S/Hip, principalmente los prelocutivos, frente a la ausencia de un estímulo auditivo el Sistema Nervioso Central permanece en un estado de “latencia” durante el periodo crítico de adquisición y, cuando el tiempo transcurre más allá de ese período, la capacidad se ralentiza y hasta puede perderse. Algo diferente sucede cuando estas personas habilitan un sistema periférico alternativo, y es el caso de la exposición a un sistema lingüístico no oral, sino gestual, el cual utiliza como *input* la vía visual para transmitir información codificada en señas e interactúa de manera natural permitiendo desarrollar un estado que será correspondiente a la variedad de lengua de señas que recibe como estímulo.

Hall (2017) expone en su trabajo que existe la creencia antigua de que el aprendizaje de la LS interfiere con el desarrollo del lenguaje oral en niños S/hip con implante coclear y que es común que se sugiera el aprendizaje de la LS en aquellos casos en los que las habilidades del desarrollo del habla fracasen. Sin embargo, la falta de acceso a un primer idioma tiene implicancias negativas como, por ejemplo, retrasos en la adquisición del lenguaje, ya que “aprender a escuchar y aprender un idioma hablado simultáneamente es considerablemente más oneroso que tener una base de lenguaje en crecimiento que se pueda usar para ayudar al desarrollo de las habilidades del implante coclear” (Hall, 2017, p.963). También se han hallado dificultades de salud mental, por ejemplo, mayores tasas de depresión, problemas de conducta, niveles de estrés aumentadas en comparación con pares oyentes (Dreyzehner & Goldberg, 2019), mayor riesgo de intentos de suicidio y menor calidad de vida percibida, por ejemplo, mayor probabilidad de sufrir de abuso físico y sexual (Barnett, et al., 2011). Asimismo, los niños S/hip sin un adecuado desarrollo del lenguaje pueden presentar dificultades en la comunicación con padres oyentes, lo cual influye en el acceso a información sanitaria relevante (Smith & Samar, 2016) incluido el consumo de sustancias como alcohol y drogas (Anderson, Chang, Kini, 2018) y en sentirse

excluidos de la familia si no pueden comunicar sus necesidades o ser comprendidos (Dreyzehner & Goldberg, 2019).

En el presente trabajo se realizará una revisión teórica preliminar sobre el avance de la evaluación en esta población.

La inteligencia

La inteligencia es un constructo compuesto que involucra diversas variables, entre las cuales se incluyen: edad, nivel educativo, nivel social, estimulación ambiental, nivel educativo de los padres y genética (Nisbett et al., 2012). Dichas variables son tenidas en cuenta a la hora de buscar validez en las pruebas de inteligencia. Por otro lado, Brenlla y Taborda (2013), citan a Wechsler, quien en 1939 operacionalizó el concepto como “la capacidad agregada y global del individuo para actuar con propósito, para pensar racionalmente y para habérselas de manera efectiva con su medio ambiente.” (pág. 14). Por consiguiente, también se puede inferir que es necesario que esas mismas variables sean consideradas para la evaluación del niño S/hip (Kushalnagar et al., 2007). Sin embargo, existen varias dificultades para evaluar los niveles de inteligencia de estos niños, como la falta de instrumentos validados, los prejuicios y el conocimiento limitado sobre el funcionamiento cognitivo.

Considerando lo anterior, el aplicar instrumentos de evaluación inadecuados pueden resultar en sesgos en cuanto a las habilidades reales del niño S/hip, sin dejar de lado que se pueden arribar a diagnósticos erróneos. Krivitski (2000) indica que, a menudo, las evaluaciones de niños S/hip arrojan un cociente intelectual equivalente al de los niños con Discapacidad Intelectual.

En 1965, Vernon, puso en evidencia los sesgos en las investigaciones llevadas a cabo por psicólogos en cuanto a la evaluación del cociente intelectual de los niños S/hip, producto de la aplicación de metodologías inadecuadas. Bajo esta premisa, este autor desestimó la idea sostenida durante años propuesta en el Congreso de Milán de 1880 y rectificada en el siglo XX respecto a que la persona sorda es inferior a la persona oyente (Vernon, 2005).

La evaluación cognitiva en niños Sordos o hipoacúsicos

La bibliografía consultada respecto a la implementación de técnicas de inteligencia en esta población sugiere que se utilizarían los llamados *test de inteligencia no verbal* para obtener una estimación fiable del cociente intelectual sin interferencia del lenguaje, en conjunto con otras pruebas para evaluar habilidades adaptativas, sociales, emocionales y lenguaje oral en niños con dispositivos de apoyo (implante

coclear, audífonos) y, de esta manera, comparar su desempeño con niños oyentes. Ejemplo de esto son los trabajos de: De Giacomo, A. et al (2013); Phillips, J. et al (2014). Lo mencionado, deja por fuera aquella información que podría ser relevante para la comprensión de los recursos cognitivos del niño S/Hip con conocimiento de Lengua de Señas.

McCallum (2017) indica que el término más apropiado para este tipo de baterías es el de “lenguaje reducido”, debido a que si bien el examinado se encuentra exento de dar respuestas verbales orales, las instrucciones pueden ser administradas de dicha manera. También se han encontrado trabajos en los que un intérprete de Lengua de Señas traduce las consignas para que fueran accesibles al evaluado, aunque no se clarifican los procedimientos de traducción, como por ejemplo los trabajos de: Arrington, L., 2018, y Wechsler, D. & Naglieri, J. A., 2011.

Por otro lado, Quinto-Pozos (2014) frente a la falta de test en Lengua de Señas, ofrece una serie de recomendaciones para el desarrollo y/o adaptación de pruebas existentes, entre ellas, remarca la importancia del trabajo colaborativo con señantes nativos sordos y profesionales que trabajen en ámbitos educativos, en el caso de Argentina, las figuras del Asesor Sordo e Intérprete de Lengua de Señas – Español (ILSA-E), respectivamente.

Por lo tanto, no sólo es necesario desarrollar pruebas específicas para esta población y de esta manera arribar a perfiles cognitivos adecuados sino, también, poder tener información respecto a aquellas pruebas que pueden facilitar el proceso de evaluación, para adaptarlas y estandarizarlas o evaluar la posibilidad de crear una herramienta nueva (Henner, J. et al; 2018).

El acceso a la Lengua de Señas como facilitador del desarrollo cognitivo

Hall (2017) propone al implante coclear como una intervención independiente de la accesibilidad del niño a su primera lengua y desestima aquellos enfoques que circunscriben la rehabilitación audiológica del niño S/hip únicamente a través del implante coclear y la enseñanza de la lengua oral.

Massone (1994), expone que la lengua oral y la de Señas tienen propiedades comunes: productividad, arbitrariedad, discreción, relaciones gramaticales y doble articulación, sin embargo tanto la organización sintáctica como el léxico del español oral se superpone de manera parcial con la Lengua de Señas Argentina (LSA), debido a que es una lengua visogestual, es decir, que hay verbos de movimiento con

clasificadores expresados por la configuración de la mano, verbos que señalan concordancia entre sujeto y objeto, rasgos no manuales con función sintáctica, adverbial y discursiva. Por lo tanto, la LSA es una lengua legítima como las demás lenguas de señas. Por otro lado, refiere a la “perspectiva oralista” como aquella que circunscribe al niño S/hip con déficits en el desarrollo cognitivo por suponerlo falto de lenguaje o por presentar dificultades al acceder al lenguaje oral. Según esta perspectiva, para que se pueda saldar ese déficit, sería necesaria la oralización y la rehabilitación audiológica, de esta manera, ese niño podría acceder al pensamiento (Massone, Machado, 1994).

Ambas autoras, en sus trabajos ponen en relevancia la necesidad de conocer y aprender cuáles son las particularidades de la población S/hip, sus aspectos culturales y su Lengua para poder realizar intervenciones efectivas en el ámbito de la salud mental y educativo.

Herrera (2005), en cuanto a la adquisición de las primeras señas, menciona que el niño S/Hip atraviesa etapas semejantes a las observadas en la adquisición del lenguaje oral por los niños oyentes, no obstante, los niños sordos de padres sordos producen las primeras señas más tempranamente que las primeras palabras producidas por niños oyentes. Cita a Petitto (2000) quien indica que la etapa de comunicación prelingüística emerge, tanto en niños sordos como en oyentes, entre los 9 y 12 meses, la comunicación gestual poslingüística entre los 12 y 48 meses y que las primeras expresiones señadas tienen un significado holofrástico, es decir, el niño expresa con una seña una frase o idea completa. Herrera expone que, durante la adquisición inicial de la Lengua de Señas, los niños no emplean todos los parámetros formativos de una seña en su forma adulta, generalmente realizan una seña articulando correctamente uno o dos parámetros formativos (por ejemplo: ubicación o movimiento) pero con uno de los parámetros articulados de forma incorrecta (generalmente la configuración manual). Por último, menciona que el deletreo dactilológico de una palabra involucra la ejecución rápida de una secuencia de configuraciones de la mano, una por cada letra de la palabra que será representada. En las familias de sordos, los niños pequeños son expuestos tempranamente a la dactilología usada por sus padres y hermanos mayores. Estos niños comienzan a usar la dactilología antes de ser capaces de leer y escribir, e incluso antes de conocer las correspondencias entre dactilología y escritura. Remarca que la dactilología no es una

representación del lenguaje oral, excepto por la representación posterior en el lenguaje escrito.

Conclusiones

Al momento de la presentación de este trabajo, no se ha encontrado un instrumento que fuera comparable a otros que evalúan cociente intelectual y que tuviera una metodología clara en su adaptación y aplicación conforme a las directrices propuestas por la Comisión Internacional de Test (Hernández et al, 2020) para ser aplicada en población infantil S/Hip.

Como se mencionó anteriormente, las *bacterias no verbales*, en general, se implementan para lograr claridad en aspectos como habilidades adaptativas, sociales, emocionales y lenguaje oral en niños con dispositivos de apoyo, sin embargo, la población de niños oyentes y S/Hip no serían muestras comparables, por lo cual cobra relevancia avanzar en materia de investigación para poder mejorar la calidad de evaluación e intervenciones efectivas en el ámbito de salud.

Cabe mencionar, que la mayoría de las baterías de evaluación de desarrollo en niños pequeños (a partir de los 0 años de edad) incluyen al área de lenguaje receptivo y expresivo como una categoría a revisar y que cobra importancia al realizar diagnósticos presuntivos (Bayley, 2015; Capute, 1996; Lejarraga, 2013). También evalúan esta área las escalas de inteligencia y baterías neurocognitivas a partir de los 2 años y 6 meses o 3 años (Wechsler, 2014, Korkman et al, 2014; Matute et al, 2021) Sin embargo, en población de niños S/Hip este aspecto queda relegado, lo cual obstaculizaría la evaluación y comprensión del perfil de neurodesarrollo en esta población.

Bibliografía

Anderson, M.; Chang, B.; Kini, N. (2018). Alcohol and drug use among deaf and hard-of-hearing individuals: A secondary analysis of NHANES 2013-2014. *Subst Abus.*, 39,390-397

Arrington, L. (2018). *An investigation of the cognitive profile of deaf and hard of hearing students on the Wechsler Intelligence Scale for Children*. A dissertation Submitted in partial fulfillment of the requirements For the degree of doctor of philosophy In the graduate school of the Texas woman's university; Department of special education college of professional education.

- Bayley, N. (2015) *Spanish adaptation of the Bayley Scales of Infant and Toddler Development, Third Edition*, Madrid, Pearson Educación S.A.
- Barnett, S., Klein, J.D., Pollard, R.Q. Jr, Samar, V., Schlehofer, D., Starr, M., Sutter, E., Yang H., Pearson, T.A. (2011). Community participatory research with deaf sign language users to identify health inequities. *Am J Public Health*, 12, 2235-2238.
- Brenlla, M.E., Taborda, A. (2013) *Guía para una interpretación integral del WISC-IV*, Buenos Aires, Paidós.
- Capute, A. J., Accardo, P. J. (1996) The infant neurodevelopmental assessment: A clinical interpretative. Manual for CAT-CLAMS in the first two years of life. Part 2, *Curr Probl Pediatr*, 279-306.
- De Giacomo, A., Craig, F., D'Elia, A., et al. (2013). Children with cochlear implants: Cognitive skills, adaptive behaviors, social and emotional skills. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*, 77, 1975–1979.
- Dreyzehner J, Goldberg KA (2019) Depression in Deaf and Hard of Hearing Youth. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 28,411-419.
- Hall, W. C. (2017) What you don't know can hurt you: The Risk of Language Deprivation by impairing Sign Language Development in Deaf Children, *Matern Child Health J*, 21, 961-965.
- Henner, J., Novogrodsky, R., Reis, J., Hoffmeister, R. (2018) Recent Issues in the Use of Signed Language Assessments for Diagnosis of Language Disorders in Signing Deaf and Hard of Hearing Children, *The Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 23, 307-316.
- Hernández, A.; Hidalgo, M.; Hambleton, R.; Gómez-Benito, J. (2020) International Test Commission guidelines for test adaptation: a criterion checklist; *Psicothema*, 32, 390-398.
- Korkman, M., Kirk, U., Kemp, S. (2014) *NEPSY-II: Manual técnico y de interpretación*, España, Pearson.
- Krivitski, E. C. (2000). Profile Analysis of Deaf Children Using the UNIT. *Dissertation Abstracts International*, 61, 2593.
- Kushalnagar, P., Krull, K., Hannay, J., Mehta, P., Caudle, S. y Oghalai, J (2007) Intelligence, Parental Depression, and Behavior Adaptability in Deaf Children Being Considered for Cochlear Implantation. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 12, 335-349.

Lejarraga, H., Kelmansky, D., Pascucci, M., Salamanco, G. (2013) Prueba Nacional de Pesquisa PRUNAPE, Buenos Aires, Hospital Garrahan.

Massone, M. I., Machado. E. M. (1994). *Lengua de Señas Argentina. Análisis y Vocabulario Bilingüe*. Buenos Aires, Edicial.

Matute, E.; Rosselli, M.; Beltrán-Navarro, B.; Ardila, A. (2021). *Evaluación Neuropsicológica Infantil-Preescolar ENI-P*; México: Manual Moderno.

McCallum, R.S. (Ed) (2017). *Handbook of Non-Verbal Assessment* (Second Edition). Tennessee, USA: Springer.

Nisbett, R. E., Aronson, J., Blair, C., Dickens, W., Flynn, J., Halpern, D. F., Turkheimer, E. (2012). Intelligence: New findings and theoretical developments. *American Psychologist*, 67, 130-159.

Phillips, J., Wiley, S., Barnard, H., Meinzen-Derr, J. (2014) Comparison of two nonverbal intelligence test among children who are deaf or hard of hearing, *Research in Developmental Disabilities*, 35, 436-471.

Quinto-Pozos, D. (Ed) (2014). *Multilingual Aspects of Signed Language Communication and Disorder*. Bristol, UK: Multilingual Matters.

Salas, P. (2015). *Sordera y Lenguaje. Neurociencias y logogenia*; Argentina: Brujas.

Smith, S.; Samar, V. J. (2016) Dimensions of Deaf/Hard-of Hearing and Hearing Adolescents' Health Literacy and Health Knowledge, *Journal of Health Communication*, 21, 141-154.

Vernon, M. (2005) Fifty Years or Research on the Intelligence of Deaf an Hard-of-Hearing Children: A Review of Literature and Discussion of Implications; *The Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 10, 225-231.

Wechsler, D (2014) *Escala de inteligencia de Wechsler para preescolar y primaria – IV (WPPSI-IV)*, Madrid, Pearson.