

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA
FACULTAD DE PSICOLOGIA

Título del proyecto: "Análisis crítico de dos modelos de abordaje de la sordera: modelo clínico patológico y modelo sociocultural"

Proyecto de investigación correspondiente al requisito curricular conforme O.C.S. 143/89

Alumnas:

Fernández Puentes, Graciana. Mat.2479/92.DNI 17179530

Lanestosa, Ana Paula. Mat. 3784/96 DNI 26738023

Sappia, Angélica. Mat. 683/86 DNI 20042847

Supervisora:

Lic. Corina Soliverez.

Co- supervisora:

Lic. Claudia Arias

Cátedra de radicación:

Psicología Institucional y Comunitaria

Fecha de presentación:

N° CLASIFICACION:	ADQUISICION:
F-PS	Donación Alumno a través de D.V. Alumnos
F	N° INVENTARIO:
	R-368



"Este Informe Final corresponde al requisito curricular de Investigación y como tal es propiedad exclusiva de las alumnas Graciana Fernández Puentes, Ana Paula Lanestosa y Angélica Sappía de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata y no puede ser publicado en un todo o en sus partes o resumirse, sin el previo consentimiento escrito de las autoras"

"El que suscribe manifiesta que el presente Informe Final ha sido elaborado por las alumnas Graciana Fernández Puentes (matrícula N°2479/92), Ana Paula Lanestosa (matrícula N°3784/96) y Angélica Sappía (matrícula N° 683/86), conforme los objetivos y el plan de trabajo oportunamente pautado, aprobando en consecuencia la totalidad de sus contenidos a los.....días del mes de.....del año 2005.



Supervisora

Lic. Corina Soliveréz



Co-supervisora

Lic. Claudia Arias

"Atento al cumplimiento de los requisitos prescriptos en las normas vigentes, en el día de la fecha se procede a dar aprobación al Trabajo de Investigación presentado por las alumnas Graciana Fernández Puentes (matrícula N°2479/92), Ana Paula Lanestosa (matrícula N°3784/96) y Angélica Sappía (matrícula N° 683/86).

INDICE

Introducción: - - - - -	pág. 1-
Metodología: - - - - -	pág. 5-
Sordera-Definición: - - - - -	pág. 6-
Modelo Clínico Patológico: - - - - -	pág. 11
Modelo Sociocultural: - - - - -	pág. 39
Conclusiones: - - - - -	pág. 62
Bibliografía: - - - - -	pág. 69



UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA
FACULTAD DE PSICOLOGIA

Proyecto de investigación correspondiente al requisito curricular conforme
O.C.3. 143/89

Alumnas:

Fernández Puentes, Graciela. 2479/92

Laneslosa, Ana Paula. 2784/96

Sappia, Angélica. 632/88

Supervisora:

Lic. Corina Solivero

Co- supervisora:

Lic. Claudia Arias

Cátedra de radicación:

Psicología Comunitaria

Título del proyecto: "Análisis crítico de dos modelos de abordaje de la cordera:
modelo clínico patológico y modelo sociocultural"

Descripción resumida

Nuestro acercamiento a la Comunidad Sorda nos llevó a conocer las diferentes concepciones sobre la sordera, representadas principalmente en dos modelos: clínico patológico y sociocultural.

Las concepciones en las que se sustenta cada modelo inciden en el proceso de construcción de la identidad del sordo, en el desarrollo de sus potencialidades así como en su educación, integración social e inserción laboral, entre otros aspectos. Por esta razón resulta de importancia realizar un análisis del tema propuesto.

El objetivo del presente trabajo es describir los modelos de abordaje de la sordera: modelos clínico patológico y sociocultural, analizar los supuestos que subyacen a ambos y describir los métodos de enseñanza que se derivan de cada uno de los modelos mencionados. Por último, elaborar propuestas de intervención en el campo educativo y de la salud.

Para ello llevaremos a cabo un rastreo bibliográfico, consulta de base de datos, recopilación de material proveniente de congresos organizados por la Comunidad Sorda así como publicaciones internas de la misma.

A partir de esto podremos realizar una revisión crítica de los roles tanto de educadores como de los profesionales de la salud y proponer aportes desde el campo de la Psicología.

Palabras claves

- Sordera
- Comunidad Sorda
- Modelo Sociocultural
- Modelo clínico Patológico
- Salud y educación

Motivo de la elección del tema. Antecedentes

Nuestro acercamiento a la Comunidad Sorda se inicia hace aproximadamente dos años, a partir de nuestra participación en un curso de Comunicación Básica de Lengua de Señas Argentina, llevado a cabo en A.S.MAR (Asociación de Sordos Marplatenses).

El hecho de que dicho curso fuera dictado exclusivamente por personas no oyentes permitió no solo la transmisión de conocimientos referidos a su lengua sino también nos reveló la existencia de una comunidad minoritaria con identidad propia.

A partir de la interacción con dicha comunidad tomamos conocimiento de la existencia de dos modelos de abordaje de la sordera: modelo clínico patológico y modelo sociocultural.

Los supuestos que subyacen a cada uno de estos modelos inciden en la calidad de vida de las personas no oyentes (Identidad, desarrollo de potencialidades, educación, inserción laboral, etc.) Por este motivo

consideramos relevante realizar un análisis crítico de los modelos mencionados y llevar a cabo una revisión de los roles tanto de educadores como de los profesionales de la Salud que nos permita proponer apoyos desde el campo de la Psicología.

Tradicionalmente la sordera se incluyó dentro de las deficiencias sensoriales. Es por esto que los tratados de Psicología Clínica Infantil o los Manuales de Psicolingüística Clínica anteriores a los años sesenta ubicaban al sordo dentro de los "Trastornos de la Adquisición del Lenguaje" o rótulos semejantes (deficientes de audio-comunicación, por ejemplo).

Se acostumbra llamar a este discurso "concepción patológica de la sordera", centrado en la idea de una falla a ser "curada" (Modelo Clínico-patológico).

Carlos Sklar (1997) en su libro "La educación de los sordos. Una reconstrucción histórica, cognitiva y pedagógica", realiza un recorrido acerca de los diferentes desarrollos teóricos y prácticos con respecto a la sordera. Este autor señala que, desde la celebración del Congreso de Milán en 1880 y hasta la aparición de otras alternativas metodológicas y educativas hacia finales de la década del '70, los niños y jóvenes sordos han sido objeto de una constante y única preocupación, por parte del mundo de los oyentes: el aprendizaje de la lengua oral (modelo oralista) y, como una consecuencia directa, la integración a la vida cotidiana, escolar y laboral de las personas oyentes.

Algunos autores tienden a considerar que el Congreso de Milán de 1880 dividió la historia de la sordera en dos grandes periodos (Mollez, 1977; Lane, 1984; Volterra, 1990; Sklar, 1990, etc).

En el Congreso de Milán se impuso la superioridad de la lengua hablada con respecto a la Lengua de Señas, y se decretó que la primera debería constituir el único objeto de enseñanza. De esta manera se consolidaba el Modelo Clínico patológico en el campo de la sordera.

A partir de los años sesenta, al descubrirse que las comunidades sordas poseen una lengua propia, constituida en la modalidad viso espacial (estructural, funcional y socialmente otra), la visión de la infancia sorda cambió radicalmente. Comienza a plantearse que toda hipótesis un niño sordo adquirir naturalmente la Lengua de Señas si se le permite desarrollarse en el seno de su comunidad desde pequeño. De esta forma, la persona sorda ya no sería un sujeto patológico sino simplemente un hablante de otra lengua, un integrante de un grupo minoritario.

El discurso que se organiza en torno de la idea del niño sordo como un potencial miembro de una comunidad minoritaria aloclota, suele denominarse "concepción sociocultural de la sordera". De esta concepción, se derivan los programas de Educación Bilingüe del Sordo y estrategias de abordaje clínico alternativas, en las cuales se toma en cuenta la diferencia, a distancia cautelosa de cualquier reducción patologizante.

Este segundo modelo, al que adscribe la Comunidad Sorda, está menos difundido en la comunidad oyente en general y entre los trabajadores de la Salud en particular.

Objetivos Generales:

- Definir y delimitar las diferentes concepciones existentes sobre la sordera, a partir del análisis de los dos principales modelos de abordaje: Modelo clínico patológico y Modelo sociocultural.

Objetivos particulares:

- Describir los modelos de abordaje de la sordera: Modelo clínico patológico y Modelo sociocultural.
- Analizar los supuestos subyacentes a cada uno de los modelos mencionados.
- Describir los métodos de enseñanza que se derivan de dichos modelos.
- Elaborar propuestas de intervención en el campo educativo y de la salud.

Métodos y técnicas:

- Recopilación bibliográfica
- Consulta en base de datos
- Lectura de información proveniente de Congresos y publicaciones internas de la Comunidad Sorda.
- Análisis crítico de los principales modelos de abordaje de la sordera: Modelo clínico patológico y modelo sociocultural.

Cronograma de actividades:

ACTIVIDADES	MESES							
	1		2		3		4	
Búsqueda y recopilación bibliográfica	X	X						
Selección y sistematización de la información			X	X				
Análisis de la bibliografía relevada			X	X				
Análisis y comparación de los modelos				X	X			
Elaboración de conclusiones						X		
Formulación de propuestas de intervención						X	X	
Redacción del informe final						X	X	

Bibliografía básica de referencia

- Sackz, O. (1991). *Veo una voz. Viaje al mundo de los sordos*. Madrid: Anaya.
- Schorn, M. (1997). *El niño y el adolescente sordo*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

- Skliar, C. (1997) *La educación de los sordos. Una reconstrucción histórica, cognitiva y pedagógica*. Mendoza: Editora Universidad de Cuyo.

- Publicaciones del Instituto Platense de Lengua de Señas Argentinas (IPLESA). "Desde adentro".

- Congresos:

III Congreso Iberoamericano de Hipoacusia. IV Congreso Argentino de Hipoacusia. Mar del Plata, septiembre de 2001.

I Congreso Nacional de sordos "Los sordos en el nuevo milenio". Buenos Aires, noviembre de 2002.

- Sitios web:

<http://www.parasordos.com/>

<http://www.siliodesordos.com/>

<http://www.vocesensilencio.com.ar>

<http://www.sordos.com.uy>



Firma del Supervisor

PI Area de Investigación

Resultado de la evaluación (aprobado/eficaz)

Fecha: 16/09/04



Lic. CLAUDIA ARIAS

Firma del Co-Supervisor



Firma de los Alumnos

Acto Dado
Ricchiulli
Lic. M. Ricchini

Mar del Plata, 12 de agosto de 2004-

A la Secretaria de Investigación

Lic Maria Crsitina Belloc

S/D

Le elevo esta nota con la finalidad de avalar a la Lic. Verónica Corina Soliverrez, Jefa de Trabajos Prácticos de la Cátedra Psicología Institucional y Comunitaria, en la dirección de trabajos de investigación, dada su trayectoria en el Grupo de Investigación SAVYCE, en temáticas dentro del área socioantropológica.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Laura Golpe', with a large, stylized loop at the end.

Lic. Laura Golpe

Adjunta de Cátedra Psicología Institucional y Comunitaria

INTRODUCCION

El presente trabajo intenta un acercamiento a la problemática de la sordera. Consideramos que resulta importante abordar dicha temática porque la Comunidad Sorda ha crecido en los últimos años, ha consolidado una identidad y cultura propia y ha comenzado a cuestionar el modelo de abordaje de la sordera que predomina en nuestros días (definido como “clínico patológico”).

Entonces, se hace necesario conocer en profundidad cuales son las diferentes concepciones acerca de la sordera para poder comprender cuales son los puntos de encuentro y desencuentro entre las mismas y de esta manera poder acercarnos a la Comunidad Sorda, desde el campo de la salud, con una mirada mas amplia y comprometida.

Consideramos importante que se abra el debate acerca de las implicancias de estos modelos de abordaje ya que a partir de esto, desde la Psicología, se podrían realizar importantes aportes al Campo de la Sordera.

Por este motivo, el objetivo general de este trabajo es definir y delimitar las diferentes concepciones existentes sobre la sordera, a partir del análisis de los dos principales modelos de abordaje: Modelo clínico patológico y Modelo sociocultural.

Constituyen los objetivos particulares del presente trabajo: describir los modelos de abordaje de la sordera: Modelo clínico patológico y Modelo sociocultural. Analizar los supuestos subyacentes a cada uno de los modelos mencionados. Describir los métodos de enseñanza que se derivan de dichos modelos. Elaborar propuestas de intervención en el campo educativo y de la salud.

Al iniciar este trabajo nos encontramos con que, tradicionalmente la sordera se incluyó dentro de las deficiencias sensoriales. Es por esto que los tratados de Psicología Clínica Infantil o los Manuales de Psicolingüística Clínica anteriores a los años sesenta ubicaban al sordo dentro de los “Trastornos de la Adquisición del Lenguaje” o rótulos semejantes (deficientes de audio-comunicación, por ejemplo), quedando delimitada la sordera como un tipo de discapacidad sin tener en cuenta sus particularidades y sin considerar las potencialidades de los sujetos sordos.

Desde la celebración del Congreso de Milán en 1880 y hasta la aparición de otras alternativas metodológicas y educativas hacia finales de la década del 70, los niños y jóvenes sordos fueron objeto de una constante y única preocupación, por parte del mundo de los oyentes: el aprendizaje de la lengua oral (método de enseñanza oralista) y, como una consecuencia directa, la integración a la vida cotidiana, escolar y laboral de las personas oyentes.

Se considera que el Congreso de Milán de 1880 dividió la historia de la sordera en dos grandes períodos.

En el Congreso de Milán se impuso la superioridad de la lengua hablada con respecto a la Lengua de Señas, y se decretó que la primera debería constituir el único objeto de enseñanza. De esta manera se consolidaba el Modelo Clínico patológico en el campo de la sordera.

A partir de los años sesenta, al descubrirse que las comunidades sordas poseen una lengua propia, constituida en la modalidad viso-espacial (estructural, funcional y socialmente otra), la visión de la infancia sorda cambió radicalmente. Esto dio lugar al surgimiento de nuevos desarrollos teóricos centrados en las potencialidades del

sujeto sordo y en la importancia de la inclusión del mismo en la comunidad sorda (Modelo Sociocultural).

En el presente trabajo, partimos de la definición y delimitación de las distintas concepciones de la sordera. Describimos los dos Modelos teóricos principales que abordan la temática: Modelo Clínico Patológico y Modelo Sociocultural.

A partir de dicha descripción realizamos un análisis crítico de los supuestos subyacentes a cada uno de ellos y de los distintos métodos de enseñanza que se utilizan de acuerdo al marco teórico de referencia.

Las concepciones en las que se sustenta cada modelo inciden en el proceso de construcción de la identidad del sordo, en el desarrollo de sus potencialidades así como en su educación, integración social e inserción laboral, entre otros aspectos. Por esta razón resulta de importancia realizar un análisis del tema propuesto.

Son temas eje de este trabajo las distintas concepciones que cada modelo tiene del sujeto en general y del sujeto sordo en particular, de normalidad – anormalidad y de la salud- enfermedad.

Por último elaboramos una conclusión en la que planteamos nuestro punto de vista con respecto a cada uno de los modelos, evaluando y rescatando los conceptos y prácticas que consideramos positivos y criticando los negativos de cada uno de ellos; para finalizar con propuestas, tanto en lo que atañe a la reflexión teórica como a los métodos y prácticas de intervención.

De esta manera intentamos responder el siguiente interrogante: de qué manera las distintas disciplinas que se ocupan de la Salud en general abordan el campo de la sordera y en que concepciones se basan. Y, en que medida las disciplinas de la Salud

Mental - la psicología en particular- están comprometidas en la investigación, producción teórica e intervención de la sordera.



METODOLOGIA

El presente trabajo se inició mediante una recopilación bibliográfica. Se partió de distintas fuentes, tales como: publicaciones de la comunidad sorda, estudios teóricos provenientes de distintas disciplinas (lingüística, fonaudiología, medicina, psicología, etc.

También se realizó una búsqueda de bibliografía en Internet sobre el tema centrándonos en publicaciones de los Congresos Nacionales e internacionales de sordos, seleccionando aquel que era pertinente al problema a abordar. Dicho material seleccionado fue posteriormente sistematizado y clasificado.

A continuación se realizó un análisis comparativo de las distintas concepciones sobre la sordera, reflexionando acerca de los supuestos subyacentes a cada marco teórico.

Finalmente desarrollamos conclusiones teóricas derivadas del análisis crítico de cada uno de los modelos presentados y propuestas de intervención en los distintos ámbitos y disciplinas que abordan la temática de la sordera.

SORDERA. DEFINICION

La sordera es un tipo de déficit auditivo que se ubica en el cuadro clínico mayor que la incluye, la Hipoacusia.

Realizaremos en primera instancia una breve definición del fenómeno de audición por tratarse la Hipoacusia de un déficit en la misma para luego definir y caracterizar el cuadro clínico de la Hipoacusia.

Se define la audición como la percepción de estímulos sonoros que, captados y transformados en potenciales bioeléctricos por el órgano del oído interno, llega, a través de la vía auditiva al área cerebral correspondiente, tomando el individuo conciencia de ellos (Northern, 1981).

Esto significa que, para que realmente exista audición, deben desarrollarse dos fenómenos fisiológicos: uno mediante el cual el mensaje sonoro estimula al órgano de Corti, que envía esta información hacia los centros y la corteza auditiva y otro psicocortical, que permite comprender el conjunto de sonidos enviados, analizarlos y archivarlos en la memoria auditiva.

El sistema auditivo está formado por un aparato periférico; integrado por el oído externo, el oído medio y el oído interno, y una porción central que comprende las vías neurales y áreas corticales implicadas en la audición.

Hipoacusia: Definición y Características

La disminución del nivel de audición por debajo de lo normal, se define como Hipoacusia. Esta puede ser reversible o permanente.

Se considera una Hipoacusia como reversible cuando es posible devolverle a la persona mediante algún tratamiento la capacidad auditiva. Se considera permanente cuando no se puede mediante tratamientos devolver dicha capacidad.

Clasificación. (Breuning, Cordero, 2001).

1. Atendiendo al *sitio anatómico de la lesión*, las pérdidas auditivas, se dividen generalmente en:

1.a *Conductivas o de Transmisión:*

La afectación implica al oído externo o al oído medio. Una interrupción de cualquier naturaleza en la transmisión del sonido entre el pabellón y el oído interno, constituye una pérdida de conducción.

El oído interno sigue intacto en estos casos. La mayoría de estos trastornos son corregibles mediante tratamiento médico o quirúrgico.

1.b *Neurosensoriales o de Percepción:*

Pueden deberse a una lesión del órgano sensorial terminal (cóclea) o a una disfunción del nervio o la vía auditiva. Este tipo de pérdida auditiva es casi siempre irreversible y lo más frecuente es que se produzca por un daño a nivel del receptor que implica en particular a las células sensoriales (ciliadas).

1. c *Mixta:*

Cuando los trastornos actúan sobre la conducción y la percepción a la vez, se hablará de una Hipoacusia mixta.

2. de acuerdo a su *etiología* las Hipoacusias se clasifican en congénitas y adquiridas.

2.a *congénitas*, subdivididas a su vez en *genéticas* y *no genéticas*.

Las *Hipoacusias congénitas de causa genéticas* pueden ser del tipo recesivas, donde los padres son portadores de la enfermedad pero no son hipoacúsicos; o dominantes, en donde uno de los padres es portador del gen afecto y es hipoacúsico.

Las causas genéticas van adquiriendo mayor importancia según se va progresando en el conocimiento de las enfermedades y van disminuyendo las causas adquiridas al potenciarse su prevención. Constituyen al menos el 50% de los casos.

Más de cien genes, según estimados científicos, están involucrados en la sordera hereditaria, aunque se desconoce todavía la mayoría de los que participan en las funciones del oído (Northern, J).

El mecanismo de la audición es muy complejo y son numerosos los genes que intervienen en la actividad mecánica y eléctrica de ese órgano.

Las *Hipoacusias congénitas de causa no genética* son atribuibles a: infecciones prenatales del grupo STORCHs (SIDA, toxoplasmosis, sífilis, rubéola, citomegalovirus, herpes simple), a medicación ototóxica materna o a patologías metabólicas.

2.b *Hipoacusias adquiridas*: clasificadas a su vez en prenatales, neonatales y postnatales.

Prenatales: enfermedades de la madre durante el embarazo pueden ser causa de Hipoacusia en el niño, sobre todo si se dan entre la séptima y la décima semana. Entre las más graves se ubican la rubéola, sarampión, varicela, alcoholismo, etc.

Neonatales: causadas por traumatismo durante el parto, anoxia neonatal (falta de oxígeno), prematuridad, ictericia (aumento de la bilirrubina en la sangre por incompatibilidad Rh)

Postnatales: se ubican como principales causas la otitis y sus secuelas, fracturas del oído, afecciones del oído interno y nervio auditivo, intoxicaciones por antibiótico, meningitis y encefalitis, tumores, etc.

3. Según el momento de aparición, las Hipoacusias se clasifican en *prelocutivas* y *postlocutivas*.

Prelocutivas o de inicio temprano: antes de que el sujeto alcance un adecuado desarrollo lingüístico. Se considera en general que los factores genéticos son responsables del mayor porcentaje de estos casos.

Post locutiva o de inicio tardío: En este grupo también los factores genéticos juegan un papel preponderante en su etiología.

4. Atendiendo a la valoración de la *magnitud del daño*, las hipoacusias son divididas en leves, moderadas, severas y totales.

Leves: pérdida inferior a 40 decibelios.

Moderadas: de 40 a 70 decibelios.

Severas: superior a 70 decibelios. Conforme a la Seguridad Social se considera una persona sorda a partir de 75 decibelios. (Northern)

Sordera o Cofosis: pérdida total de la audición.

La audiometría permite precisar el grado de sordera (evaluado en decibelios de pérdida), y su tipo.

Prevalencia:

Las pérdidas auditivas constituyen un trastorno de alta prevalencia en la población infantil. Se estima que entre uno y tres de cada mil nacidos vivos sufren una pérdida auditiva severa bilateral. La incidencia de trastornos moderados y ligeros es aun mayor (1 a 3 por 100).

Se considera que aproximadamente el 50% de las pérdidas auditivas en los niños es de causa genética, que un 25% son adquiridas y otro 25% hasta el momento, es de causa desconocida. Dentro de este último porcentaje es posible que exista un grupo importante con una base hereditaria no determinada aún (Azcoaga, Bello, 1985).

En el próximo capítulo desarrollaremos uno de los principales enfoques teóricos sobre la sordera: el Modelo Clínico - Patológico.

MODELO CLINICO - PATOLOGICO

El Modelo Clínico define y aborda la sordera como un déficit en la audición. En este aspecto no se diferenciaría de otros modelos, resulta incuestionable esta característica, no se puede negar la pérdida o ausencia total de audición en los sujetos hipoacúsicos o sordos.

Lo que diferencia radicalmente a este modelo de otros, es que hace hincapié solo en la falta, en el déficit. Coloca en primer plano la discapacidad y no considera al sujeto como una totalidad.

Para el Modelo Clínico el sujeto sordo es un discapacitado auditivo.

Para poder entender esto es necesario desarrollar los conceptos de déficit, discapacidad y minusvalía.

La Organización Mundial de la Salud realiza una clasificación de estos conceptos.

En primer lugar, define la *deficiencia* como una pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica. Esta definición hace referencia a las anormalidades de la estructura corporal y de la apariencia, y a la función de un órgano o sistema, cualquiera que sea su causa; en principio, las deficiencias representan trastornos a nivel de órgano.

La *discapacidad* por su parte, es definida como toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano.

Dentro de la experiencia de la salud, una discapacidad es entonces, la objetivación de los efectos de la deficiencia, el proceso por el cual una limitación funcional se manifiesta como una realidad en la vida diaria, con lo cual el problema se hace objetivo al interferir las actividades corporales.

Debemos, por tanto, hablar de personas con discapacidad y nunca de discapacitados. El término discapacidad es el término comodín, es un término aceptado en toda Iberoamérica (no así el de minusvalía) y es un término al que solemos recurrir siempre que no podemos o no queremos ser más precisos. Se puede tener una deficiencia sin por ello tener una discapacidad y se puede tener una minusvalía sin que medie una discapacidad. (Anton, 2003)

Por último, dentro de la experiencia de la salud, *minusvalía* es definida como una situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o de una discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso (en función de su edad, sexo y factores sociales y culturales).

La minusvalía no sólo se produce por la desventaja que tiene una persona, a la hora de cumplir un rol o llevar a cabo una acción, debida a una deficiencia y discapacidad. También se produce por la respuesta de la sociedad hacia la situación de dicha persona y la sociedad responde de distinta manera según las deficiencias sean visibles o invisibles y las desventajas graves o ligeras.

La sordera como Discapacidad

La persona sorda es concebida y tratada desde la falencia, ubicada dentro de un tipo de déficit sensorial, en este caso auditivo. Se considera desde esta perspectiva que, el hecho de que un sujeto pierda o carezca desde su nacimiento de audición conllevará a una profunda dificultad para adquirir espontáneamente el lenguaje hablado (Curet et al, 2001). De esta manera la persona no oyente se transformará en una persona discapacitada, que por estar afectada en su audición no puede desarrollar el habla, el lenguaje oral de su medio.

A su vez se convierte en un minusválido, por verse dificultado su acceso a la esfera educativa y laboral entre otras.

El modelo clínico ubica como elemento central para el desarrollo cognitivo, psíquico, emocional y social a la audición y por esto a la adquisición del lenguaje oral. (Curet et al). A partir de esto se deriva como consecuencia directa que quienes trabajan desde este modelo consideran que la sordera, al imposibilitar la adquisición espontánea del lenguaje oral conlleva dificultades en el desarrollo de las esferas mencionadas.

Dentro de este modelo tradicional, y durante un siglo, las personas sordas han sido percibidas como “deficientes auditivos” en proceso de “rehabilitación” oral. Se hará hincapié en la falta de audición y de esta manera los principales trabajos de investigación rondarán sobre la relación de la audición con la adquisición del lenguaje, dando por supuesto la importancia que esto tiene sobre el desarrollo cognitivo, psíquico, emocional y social de la persona.

Audición y Lenguaje



La audición es el sentido básico de detección, alerta y contacto que nos mantiene en constante relación con el medio, desde antes del nacimiento. Aún más importante es su acción en la comunicación e interacción humanas.

La Hipoacusia y/o sordera es una disminución única que no es visible físicamente y se limita a una pequeña parte de la anatomía; sin embargo sus consecuencias son extraordinarias con respecto al desarrollo emocional, educacional y social del ser humano (Arce, Carlomango, Espejo, 2001).

Curet y su equipo de trabajo (Centro Otoaudiológico de Alta Tecnología; Córdoba, Argentina [COAT]) destacan la importancia de la audición en los primeros meses de vida y trabajan sobre la importancia que esta tiene en la evolución del lenguaje y la comunicación. Definen así tres etapas de comunicación, que sintetizamos a continuación.

La primera etapa de comunicación, también llamada *prelingüística* (del nacimiento a los quince meses) se caracteriza por el establecimiento de los primeros recursos comunicativos del niño en especial con la madre, quien a través de la mirada y especialmente de su voz orienta al niño respecto del entorno y responde con diferentes objetos y tonalidades de la voz a sus necesidades. Estas son expresadas por el niño, a través del grito y el llanto, que irán preformándose con diferentes entonaciones, ritmos e intensidades para establecer así sus intercambios. El lactante dirigirá así mensajes que recibirán sus respuestas. El pequeño repite incesantemente sonidos especialmente vocálicos que se van grabando y estabilizando por la repetición, (juego vocal propioceptivo, donde el niño produce sonidos por el placer producido por los movimientos de músculos ligados a la alimentación y a la respiración).

La estabilización de la producción de ésta repetición de sonidos vocálicos, base de los estereotipos fonemáticos, depende preponderantemente de la audición. La sensación oída se agrega como fuente de placer y estímulo (juego vocal propioceptivo auditivo), reforzando y estabilizando los sonidos e incorporando combinaciones para nombrar objetos referenciales de sus deseos. Se pasa entonces del juego vocal al inicio del lenguaje cuyas expresiones efectivamente habladas y adonde el niño está inmerso, van dando lugar a la formación de estereotipos (estímulos reforzados), anulándose o suprimiéndose algunos para dar preeminencia a aquellos que son reiterados y puestos en valor pues esos representan los objetos de sus intereses.

Es importante remarcar el valor representativo de ciertas palabras, a las que el niño responde con vivacidad (palabra señal, palabra objeto). Los sonidos que no se repiten, que no se escuchan, se pierden por innecesarios a la lengua, produciéndose la inhibición paulatina de los mismos, proceso en el cual la audición es de importancia central. En este proceso de separación del juego vocal al lenguaje propiamente dicho, el niño descubre el paso de lo biológico a lo puramente humano, de lo innato a lo aprendido

La segunda etapa de comunicación cuenta entonces con el lenguaje por lo cual se denomina *lingüística propiamente dicha* (quince meses a los cinco años). Es el momento en que se amplía el léxico, el repertorio de los sonidos diferenciales, se amplía y complejiza la comprensión de significados, aprendiendo el uso del monosílabo intencional, palabra frase, palabra yuxtapuesta para llegar desde la frase simple a la estructura sintáctica con el empleo de las leyes gramaticales implícitas en

la lengua que hablan los adultos significativos y que le permitirá interiorizar el lenguaje a expensas del lenguaje exterior.

Esto implica que el niño puede pensar con palabras, y además expresar con palabras su pensamiento, independizándose de lo concreto e inmediato.

La tercera etapa de comunicación o segundo nivel lingüístico (cinco a doce años) implica para el niño la posibilidad de emplear el lenguaje como instrumento para acceder a los procesos más abstractos del conocimiento, aprendizaje pedagógico, adonde se vuelve a poner de manifiesto la preponderancia de la audición como facilitador del acceso al aprendizaje del código lectoescrito. Más adelante, el niño podrá sobre estas bases, planificar, analizar, evocar, abstraer, generalizar interpretando el chiste y el absurdo, con riqueza conceptual y profundidad en la capacidad comunicativa.

En base a esto, los autores mencionados realizan luego una investigación sobre los modelos de aprehensión del lenguaje en el niño sordo.

Estos niños realizan un juego vocal propioceptivo, que no se estabiliza por falta del refuerzo de la audición. El juego con los sonidos se empobrece o desaparece pues el placer de realizarlos, escucharlos y repetirlos, no es posible. La disminución y/o desaparición de la producción sonora temprana, tiene como efecto las fallas en la formación de los estereotipos fonemáticos.

El grito y el llanto son disarmónicos, y carecen de las distintas modulaciones intencionales que se aprenden especialmente por imitación, siendo frecuentemente notable la indiferencia del bebé a los

sonidos del ambiente, por lo cual establece otros modos de comunicación, basados especialmente en la mirada, cuyo campo es mucho más limitado pues la audición trae al niño novedades más alejadas de su mundo circundante. Muy tempranamente se observa que los vocablos representativos de los objetos y personas significativas para el pequeño no provocan las respuestas esperables, en tanto no llaman su atención, pues el mundo sonoro no es aprehensible, desinteresándose de él. Se establece una especie de distancia con lo verbal, no sólo en la expresión, generalmente muy limitada a lo concreto, visible, y gestual, marcada por la falta de musicalidad de la voz, sino que también la comprensión verbal es concreta, sostenida por las situaciones gesticuladas, inmediatas y presentes.

En síntesis, el niño sordo casi espontáneamente puede prescindir de lo verbal, centrándose mayormente en el mundo de las imágenes visuales, comprendiendo así situaciones y mensajes, a su manera particular. Las posibilidades de la comunicación, como dijimos muy apoyada en los gestos, la mirada y las actividades exploratorias demuestran que la vivacidad y curiosidad pueden darse sin expresiones sonoras, que en realidad no son parte de su interés y su mundo. La palabra y el lenguaje estructurado en el normoyente, permiten prescindir de la presencia concreta de los objetos y las situaciones pueden ser creadas y recreadas así simbólicamente. En cambio, la estructuración diferente del lenguaje en los niños sordos, particulariza y restringe las

posibilidades de pensamiento a lo evidente y cercano, concreto e inmediato.

Las hipoacusias severas y profundas producen efectos singulares en la adquisición y posterior estructuración del lenguaje, con sus consecuencias en el pensamiento y psiquismo. Por tanto, se sostendrá la importancia de la detección y tratamiento precoces y adecuados, con el objetivo de acercar al niño recursos compensatorios para abordar más ampliamente su contexto y acceder al mundo simbólico.

De esta manera queda suficientemente destacada la importancia que estos autores dan a la audición desde momentos muy tempranos en la vida de los seres humanos, y la imprescindibilidad de las improntas auditivas para el aprendizaje del lenguaje y la organización del psiquismo e intelecto infantiles.

A partir de este supuesto se elaboran (a) estrategias terapéuticas que buscarán devolver la audición a la persona con este tipo de déficits, a través de intervenciones quirúrgicas o la implementación de audífonos y (b) estrategias educativas que promoverán el desarrollo de la lengua oral, para posibilitar el desarrollo cognitivo, psíquico, emocional e interaccional de la persona no oyente.

Estrategias Terapéuticas

Detección Precoz de la Sordera, Diagnóstico y Tratamientos Tempranos.

El tratamiento precoz y adecuado en el campo de la sordera ayuda a compensar de alguna manera el déficit, permitiendo que el niño sordo se conecte más o menos rápidamente al intercambio y también a su modo particular de lenguaje (Ruiz, 1998).

La eficacia de la prevención depende en gran medida del momento en que se realice.

La detección precoz de la Sordera resulta primordial, ya que la privación de la audición en el niño, trae como consecuencia alteraciones significativas en los distintos aspectos del lenguaje, asociada a trastornos del nivel cognitivo y afectivo emocional (Ruiz).

En base a esto se desprende que, un abordaje terapéutico temprano y oportuno permitirá que el niño pueda lograr un buen desarrollo del código lingüístico, incidiendo favorablemente en lo social e intelectual.

Detectar un déficit auditivo en el nacimiento, permitirá aprovechar el período de plasticidad del sistema nervioso central por el que transita todo niño en los primeros meses de vida.

Las diferencias entre los niños sordos estimulados en sus primeros años de vida con respecto a otros que inician su educación a partir de los cuatro o cinco años son significativas. Con la estimulación precoz se incentiva y favorece el desarrollo intelectual global y facilita al discapacitado un instrumento de comunicación. Para ello, el programa debe tocar todas las áreas: cognoscitiva, motriz, sensorial y verbal. (Ruiz)

Al nacer, la producción vocal espontánea es semejante a la de un bebé oyente, pero esa voz natural va a desaparecer progresivamente a partir de los seis o siete meses si no es estimulado adecuadamente. Hasta los tres años es cuando se desarrollan las bases de la comunicación y del lenguaje, cuando las estructuras cerebrales se encuentran en perfectas condiciones para ese aprendizaje, por lo que es indispensable actuar para que el niño adquiera la mayor cantidad posible de estructuras comunicativas y lingüísticas durante el periodo en que se encuentra biológicamente más preparado.

Los efectos que la falta de audición pueden producir sobre el desarrollo cognitivo, afectivo y lingüístico del niño sordo es tal que sólo una intervención intensiva y precoz puede permitir la compensación de aquellos aspectos que sean educables y la superación de los que son inherentes a la propia deficiencia. (Estabrooks, 1994)

A continuación realizamos un breve desarrollo del trabajo que, el Dr. Héctor Ruiz realiza sobre la detección precoz.

Ruiz sostiene la importancia de evaluar a todos los recién nacidos vivos antes de los tres meses de edad. Esta afirmación se basa en el hecho de que estudiar únicamente a los niños que resulten con factores de riesgo auditivo, implicaría identificar sólo el 50% de los que resulten con pérdidas de audición significativas. No obstante, de no ser posible proceder al chequeo auditivo neonatal universal, continúa, resultaría de gran valor la aplicación de un registro de alto riesgo auditivo entre los recién nacidos, que determine la población de bebés a estudiar.

Las mediciones otoacústicas constituyen un método preciso para la detección de las Hipoacusias en recién nacidos, ya que es un estudio objetivo, rápido, no invasivo que puede ser realizado desde las primeras horas de vida del niño.

Puede ser realizado sin administrar medicamento alguno al bebé y además es independiente de la maduración del sistema nervioso del niño.

En síntesis, a través de estos estudios lo que se busca es detectar déficits auditivos para prevenir mayores perturbaciones de la esfera lingüística intelectual y social.

Como ejemplo, podemos citar el programa de detección precoz de la Hipoacusia desarrollado en el servicio de Neonatología del Hospital “Escuela Eva Peron” de la ciudad de Gdo. Bigornia, por el Dr. Héctor Ruiz.

En este programa se evalúan a todos los neonatos (desde el nacimiento hasta la edad de veintiocho días) a partir de las 24 horas de vida, poniendo énfasis en aquellos que presenten uno o varios de los siguientes indicadores:

1. Historia familiar por herencia de pérdida de audición sensorineural en la niñez
2. Infecciones dentro del útero (citomegalovirus, rubéola, sífilis, herpes, toxoplasmosis)
3. Anomalías cráneo – faciales
4. Peso al nacer inferior a 1.500 gs.
5. Hiperbilirrubilemia
6. Medicamentos ototóxicos, incluyendo pero no limitándose a los aminoglucósidos
7. Meningitis bacterial
8. Síndromes asociados a la Hipoacusia

Implante Coclear

El desarrollo de los implantes cocleares es muy reciente, a pesar de que ha sido extraordinariamente rápido.

Basados en las experiencias de Volta, los primeros experimentos de estimulación eléctrica de la cóclea se desarrollaron en Francia en 1957 por Djourno y Eyries, a partir del descubrimiento de que en la enorme mayoría de los sordos, existe un sistema de fibras nerviosas auditivas que pueden funcionar y una corteza cerebral, también normal, que puede recibir información acústica. Todo es cuestión, entonces, de estimular esas fibras para que el cerebro se beneficie de una información que de otra forma no puede recibir.

Los primeros implantes se colocaron hace ya varias décadas en Francia y en Estados Unidos. Desde entonces su perfeccionamiento tecnológico ha sido constante. A fines de la década de 1960, House en Los Angeles implantó a varios pacientes sordos. En 1984 en Estados Unidos se aprobó la implantación en adultos, hecho que sucedió después, para niños de 2 a 17 años, en 1989. Hoy en día hay más de 10,000 adultos y alrededor de 15,000 niños en todo el mundo que han sido implantados, habiendo alcanzado esta técnica la autorización de las organizaciones sanitarias de los países más avanzados.

En un normoyente las ondas sonoras atraviesan el oído externo hasta llegar al tímpano, o membrana timpánica, la cual inicia su vibración y pone en movimiento la cadena osicular, formada por tres huesecillos: martillo, yunque y estribo.

Éstos, a su vez, transfieren la energía hacia el oído interno; los fluidos contenidos en este oído interno entran en movimiento, provocando que las células ciliadas (del órgano de Corti) transformen estas vibraciones en impulsos eléctricos, que se transmitirán a través de las fibras nerviosas auditivas al cerebro. En algunos tipos de Sordera profunda, hay una destrucción de las células ciliadas. El Implante Coclear sustituye dichas células enviando señales al cerebro.

El implante, es un dispositivo electrónico que permite al hipoacúsico comunicarse con el mundo mediante su audición, la cual es recuperada parcialmente.

A diferencia de un audífono, el implante precisa de una cirugía para ser colocado en el hueso temporal y de una rehabilitación ineludible.

La función del implante coclear es llevar el sonido hacia las terminaciones del nervio auditivo bajo la forma de estímulos eléctricos.

El implante coclear consiste en un micrófono, un procesador del habla, un receptor-transmisor y un puente de veintidós electrodos que se inserta en el caracol.

El micrófono y el procesador del habla, se hallan fuera del cuerpo, el paciente los lleva consigo. Entre el dispositivo externo y el interno situado quirúrgicamente en el temporal, hay conexión directa (procesador del habla y electrodos). Los estímulos eléctricos son enviados al nervio auditivo mediante los electrodos.

Los Implantes Cocleares permiten recuperar una audición útil a pacientes que no se benefician con otros sistemas de ayuda auditiva, en niños que previamente poseían buena audición y adquirieron tardíamente una Hipoacusia; y, proveen de dicha capacidad a niños que no escuchan desde el nacimiento

Cuando se confirma un daño auditivo irreversible deben implantarse audífonos para posibilitar la maduración de las vías auditivas y el desarrollo del niño; en los

primeros años de vida se obtienen los mayores progresos intelectuales y lingüísticos como consecuencia de una estimulación auditiva.

Mecanismo de Funcionamiento

1. El micrófono, recibe el sonido y se lo transmite al procesador del habla, el cual lo filtra y codifica en sonidos útiles para el habla.
2. Dicha codificación es transmitida a través de la piel hacia el receptor- estimulador situado en el temporal, el cual convertirá los códigos en impulsos eléctricos. El procesador del habla se mantiene en su posición de trabajo .magnéticamente adherido al receptor- estimulador. Entre ambos se sitúa la piel del paciente, ya que uno está por fuera y el otro por dentro.
3. Los impulsos eléctricos, viajarán hacia los electrodos los que finalmente estimularán las terminales del nervio auditivo, el cual debe estar indemne. Dichos impulsos son recibidos luego por el cerebro.

A diferencia de los audífonos, la selección de pacientes que se beneficiarán con implante coclear es más difícil y no sólo por el tipo de cirugía requerida. El implante está diseñado sólo para personas que no se benefician con el uso de audífonos. Además, deben superar severas evaluaciones, otológicas, audiológicas, radiográfica, tomográficas, psicológicas individuales y familiares.

La evaluación otológica, buscará presencia de infección crónica u otros problemas orgánicos.

La evaluación de la audición determinará el grado de pérdida con y sin ayuda de audífonos. Si el paciente que demuestre mejoría en la audición, deberá continuar con audífonos.

Mediante la Radiología y la tomografía, se evalúa el oído interno, particularmente la cóclea para conocer si podrá alojar en su interior a los electrodos.

Mediante potenciales evocados se estudiará el nervio auditivo para determinar si está dañado o no, si estuviera dañado, el implante no será posible.

Un examen físico general descartará al igual que otras cirugías impedimentos para llevar a cabo una cirugía de ésta complejidad.

Finalmente, una investigación psicológica del paciente y del entorno familiar son mandatorias para poder superar la última valla antes del implante.

Criterios de Selección

Los criterios utilizados para seleccionar a los candidatos apropiados para implantes cocleares están cambiando con el tiempo, a medida que cambia la tecnología y mejora la comprensión de las rutas auditivas (audición) en el cerebro.

Tanto niños como adultos pueden cumplir con los requisitos para un implante coclear. Ellos pueden haber nacido sordos o pueden haber quedado sordos después de aprender a hablar. Los niños de 1 a 1,5 años de edad ahora cumplen con los requisitos para someterse a esta cirugía. Aunque los criterios tanto para adultos como para niños son ligeramente diferentes, están basados en algunas pautas similares:

1. El paciente debe estar completamente sordo o muy cerca de la sordera total en ambos oídos y no haber experimentado casi ningún mejoramiento después de intentar con audífonos. Cualquier persona que tenga una audición adecuada con audífonos no cumple con los requisitos para los implantes cocleares.

2. Es necesario que el paciente esté muy motivado, debido a que después de colocar el implante coclear tiene mucho que aprender con el fin de hacer uso adecuado del dispositivo.

Es necesario que el paciente tenga expectativas razonables por lo que ocurra después de la cirugía, ya que este dispositivo no restaura la audición.

3. Se requiere que los niños sean matriculados en programas que les ayuden a aprender las habilidades para el procesamiento de sonidos.

4. Con el fin de determinar si un paciente cumple con los requisitos para la cirugía, dicho paciente debe someterse a una evaluación médica por parte de un otorrinolaringólogo (médico especializado en oído, nariz y garganta).

Esta puede incluir una TC o una IRM para evaluar las estructuras del cerebro, al igual que el oído interno y el oído medio.

5. Es posible que los pacientes (especialmente los niños) necesiten evaluación psicológica con el fin de determinar si cumplen con los requisitos para la cirugía.

Resultados de implantes cocleares

En el caso de los pacientes postlocutivos (la sordera es posterior al aprendizaje del lenguaje) los resultados pueden ser sorprendentes y en muy poco tiempo de rehabilitación la inteligibilidad aumenta considerablemente. En un período de tiempo que oscila entre una semana y seis meses serán capaces de percibir los sonidos que les rodean, oír el ritmo de las conversaciones, mejorar el uso de leer los labios y obtener un mayor control del volumen y calidad de la propia voz.

En general, el 80% de los implantados son capaces de comprender la palabra hablada sin el apoyo de la labio-lectura y mantener una conversación interactiva. Un 50% pueden utilizar el teléfono.

En los pacientes prelocutivos o prelinguales, los resultados dependen fundamentalmente de la edad a la que son implantados. Cuanto más precoz sea la implantación, mejores resultados se alcanzarán. Si se implanta antes de los seis años, es posible llevar a cabo una estimulación temprana, dentro del propio proceso madurativo del niño.

Utilización de Audífonos

Un audífono es un dispositivo electrónico a pila que amplifica y cambia el sonido para permitir una mejor comunicación. Los audífonos reciben el sonido a través de un micrófono, que luego convierte las ondas sonoras en señales eléctricas. El amplificador aumenta el volumen de las señales y luego envía el sonido al oído a través de un parlante.

Se considera que, la utilización temprana del audífono junto a una educación auditiva precoz es una importante ayuda técnica para facilitar la comunicación oral.

Logopedia

Se centra especialmente en los procesos de comunicación, educar los restos auditivos, el aprendizaje del lenguaje oral, la educación de la voz y del habla y el perfeccionamiento progresivo de la comprensión y expresión de la lengua utilizada en el entorno social del niño.

El logopeda debe intervenir sobre el niño sordo y encargarse de la formación adecuada de los padres.

La labor del logopeda abarca los siguientes grandes campos:

- Descubrimiento del sonido mediante equipos electrónicos y desarrollo de la atención y discriminación auditiva.
- Desarrollo de estructuras fonológicas, semánticas y sintácticas básicas.
- Pronunciación; el niño debe ser capaz antes de los seis años de pronunciar las palabras de manera inteligible para cualquier persona.
- Refuerzo de los conocimientos adquiridos y ampliación hacia algunos aspectos más complejos, como el caso de las estructuras del lenguaje escrito.

Terapia Auditiva- Verbal

Hemos mencionado algunas de las variables en lo que respecta a la intervención sobre la sordera. En base a lo investigado hemos concluido en que no existe una sola metodología que pueda cubrir los requerimientos terapéuticos de todas las personas y en especial de todos los niños con deficiencias auditivas y de sus familias, dado que hay una gran cantidad de variables que condicionan la elección del camino a seguir tales como la edad de detección, las posibilidades de equipamiento o de implante, la disponibilidad de servicios, la dinámica familiar, la presencia de patologías concomitantes, etc.

Entre las diferentes terapias que investigamos, la Auditiva –Verbal aparece como una de las opciones mas utilizadas por equipos interdisciplinarios. Esta requiere de la detección temprana, del acceso a la tecnología con los diferentes dispositivos de ayuda auditiva, de una terapia diagnóstica y de la participación activa de los padres. (Furmanski, 1993).

La Terapia Auditiva - Verbal se aplica particularmente en niños con Sordera. Consiste en una evaluación diagnóstica progresiva del desarrollo de la comunicación del niño conducida por el terapeuta junto con la familia del mismo.

A través de este abordaje un niño con Hipoacusia severa o profunda aprende a utilizar en forma efectiva su audición para el procesamiento del lenguaje hablado, aprovechando los períodos críticos y la plasticidad cerebral. Este tipo de abordaje estimula el desarrollo natural de la comunicación utilizando la audición como canal principal para la adquisición del lenguaje. Lo que se busca es que los niños que reciban este tipo de terapia obtengan resultados en el desarrollo del lenguaje, niveles

de inteligibilidad en el habla, y cualidades de la voz naturales, lo cual posibilite la inserción escolar y social.

La hipótesis que sustenta esta terapia es la de que la mayoría de los niños o hipoacúsicos aún con pérdidas auditivas muy importantes, deberían poder tener acceso al lenguaje hablado a través del canal auditivo si se cumplieran las condiciones necesarias de detección, equipamiento y tratamiento.

Hace más de un cuarto de siglo, Doreen Pollack definió el llamado Método Acupédico o Unisensorial como una serie de lineamientos para enseñarles a los niños con hipoacusias a aprender a utilizar su audición en función de la adquisición del lenguaje.

El término Terapia Auditiva - Verbal fue propuesto para esta metodología por Daniel Ling algunos años más tarde y es el que se emplea actualmente para designar al abordaje que estimula que un niño con cualquier grado de Hipoacusia, en condiciones adecuadas de detección e intervención, emplee la audición como canal principal para la decodificación del lenguaje y a los padres como principales promotores para el desarrollo de la comunicación. La metodología no descarta el empleo de la lectura labial pero la considera un recurso accesorio, no el canal primario.

Quienes utilizan este tratamiento consideran que, cuando el mismo es llevado a cabo con el cuidado, la experiencia y el asesoramiento necesarios, muchos niños con hipoacusias aún severas, profundas o totales, pueden aprender a comunicarse a través de la audición y el lenguaje hablado en forma muy natural.

En síntesis, se puede definir a la Terapia Auditiva - Verbal como la creación de condiciones especiales de comunicación por medio de las cuales se ayuda a los niños

con deficiencia auditiva, a adquirir muchas de las habilidades para la percepción y por lo tanto para la producción del habla, que los niños oyentes adquieren naturalmente sin intervención.

El abordaje auditivo-verbal posibilita que el niño pueda aprender a escuchar su voz, las voces de los otros, también los sonidos ambientales pero por sobre todas las cosas el niño aprende a decodificar los sonidos del habla y a procesar el lenguaje hablado, aprovechando los períodos críticos y la plasticidad cerebral.

Este tipo de abordaje estimula el desarrollo natural de la comunicación en la vida cotidiana, incluyendo la participación del niño en una escuela común con el apoyo necesario. La terapia está basada en la interacción con el niño a través del juego y a través de las actividades cotidianas que los niños desarrollan en los ambientes en los que habitualmente se desenvuelven (Ling, 1989).

Existe una planificación con objetivos generales que es individual para cada niño que se renueva cada seis meses y cada sesión se va planificando tomando información diagnóstica, que es un concepto crítico en la terapia auditiva verbal: la información diagnóstica será la que, permita deducir de qué manera el niño está procesando la información acústica en función de la adquisición del lenguaje.

Para poder obtener este tipo de información, es necesario contar con un profundo conocimiento acerca de la acústica del habla y del desarrollo normal del lenguaje. Los niños con deficiencia auditiva en un programa auditivo-verbal, atraviesan por las mismas etapas que los niños con audición normal con un desfase en el tiempo, dado por el momento en el que se inicia la intervención. Pero el ritmo de crecimiento del lenguaje, en el promedio de los niños, podría ser por lo menos equivalente al de los niños con audición normal y con la posibilidad de que la brecha

entre la edad cronológica y la edad de lenguaje se vaya cerrando, lo cual es esperable que suceda más rápidamente cuanto antes se inicie la intervención (Ling).

Existen principios generales para que un niño pueda incluirse en un programa de terapia auditiva verbal, a continuación los detallamos.

- Detección temprana de la Hipoacusia, en lo posible antes de los 6 meses de edad
- Manejo audiológico eficaz, que incluye la evaluación audiológica, el equipamiento óptimo y el seguimiento necesario
- Amplificación apropiada que le permita al niño acceder a la percepción de los sonidos del habla
- Ausencia de patología severa concomitante, que impida o limita las posibilidades de procesamiento de las señales sonoras o de decodificación del lenguaje hablado
- Ambiente favorable para el aprendizaje auditivo, que incluye la terapia individual y la optimización de las condiciones acústicas y modificaciones en la interacción para la comunicación con el niño de su familia
- Integración de la audición como parte de la vida del niño
- Asesoramiento continuo e información acerca de la evolución y pronóstico del niño a los padres
- Integración en una escuela común con adecuados servicios de apoyo si fueran necesarios
- Participación activa de los padres como principales promotores y modelos para el desarrollo de la comunicación del niño.

A modo de síntesis podemos concluir en que el fundamento principal para este tipo de abordaje es la demostración de la primacía de la audición como el canal más eficiente para la decodificación del lenguaje. El lenguaje hablado se transmite

acústicamente y por lo tanto la audición es el sentido más efectivo y más eficiente para la recepción. La tecnología actual habilita a niños que ni siquiera demuestran audición audiométricamente, a tener acceso a la audibilidad de los sonidos del habla.

En la terapia auditiva verbal se provee al niño de oportunidades para maximizar el uso de audición en función del lenguaje. La expectativa es que el niño utilice el canal auditivo como receptor principal para la comprensión del lenguaje y para el desarrollo del mismo.

La lectura labial es el medio principal por el cual las metodologías orales tradicionales (oral/oral-aural/oral/auditiva) pretenden que un niño con deficiencia auditiva obtenga información para la comprensión de los mensajes; sin embargo, está demostrado que solo puede visualizarse alrededor del 30% de la totalidad de la información (Estabrooks, 2001). A través de la visión no se puede obtener información alguna acerca de la prosodia del habla, lo cual resulta desde el punto de vista de la comprensión del lenguaje una limitación seria para transmitirle al niño no sólo los aspectos suprasegmentales del habla, críticos para determinar, por ejemplo, si se trata de una frase interrogativa, declarativa, exclamativa; si no y sobre todo impide la posibilidad de acercarle al niño información sobre de la intencionalidad del hablante (Ling).

La audición, aunque sea deficiente, es el sentido más útil y más efectivo para la recepción del lenguaje y es el único que permite una realimentación permanente ofreciendo así la posibilidad de lograr una muy buena calidad de voz y altísimos niveles de inteligibilidad gracias al establecimiento del circuito de realimentación auditiva.

Los autores mencionados anteriormente coinciden en que, con los avances en el conocimiento y la tecnología, es esperable que en el futuro cada vez más niños pueden incluirse en un programa de terapia auditiva -verbal y beneficiarse de la obtención de excelentes resultados en cuanto al desarrollo del lenguaje, inteligibilidad en el habla, cualidades de la voz, e inserción escolar y social.

Educación

Antecedentes

La primera persona que habló de la posibilidad de educar a una persona con Sordera fue el médico, astrónomo y astrólogo italiano Girolamo Cardano, nacido en 1501, quien argumentaba que los signos manuales posibilitarían la lecto - escritura y, a su vez, ésta facilitaría el conocimiento, lo cual se ha redescubierto recientemente. (Habermas, 1989).

Quizás esa conclusión de Cardano fue influenciada por los escritos de Rudolf Agrícola de Groningen (1443-1485), publicados en 1528 bajo el título de "De Inventione Dialéctica", en los cuales se hacía referencia a un individuo con Sordera que había aprendido a comprender la escritura y quien consecuentemente había sido capaz de utilizarla como sustituto del habla en la expresión de su pensamiento.

Antes de Cardano, había muchos mitos, varios de los cuales se conservan hasta hoy. Por ejemplo, Aristóteles decía que los individuos con sordera eran incapaces de razonar. Hipócrates de Cos, consideraba que había algo sobrenatural en las enfermedades (una perspectiva que ha subsistido por siglos, excepto para la escuela

de Galeno), y la Sordera era considerada una enfermedad, por lo cual sólo Dios la podía curar.

Hasta el siglo XV la Iglesia Católica asumió que la educación consistía en el recordar ideas de por sí innatas, insufladas por Dios, posición que provenía de Platón. Así, como la verdad venía por la palabra, el individuo con sordera estaba alejado de Dios y por lo tanto no tenía alma. Entonces, educarlo no tenía sentido.

Retornando al siglo XVI, Pedro Ponce de León se apropió del planteamiento de Cardano y utilizó un sistema de signos manuales asociados a objetos reales que estaban en la presencia del estudiante, o dibujos de los mismos, al tiempo que les enseñaba cómo se escribía el nombre respectivo. Se dice que sus primeros estudiantes fueron Francisco y Pedro Velasco, de la familia del Administrador de Castilla, y otros jóvenes de familias nobles, quienes se presumía eran individuos con discapacidad auditiva congénita.

Lo cierto es recién 1940 se inventó el primer audiómetro clínico, por lo cual sólo en esa fecha se logró establecer el real nivel de pérdida auditiva de una persona, y realmente no existen pruebas escritas de las técnicas empleadas por Ponce, excepto magníficas declaraciones amplificadas por la extravagancia e ignorancia de la época.

Parece que algunos de sus estudiantes lograron pronunciar algunas palabras, pero después de haber aprendido a "leer" y "escribir". Recordemos que la lecto - escritura era un lujo del cual pocos disfrutaban en aquel siglo. Esto fue llamado Método oral puro (1545), que no llegó a ser un método, pues no hay constancias del mismo, ni tenía una sistematización.

Por otra parte, la Iglesia Católica llevó la educación de la persona con Sordera al error, argumentando que la única forma de reconocer que el individuo con sordera era un ser humano con alma estaría en la posibilidad de alabar a Dios por medio de la palabra hablada. Así, presionó para que en el Congreso de Milán (1880) se instaurara el Oralismo.

Estrategias educativas: Oralismo

Una vez expuesta la importancia que el Modelo Clínico Terapéutico confiere a la audición y a la Lengua Oral por su papel fundamental en el desarrollo cognitivo, afectivo y psicosocial, no caben dudas en que las estrategias educativas en este modelo estarán orientadas a que el niño sordo hable, para que pueda en consecuencia desarrollar sus funciones cognitivas y psíquicas y pueda integrarse al mundo de los oyentes.

El éxito académico del niño sordo y sus futuros logros profesionales dependerá del buen manejo que este tenga de la lengua oral.(Grosjean 2001). El currículum escolar oralista está guiado por una sola meta: que el “deficiente auditivo” “aprenda” lenguaje oral. Se tenderá a normalizarlo u oyentizarlo. Se buscará que el alumno adquiera mecanismos para comunicarse con el entorno y una buena competencia lingüística.

Este modelo enfatiza la necesidad de fomentar el habla y la lectura labial basándose en el supuesto de que la competencia en una lengua oral es el único medio para el desarrollo cognitivo del niño.

La educación entonces, desde este modelo, forma parte de lo que se ha denominado prevención secundaria. Tiene como objetivo prevenir futuros trastornos

emocionales, cognitivos o vinculares, asegurándose de que el niño desarrolle al máximo, dentro de sus posibilidades, su potencial cognitivo y lingüístico; una vez que ya se ha diagnosticado la sordera.

Es necesario señalar inicialmente que los estudios a respecto de la adquisición de la forma oral de las lenguas por el niño sordo e, inclusive, de la escritura son escasos. Esto es fácilmente comprensible, ya que en esos casos no hay estrictamente hablando adquisición del lenguaje, debido a la inexistencia del acceso al habla.

Los estudios ligados a la relación del niño sordo con la oralidad se han concentrado en la enseñanza o entrenamiento del habla con los resultados en el aprendizaje de la misma, o en la descripción del "habla patológica" de los niños sordos como sujetos con "anomalías en la adquisición del lenguaje". La lingüística ha quedado fuera de esos estudios, realizados usualmente por fonoaudiólogos, con bases lingüísticas reducidas a modelos normativos de la lengua oral, meta del entrenamiento (Behares, 1993).

Se defiende la enseñanza del lenguaje oral mediante el aprovechamiento de los restos auditivos, entrenamiento en discriminación auditiva, entrenamiento en la labiolectura. Se ayudan de aparatos que le permiten al niño detectar el lenguaje oral, como los vibrotáctiles.

Los partidarios de este método exclusivamente oralista defienden la integración del sordo mediante la lectura labial y la expresión hablada por entender que la comunicación social mayoritaria y el acceso a la cultura dependen del dominio del idioma oral y cualquier otro sistema va a entorpecer su aprendizaje.

La lengua de Señas, no es reconocida ni utilizada para la enseñanza dentro del aula y su uso está prohibido y castigado. Los niños sordos deben ser expuestos a la lengua oral exclusivamente para evitar la inhibición de la lengua hablada por la oportunidad de usar las señas. Si los niños usan una lengua que les resulta más fácil, nunca aprenderán la otra. (Veinberg, 1996)

La lengua de señas constituye un grave impedimento para la plena participación de la persona sorda en la Comunidad oyente. La persona sorda que utilice este tipo de lengua permanecerá aislada por su uso, no podrá beneficiarse de la interacción con las personas oyentes, y, por ser estas parte de un grupo mayor, estará condenada al aislamiento.

MODELO SOCIOCULTURAL

Para poder comprender este modelo, es necesario poder caracterizar el contexto en que comienza a desarrollarse, el modelo frente al cual reacciona y a partir del cual a través de una postura crítica comienza a producir su propio marco teórico.

Hacemos referencia al modelo anteriormente expuesto, el clínico-patológico.

Históricamente, como hemos desarrollado en el apartado precedente, los sordos fueron considerados únicamente desde la perspectiva médico-patológica, es decir como enfermos a ser rehabilitados a los que debía enseñárseles el habla para así asemejarse al oyente, dado que eran vistos como miembros deficitarios de la comunidad oyente (Famularo, 1995).

A inicios de los años sesenta, a partir de los desarrollos de las Ciencias Sociales se descubre que las comunidades sordas poseen una lengua propia, constituida en la modalidad viso-espacial, distinta de una lengua oral como cualquier otra lengua oral, es decir, una lengua estructural, funcional y socialmente diferente.

Antropólogos, Lingüistas, Sociólogos y Psicólogos comienzan a construir una visión de la sordera totalmente opuesta a la que se tenía hasta este momento. Dicha visión implica un enfoque más abarcativo que permite ver a la persona sorda como un *ser sociolingüístico* diferente.

Empiezan, entonces, a manifestarse ciertas problemáticas sociales que comienzan a ofrecer al área científica, académica y educativa una serie de desafíos a resolver. Una de estas constituye el área de la sordera y todas sus implicancias en los campos mencionados.

Aparecen los primeros escritos que enfatizan el poder de la Comunidad Sorda y que definen a la persona sorda, ya no como un sujeto patológico sino simplemente como un hablante de otra lengua, un integrante de un grupo minoritario.

El discurso que se organiza en torno de la idea de la persona sorda como un potencial miembro de una comunidad minoritaria alóglota, suele denominarse *concepción sociocultural de la sordera*. Esta concepción no implica negar el déficit fisiológico real, ni rechazar la imperiosa necesidad que tiene el sordo de oralizarse, sino acercarse al sordo con una mirada diferente que lo considere y respete como miembro de una comunidad lingüística diferente. En síntesis, poner el énfasis en las potencialidades y no en la falta. *“Si pretendemos entender la sordera solo desde el punto de vista del diagnóstico audiológico, será muy difícil poder abarcar el problema en su totalidad”* (Famularo, 1998).

La Comunidad Sorda

El cambio de visión producido en el campo de la sordera, se debe en gran parte a la lucha que los mismos sordos han iniciado por el reconocimiento de sus derechos.

Han logrado constituirse en un grupo minoritario, cuyo factor cohesivo es la Lengua de Señas, y que comienza a luchar por el reconocimiento de la misma así como de su cultura e identidad.

Ya hemos mencionado que, tradicionalmente, la sociedad consideró a los sordos desde un punto de vista médico, recluyéndolos en orfanatos, instituciones psiquiátricas, iglesias de la Edad Media y más modernamente en escuelas.

La sociedad les impuso un marco institucional y les proveyó los servicios necesarios a fin de intentar convertirlos en oyentes, es decir normalizarlos (Massone, Famularo, 1999). Dicha reclusión era para la sociedad absolutamente necesaria ya que los sordos eran percibidos como una amenaza al bien común. El ser diferentes, en primera instancia y, más tarde, el surgimiento entre ellos de sistemas de comunicación no hablados vocalicamente, potenció la reclusión, el aislamiento y el intento de normalización.

Sin embargo, en este proceso y a través de las instituciones involucradas, la sociedad se olvidó de la dimensión social y de su increíble poder semiótico. La sociedad no fue consciente del compromiso que los miembros sordos que albergaban en sus instituciones compartían entre ellos, ni de los beneficios que provienen de su interacción cotidiana. Los sordos mismos construyeron e hicieron buen uso de esta dimensión social, comportándose y constituyéndose así en una comunidad minoritaria.

Como consideran Berger y Luckman (1968) la institucionalización genera hábitos compartidos. La institucionalización aparece cada vez que se da una tipificación recíproca de acciones habitualizadas por tipos de actores. La institucionalización implica historicidad y control.

La sociedad como institución debió establecer un orden social, encontró características comunes en el grupo sordo: no hablar, gesticular. Los sancionó como enfermos y los institucionalizó a fin de poder controlarlos y otorgarles el habla.

Los sordos por su lado, generaron pautas de comportamiento comunes, es decir una identidad de grupo, una cultura propia.

La paradoja reside en el hecho de que la sociedad no pudo imponer su control sobre este grupo humano ya que no logró hacerlos hablar como el oyente, no pudo volverlos normales en sus propios términos (Famularo, 1999).

Los sordos, en cambio al compartir y participar de un compromiso cotidiano, elaboraron un sistema de comunicación posible para ellos, es decir, no hablado sino por señas, que luego dio origen a la lengua de su grupo. Puesto que siempre se trato de comunidades no aisladas, de grupos de personas que cotidianamente compartían su experiencia, los sistemas de comunicación que surgieron se consideran las lenguas naturales de estos grupos. Fueron además transmitidas de generación en generación. La Lengua de Señas se convirtió así en la herramienta de supervivencia y a la vez en el factor cohesivo del grupo.

Los sordos, entonces se reconocen como grupo distinto, poseen lenguas no habladas que se han transmitido de generación en generación, que tienen la compleja estructuración gramatical y las propiedades generales y específicas de todas las lenguas naturales. Han desarrollado una cultura visual, patrones de socialización, creencias y valores, patrones familiares, modelos de información, formas de acercarse y tocarse, modos discursivos propios, es decir una cultura que se transmitió entre pares.

Se trata de un grupo que tiene y hace uso de su propia lengua, mantiene sus propios patrones de interacción social y existe dentro, pero en cierta manera al margen de la sociedad. Los encuentros entre sordos tienen lugar en sus familias y en le seno de las asociaciones de sordos principalmente. Los encuentros con oyentes se dan en actividades culturales o en actividades compartidas con aquellos oyentes que forman parte de las comunidades de solidaridad

La Comunidad Sorda se organiza actualmente de la siguiente manera:

- Federación Mundial
- Asamblea General
- *Secretarías regionales*
- Confederaciones Nacionales
- Asociaciones Locales

La Federación Mundial de Sordos surge en Roma, al finalizar la Segunda Guerra Mundial.

En 1951, en distintos lugares del mundo, se unieron once países. Actualmente está constituida por ciento veintitrés países. (Aquiline, 2002 [Secretaria de la Federación Mundial de Sordos]).

En la Comisión Directiva existen once miembros: presidente, vicepresidente, y nueve vocales. Estructuralmente se ubican, en primera instancia los ciento veintitrés países afiliados, que constituyen la Asamblea General, que se reúne cada cuatro años.

El principal objetivo de la Federación Mundial de Sordos es, en la actualidad la lucha por los derechos humanos, la búsqueda de igualdad en los mismos y principalmente el reconocimiento de la identidad sorda.

Otro objetivo primordial es la educación. En el Primer Congreso Nacional de Sordos Argentinos llevado a cabo en Noviembre del 2002, la Secretaria de la Federación Mundial, Carol Aquiline, insistió en los problemas que se han generado a nivel mundial en este ámbito, haciendo hincapié en las dificultades y frustraciones a

puede comunicar, pero ahí, en ese idioma, tiene cultura, tiene idioma, tiene todo. Tenemos capacidad, podemos caminar, podemos trabajar, podemos hacer todo ¿Comprenden esto?

La F.M.S ahora trabaja junto a otras Confederaciones, porque todavía hay que atravesar muchas barreras, todavía no pudimos entrar a estas puertas que no se abren para ellos y para nosotros, porque no hay posibilidad de comunicación, porque no existen los intérpretes necesarios, no hay acceso a la información, por eso “somos discapacitados”, porque no podemos comunicarnos con todos. Y por esto trabajamos en conjunto con otras organizaciones, si entre todos nos ayudamos y rompemos esta puerta y podemos acceder a la comunicación ya no seremos mas discapacitados.

Esto es muy importante. La F.M.S lucha muchísimo por esto. Los sordos solos no podemos, somos pocos. Necesitamos que todos los discapacitados se unan...los motores, los ciegos...ellos saben que los sordos somos diferentes, ellos saben que no somos discapacitados, pero igual nos apoyan y nos ayudan.

El presidente de la Federación participó en este Congreso de la O.N.U y peleó para que se incluyera la Lengua de Señas como el derecho que tiene la propia persona sorda, el derecho que tiene para comunicarse con su lengua natural, y la O.N.U dijo si. Esto es muy importante, que se haya reconocido nuestra lengua. (Aquiline, 2002)



las que ha conducido el Oralismo, que “al fomentar el habla ha dificultado el desarrollo del pensamiento”. Esto se desplaza a su vez a la esfera laboral.

La Federación tiene contacto con la O.N.U, la O.M.S, O.M.T, la UNESCO. Trabaja a través de las Confederaciones, que luchan por las personas sordas de las Asociaciones de cada país. Actualmente se calcula, que, existen en el mundo *setenta millones de sordos* (aproximadamente seiscientos mil en nuestro país). La Federación Mundial considera que sólo a través de la Confederación de cada país se puede trabajar por el bienestar de estas personas.

Un tema de discusión aun dentro de la propia comunidad es la relación entre sordera y discapacidad. La Federación Mundial lucha arduamente por fortalecer en los sordos su identidad como sujetos integrantes de una comunidad lingüística minoritaria y no como discapacitados.

En la F.M.S no nos sentimos discapacitados, tenemos nuestra Lengua de Señas, tenemos una cultura, una comunidad con una cultura... pero en el mundo, si queremos acceder al mundo...es imposible. Porque el mundo no acepta a los sordos, es una comunidad chica, no hay intérpretes. Entonces nos encontramos con barreras, no estamos en igualdad de condiciones.

El problema no es de los sordos, es del mundo, porque no le permiten el acceso a ese mundo. Si no somos discapacitados, como nos vemos a nosotros mismos?...como sordos, somos sordos, solamente sordos. Por ejemplo: una persona argentina no habla inglés y va a Estados Unidos y no se va a poder comunicar ¿va a ser discapacitado por eso? No. No se

Lengua de Señas

La Lengua de Señas es reconocida por la Comunidad Sorda como la lengua natural de la persona no oyente.

Es la única lengua natural que los sordos adquieren espontáneamente y sin que deba ser modificada o desnaturalizada para permitir su aprendizaje, en la medida que se amolda a las características psicofisiológicas del sordo.

El hecho de que no deba ser reestructurada en otra modalidad para poder ser hablada por los sordos (como sí ocurre con la lengua oral), la transforma en la única lengua en la que son hablantes fluídos, en la que se sienten hablantes nativos, y que pueden hablar sin restricciones. Es la lengua de la intimidad y de toda interacción endogrupal (Skliar, 1997).

El descubrimiento de las lenguas de señas por parte de los científicos sociales en la década del sesenta reedificó ciertos conceptos lingüísticos restringidos a las lenguas orales, al reconocer que las lenguas utilizadas por las comunidades sordas constituían lenguas naturales y transmitidas en una modalidad no oral. Los primeros estudios fueron realizados en la Lengua de Señas Americana (A.S.L) por Stokoe y otros y constituyeron los pilares de la lingüística de la Lengua de Señas (Skliar).

Debido a la fundamentación aportada por innumerables investigaciones en esta nueva disciplina lingüística y a los incuestionables desarrollos de la lingüística del siglo XX, es un hecho indiscutible que las lenguas de señas en general y la Lengua de Señas Argentina (L.S.A) en particular son lenguas naturales con los mismos principios organizativos y estructurales que las lenguas orales.

Esta lengua transmitida en una modalidad viso-gestual, presenta todas las propiedades que los lingüistas han descripto como identificatorias de las lenguas naturales (Fortney, O), a saber: doble articulación, arbitrariedad, discreción, relaciones gramaticales, y productividad.

El principio de *doble articulación* da cuenta del hecho de que las lenguas puedan combinar un número limitado de elementos del nivel fonológico. Los elementos de cada uno de los niveles presentan características propias. Los elementos fonológicos son las unidades mínimas y autónomas de la lengua sin significado que se combinan en morfemas, mínimas estructuras de significado. Por ejemplo, en el español oral los fonemas *s* y *e*, se combinan en mínimas unidades con significado (*es*). Los rasgos fonológicos de la L.S.A corresponden a las distintas variaciones de segmentos de movimiento y/o detención, configuración manual, ubicación, orientación, dirección, y rasgos no manuales. Estos elementos que carecen de significado en su forma aislada, se articulan para construir la estructura morfológica propia de las señas y la permutación de uno de ellos ocasiona modificación en el plano del significado.

El principio de *discreción* es complementario del de doble articulación. Hace referencia a que tanto las lenguas orales como las viso-gestuales cuentan con un conjunto finito de elementos, aislables e identificables cuya combinación resulta en las unidades léxicas correspondientes. Es decir que los lexemas no son un continuo indeterminado e indivisible.

El principio de *arbitrariedad* establece que la relación entre el significante y el significado de un signo lingüístico (palabra o seña) es inmotivada, es decir, que no hay asociación natural ni provocada entre los elementos del plano de la expresión y

del contenido, sino que dicha unión sea fruto de una convención en las lenguas. Las lenguas constituyen un conjunto de convenciones necesarias adoptadas por el cuerpo social para permitir el ejercicio de la facultad del lenguaje en los individuos que la usan (Saussure, 1982). En el caso de las lenguas de señas se objeta el alcance de este principio al marcar que muchas señas son icónicas, es decir que representan el objeto por ella referido (como podría ser el caso de *banana* o *casa* en L.S.A). Si bien la modalidad en la que estas lenguas se transmiten permite un desarrollo mayor de la función representacional o icónica, son una mínima parte de la lengua. Se ha comprobado además que los destinatarios descubren la iconicidad cuando conocen el referente de las señas, es decir cuando ya saben a que elemento hace referencia.

A si mismo, como ocurre con las onomatopeyas en las lenguas habladas, el establecimiento de señas icónicas en las lenguas responde a una convención propia de la lengua, ya que la elección de una característica y no otra del referente en cuestión está determinada por los principios estructurales de cada lengua.

La *productividad* da cuenta de dos hechos propios de las lenguas naturales. La posibilidad de las lenguas para crear nuevos signos ante nuevos conceptos y la capacidad de los usuarios de las lenguas de producir y entender un numero ilimitado de emisiones no producidas antes.

Una propiedad específica de la L.S.A y que también es propia de las lenguas habladas y de las demás lenguas de señas, pero no de otros sistemas de comunicación, es la posibilidad de expresar relaciones gramaticales. Las relaciones gramaticales en una lengua se expresan por medio de categorías gramaticales, es decir palabras de contenido (verbo, pronombre, adjetivo) y palabras de nexos (preposiciones, conjunciones, formas interrogativas). También manifiestan el orden

de las unidades léxicas por medio de categorías gramaticales para mostrar las funciones gramaticales como sujeto, objeto, localización etc. La L.S.A muestra ambas características.

Los sistemas lingüísticos están definidos por principios acerca de los cuales los usuarios de las lenguas no están acostumbrados a pensar. Todos utilizamos nuestra lengua natural con habilidad, manejando sus reglas y restricciones estructurales. Cualquier hablante puede enunciar una oración pero le resultaría difícil enunciar sus reglas y las características organizativas de su lengua. Para esto es necesario una consciencia metalinguística: reflexionar acerca de la lengua.

La lengua es un sistema, es decir un conjunto finito de elementos solidarios entre sí y con el conjunto; la existencia de cada uno es función de la existencia de los demás y del todo y de las relaciones constantes entre los elementos que determinan la estructura. Toda lengua está estructurada en niveles diferenciados e interdependientes, a saber: fonético, fonológico, morfológico, léxico, sintáctico, semántico y pragmático, cada uno de los cuales tiene sus propias unidades.

La L.S.A, así como el español, es una lengua natural con los mismos tipos de principios organizativos, sistemas de reglas, complejidad gramatical y poder expresivo. Su estructura gramatical está constituida según los mismos principios de otras lenguas de señas, más una serie de rasgos que parecen ser propios de esta lengua. Las actividades de las manos articuladas en el cuerpo o en el espacio, junto a los comportamientos no manuales producen los contrastes fonológicos necesarios para distinguir las señas entre sí.

El área alrededor del cuerpo del señante, espacio señante, es explotado en todos los niveles: señas similares en su forma pueden contrastar solo en su localización, la

concordancia verbal se puede marcar haciendo uso de ubicaciones espaciales, los tópicos discursivos se distinguen entre sí por el lugar donde las señas se articulan. Es decir que el espacio es utilizado para propósitos gramaticales.

El concepto central, dentro del modelo sociocultural es el de considerar a la Lengua de Señas como la mejor garantía para el desarrollo del sordo, puesto que es su lengua natural. Cumple así, una función elemental ya que a través de la misma es que los sujetos sordos adquieren conocimientos, acceden a la cultura, se insertan en la vida social y en las actividades laborales. Por medio de la Lengua de Señas los sordos desarrollan la gramática de su lengua, para luego aprender como segunda lengua el idioma nacional, en el caso de nuestro país el español.

El problema se centra en que el 95 % de los niños sordos tienen padres oyentes, por lo que la Lengua de Señas se adquirirá tardíamente, y no de forma natural y temprana como en el caso de niños sordos con padres sordos.

Los niños sordos hijos de padres sordos – alrededor del 5% de los casos- adquieren la L.S.A mediante procesos naturales de adquisición del lenguaje que comienzan en la infancia temprana. Los niños sordos de padres oyentes – 95%- adquieren la L.S.A en la escuela a través de sus compañeros. Mediante este proceso de socialización a la lengua y la cultura los niños con padres sordos se transforman en los agentes primarios de socialización para la mayoría de los niños. En algunos casos, este factor es responsable de las características infantiles que presentan ciertos sectores de la comunidad sorda (Veinberg, 1996).



Los resultados de estudios longitudinales psicolinguísticos demostraron que el niño sordo de padres sordos se desempeña mejor en todas las áreas académicas, emocional y aun en el aprendizaje de la lengua hablada. La psicolinguística demostró también que las personas bilingües tienen mejores habilidades metalinguísticas y metacognitivas que los monolingües (Israelite, Ewoldt, 1992).

Propuesta Educativa: Bilingüismo

El niño sordo, cualquiera sea el nivel de su pérdida auditiva, debe tener derecho a crecer bilingüe. Conociendo y usando la lengua de signos y la lengua oral (en su modalidad escrita y, cuando sea posible, en su modalidad hablada) el niño alcanzará un completo desarrollo de sus capacidades cognitivas, lingüísticas y sociales (Grosjean, 2001).

Al revisar la historia de la educación del sordo en Argentina, no podemos ignorar lo que sucedió durante el Congreso de Milán de 1880, en Italia. Este congreso significó en la historia de la intervención educativa sobre los sordos un hecho de fundamental trascendencia: sancionó definitivamente la elección del Método Oral puro como el único método de enseñanza.

En Argentina, los datos acerca de la educación del sordo han sido registrados a partir del siglo XIX, en 1857, cuando empieza a funcionar la primera escuela para sordos bajo la dirección del maestro Karl Keil. En 1871 el director fallece a raíz de una epidemia de fiebre amarilla. Entonces, la escuela de sordos cierra. A raíz de esto, José Facio, médico y padre de un niño sordo, se interesa por la educación de los

sordos y viaja a Europa para conocer las metodologías imperantes. De regreso, en Argentina, comienza la educación de su propio hijo; al que se le suman otros niños sordos.

En 1882 el Dr. Antonio Terry quien tenía tres hijos sordos propicia la creación de una escuela oralista. De acuerdo con su opinión, el gobierno y los educadores argentinos no debían inventar nada, ya que Europa y Estados Unidos servirían como modelo. La elección de una filosofía oralista de los institutos italianos influenciada por el oralismo alemán, concordaba, por otra parte, con los comienzos de la educación de los sordos en Argentina iniciada por un maestro alemán. En 1892 Luis Molino cambió el rumbo de las reformas planteando la necesidad de crear un Profesorado de Enseñanza, con el objetivo de que los primeros maestros argentinos se entrenaran directamente en la especialidad del método oral. (Skliar, 1997).

La filosofía oralista, que continúa imperando en nuestro país, aún respeta en forma rigurosa las conclusiones a las que llegaron los especialistas en el Congreso de Milán de 1880. El hecho de que la educación en Argentina haya comenzado de la mano de maestros italianos y que no haya podido ser renovada oficialmente es una de las posibles causas por las que esta filosofía sigue tan firmemente arraigada en la ideología popular.

La Lengua de Señas, lengua natural de las personas sordas, no es reconocida como tal y en consecuencia no es utilizada para la enseñanza dentro del aula y en muchos casos su uso está prohibido y castigado. El verdadero objetivo consiste en lograr la oralización y no en alfabetizar (Famularo, 1995).

La educación presenta actualmente estas características. A pesar de esto, hace ya algunos años, muchos trabajos se han orientado a demostrar el fracaso del modelo oralista y por esto, la necesidad de implementar el bilingüismo.

Son muy pocos los sordos que lograron un conocimiento acabado de la lengua oral, y un porcentaje muy bajo de sordos ha logrado un buen conocimiento de la lengua oral. Con relación a este aspecto se podría afirmar que un sordo nunca va a llegar a lograr el conocimiento lingüístico que posee un oyente de su lengua materna, aunque sí esto es posible en una lengua de señas (Skliar, 1997).

En la Argentina, el método de enseñanza oralista es el empleado desde hace más de un siglo, si bien esto en la actualidad está cambiando. La Lengua de Señas - natural del sordo- ha sido reconocida en nuestro país en 1989; no obstante, en gran cantidad de establecimientos aún no es utilizada en la enseñanza y en algunos casos hasta prohibido y castigado su uso, lo que indudablemente restringe la cantidad y calidad de información a la que acceden los sordos.

Siendo el objeto de la educación oralizar aún a costa de descuidar la alfabetización, nos encontramos con un amplio número de sordos que son analfabetos funcionales y que carecen de conocimientos en una amplia gama de temas; con frecuencia convertidos en grandes copistas pero sin autonomía en el lenguaje lecto-escrito (Famularo).

Se propone así un sistema de educación Bilingüe-Bicultural donde se considera a la Lengua de Señas Argentina (L.S.A) como lengua natural de los sordos, con características propias y comparables a otras lenguas de señas y lenguas orales.

Esto, en el contexto del reconocimiento de que los sordos constituyen una minoría lingüística y no un grupo de enfermos, del reconocimiento de que el lenguaje

no se enseña ni se aprende, sino que se adquiere naturalmente por medio de la interacción y que el habla es una de las manifestaciones del lenguaje así como las señas y la escritura son otros canales de transmisión igualmente eficaces.

Skliar , explica que una persona cuyo primer idioma es diferente al idioma que emplea la mayoría lingüística, debe transformarse en una persona bilingüe, para poder tener participación total en la sociedad en que vive. En esta línea de pensamiento, declara que la educación bilingüe ha creado modelos débiles, que no han dado resultados positivos porque no han sido creados con fundamentos pedagógicos, sino más bien políticos, económicos, que nada tiene que ver con una pedagogía sólida.

Subraya que una educación bilingüe es sólida cuando se educa en dos idiomas y cuyo contexto escolar ofrece oportunidades múltiples para la adquisición del conocimiento del idioma de señas de la Comunidad Sorda y el desarrollo de la lecto-escritura en el idioma de la mayoría oyente, equiparando el valor de ambos idiomas y culturas.

La implementación de un sistema de educación Bilingue-Bicultural implica la utilización de dos lenguas (Lengua de Señas Argentina/español) y de dos culturas (maestros sordos y oyentes) dentro del ámbito sociocultural escolar. Es tarea primaria del maestro el transmitir al niño los valores y el conocimiento esenciales para transformarse en un miembro de la sociedad. Para tal fin, el maestro deberá utilizar un medio de comunicación accesible para el niño que le brinde una herramienta para analizar y expresar sus ideas, deseos y temores.

Es esencial que el niño encuentre en la escuela un modelo adulto sordo con el cual identificarse debido a que sus padres no podrán proveerlo de una lengua natural



que este pueda utilizar. Un niño sordo no puede proyectarse en un adulto oyente, por consiguiente los sordos adultos serán de una ayuda invalorable en la enseñanza por su uso natural en la Lengua de Señas.

Los niños sordos responden mas fácilmente a un adulto sordo que a un oyente y los adultos sordos encuentran más fácil la comunicación con estos niños explicando y discutiendo sentimientos y pensamientos abstractos. (Veinberg, 1996)

El lenguaje adulto no solo sirve como modelo lingüístico para los niños, sino que constituye una serie de conductas sociales generadas por la cultura y relacionadas con situaciones de la vida diaria. Es extremadamente importante para los niños estar expuestos a una lengua natural bajo condiciones naturales lo más temprano posible. Retrasar este proceso psicolingüístico natural no solo pone al niño en peligro de una adquisición menos satisfactoria del lenguaje, sino que también atrasa la edad en que el niño adquiere el lenguaje para ser utilizado con otros propósitos como es el de socialización. Si el retraso en la adquisición de una primera lengua se extiende dentro de los primeros años de escolaridad, el niño entrará en la escuela sin el conocimiento necesario ni la habilidad para expresar algunas ideas correspondientes a su edad.

La educación Bilingüe-Bicultural del sordo plantea a su vez una problemática extra. La L.S.A es la lengua natural del sordo argentino ya que es la lengua que se transmite de generación en generación y se adquiere sin instrucción sistemática. Sin embargo, el niño sordo hijo de padres oyentes, población mayoritaria, no tiene el entorno lingüístico accesible para él en su familia. Por esta razón, la escuela debe instrumentar los medios necesarios para que los niños sordos hijos de padres oyentes

tengan las mismas oportunidades que los niños oyentes para adquirir su lengua natural, que le permita un desarrollo natural de su capacidad lingüística.

Recibir información mediante la Lengua de Señas Argentina permitirá a los niños sordos alcanzar un nivel óptimo en su lengua natural, eliminando de esta manera el riesgo de los efectos nocivos que lleva aparejado la falta de competencia lingüística en el desarrollo cognitivo.

El enfoque propio de la educación Bilingüe-Bicultural radica además en un pasaje de lo clínico a lo pedagógico, no es una mera modificación de métodos, sino más bien una reestructuración en la manera de entender la secuencia de socialización-aprendizaje.

La L.S.A serviría entonces, para este modelo, como medio de instrucción para transmitir la información académica e inclusive para la enseñanza del español como segunda lengua. Una vez que estos niños sean considerados como una minoría lingüística parte de la educación regular con una lengua y cultura propias, sus posibilidades educativas y sus relaciones con el mundo que los rodea serán más exitosas y productivas.

Implementar el Bilingüismo en las escuelas es dar al sordo la posibilidad de una identidad cultural en su escuela, de integración con uno mismo, aceptación de ser sordo y de ser aceptado como tal (Reinoso, 2001).

Veinberg considera que es necesario dejar a un lado la idea de que para brindar igualdad de oportunidades es necesario unificar. *“Si reconocemos que existen diferencias y que estas no son deficiencias intrínsecas al alumno, podremos ver que el niño sordo es un miembro de una comunidad usuaria de una lengua minoritaria y*

que ambas lenguas (L.S.A y el español) y el aprendizaje de la lengua oral y escrita, contribuirán a una mejora integración” (Veinberg, 1993).

Para el Modelo Sociocultural la adquisición de una primer lengua debe ser asegurada para un niño. Si un niño –sordo u oyente- se ve privado de participar activamente en ámbitos de comunicación, en los cuales una lengua perceptible para el niño es usada, no se podrá esperar un desarrollo normal de una primera lengua. Por otro lado esta primera lengua debe ser la lengua de mejor acceso para el niño. Para el niño sordo esto significa la Lengua de Señas.

La lengua de signos juega un papel importante en el desarrollo cognitivo y social del niño y permite la adquisición de conocimientos sobre el mundo circundante. Permitirá al niño el desarrollo de su identificación cultural con el mundo sordo tan pronto como inicie el contacto con dicho mundo. Además la lengua de signos facilitará la adquisición de la lengua oral, ya sea en la modalidad escrita o en la modalidad hablada.

Finalmente, el hecho de ser capaz de manejar la lengua de signos será una garantía de que le niño maneja al menos una lengua. A pesar de los considerables esfuerzos llevados a cabo por parte de los niños sordos y de los profesionales que le rodean y a pesar del uso de ayudas tecnológicas, el hecho es que muchos niños sordos tienen grandes dificultades para percibir y producir una lengua oral en su modalidad hablada (Veinberg).

Esperar varios años para lograr un nivel satisfactorio que puede no llegar a alcanzarse y negar durante ese tiempo el acceso del niño sordo a una lengua que satisfaga sus necesidades (la lengua de signos) es prácticamente aceptar el riesgo de un retraso en su desarrollo lingüístico, cognitivo, social o personal.

Ser bilingüe significa saber y utilizar dos o más lenguas. La segunda lengua del sordo será la lengua oral, usada por la comunidad oyente a la que también pertenece. Esta lengua en su modalidad hablada y/o escrita, es la lengua de sus padres, hermanos, familiares, futuros amigos etc. Cuando aquellos que interactúan con el niño sordo no conocen la lengua de signos, es importante que la comunicación tenga lugar pero esto solo será posible a través de la lengua oral.

Estrategias Terapéuticas

Los médicos han ignorado a los sordos, los psicólogos poco hicieron por comprenderlos, los maestros simplemente se cruzaban de brazos frente a la idea de educar a un niño sordo y los padres desesperaban en silencio (Schorn, 1997).

Si se observa y compara el trato que recibe una persona perteneciente a alguna minoría cuando concurre a un servicio de Salud Mental con el trato recibido, en el mismo servicio por otra persona representante de la comunidad mayoritaria se concluirá en que dicho trato suele no reflejar equidad alguna. La magnitud que esto adquiere es mayor cuando dicha persona pertenece a una comunidad lingüística cuya lengua no es valorada ni respetada, no solo por ser minoritaria sino por no ser oral.

Nuestra cultura ha sido fonocéntrica, homologando lenguaje a habla, por tanto al carecer el sordo de ésta se lo consideró carente de lenguaje y lo que es más grave aún, se lo consideró carente de pensamiento (Buscaglia, 1999).

Quienes trabajan desde el modelo sociocultural resaltan que la implementación del oralismo ha traído como consecuencia una gran cantidad de analfabetos dentro de la comunidad sorda, situación agravada por los serios trastornos psicoafectivos y psicosociales que suelen presentar los niños sordos al crecer en un ambiente en el que no se les respeta su lengua y su identidad.

Virginia Buscaglia (1999) trabaja desde la Psicología con niños sordos. Ella explica que nadie escucha al niño sordo. Este puede padecer, como cualquier niño, problemas afectivos, emocionales y vinculares. Si los profesionales de la Salud Mental pretenden lograr un real acercamiento al paciente sordo, sea éste niño o adulto, debe cambiarse el punto de vista y aprender a contemplarlo con otro mirada.

La sociedad y sus representantes le ofrecen al sordo la integración, pero a un costo imposible de alcanzar: que deje de ser lo que es, sordo. Así como al intentar asimilar todas las minorías a la cultura oficial se estimula la discriminación, de la misma manera, al intentar normalizar al sordo se termina produciendo un efecto de discurso (hipoacúsico leve, moderado, grave, equipado, implantado, etc.) que anula todo lo que el sordo es a favor de lo único que no es, oyente y por tanto, parlante.

Dentro de la Comunidad Sorda, se ha comenzado a trabajar a partir de la construcción de un nuevo término: audismo, entendiendo este concepto como la discriminación que se ejerce sobre el sordo cuando se lo intenta oralizar, hacerlo escuchar, para así asemejarlo a la mayoría, oyente.

El sordo es discriminado cuando concurre a un hospital público ya que en éstos no existen interpretes de Lenguas de Señas y menos aún profesionales que manejen dicha lengua. Esto adquiere mayor magnitud si el sordo concurre a un hospital por un padecimiento psiquiátrico.

Se entiende, entonces desde esta postura que es absurdo intentar entender a un individuo sin conocer su entorno cultural, ignorando que la única forma de comprender como las personas entienden el mundo, es aceptando la validez de su propio conocimiento.

Por esto, desde el presente modelo se considerará como fundamental la adquisición de la identidad del niño sordo a edad temprana, para su desarrollo psíquico y emocional como individuo independiente.

En nuestro país la experiencia psiquiátrica en relación con la sordera es casi nula. El hecho de que casi no existan servicios de psiquiatría para la atención de pacientes sordos se debe a que habitualmente se ha visto al sordo como propiedad de los servicios de otorrinolaringología, de foniatría o de las escuelas especiales, ya que era considerado un ser sin lenguaje, a quien urgía enseñárselo, sin tener en cuenta que el sordo no necesitaba que se le otorgara el don del lenguaje, pues ya lo poseía, por el simple hecho de ser humano.

¿Cómo integra el conocimiento un niño que no puede oír, por tanto obviamente, no puede hablar; niño que posee una lengua diferente a la de su entorno, lengua que dicho entorno no respeta como tal y trata a toda costa de anular y reemplazar por otra lengua, la que habla la mayoría, pero para la cual él no está capacitado? ¿Cómo integra el conocimiento un niño que no puede oír la lengua que es obligado a hablar, lengua que no puede escuchar (y apenas comprender) y que por sobre todas las cosas, no puede adquirir naturalmente? ¿No es éste el germen para futura patología?, ¿Es esto integración o discriminación? (Buscaglia).

La concepción sociocultural implica acercarse al sordo con una mirada diferente, poniendo el énfasis en las potencialidades y no en la falta.

Concluyen así, los diferentes profesionales que trabajan desde dicho modelo que es muy probable que, si desde los diferentes ámbitos relacionados con la problemática de la sordera, logran basarse en éste enfoque para comprender al sordo, se eviten futuros trastornos productos de la discriminación, el analfabetismo, la incomprensión, la falta de comunicación.

Sin embargo, no se evitarán obviamente las patologías psicológicas o psiquiátricas inevitables y factibles de ser padecidas por cualquier ser humano, pero mejorarán la comunicación, la socialización, la competencia académica, y por tanto, se podrán prevenir las discapacidades que emergen cuando éstas capacidades (comunicativa, socializadora, académica) están anuladas por hallarse prohibida la capacidad humana por excelencia: la capacidad lingüística.

CONCLUSIONES

Con respecto a los objetivos propuestos, y a partir del análisis efectuado, presentamos a continuación las siguientes conclusiones.

El modelo Clínico patológico hace hincapié en la falencia, en la discapacidad. Considera al sujeto sordo como deficitario, un paciente a ser rehabilitado, un niño a ser reeducado, y tiende a normalizarlo u oyentizarlo. Le otorga a la audición y a la Lengua Oral un papel fundamental en el desarrollo cognitivo, afectivo y psicosocial. Por consiguiente, se desprende de este enfoque el Oralismo como método de enseñanza.

El modelo Sociocultural, en cambio, considera a la persona sorda sólo como diferente, perteneciente a una minoría lingüística y cultural, y lo respeta en su integridad como sujeto, independientemente de las lenguas que se desee hable la persona, siempre que se respete su modalidad bilingüe y sea la Lengua Oral su segunda lengua. Por lo tanto, desde este modelo se propone el bilingüismo-biculturalismo como método educativo.

Tal como se desarrolla en el apartado precedente el modelo sociocultural sin negar el déficit fisiológico y la importancia de oralización, considera más importante partir de las potencialidades del sujeto sordo, apartándose de este modo de toda reducción patologizante, tal como lo entiende el modelo clínico.

Desde nuestro punto de vista la posibilidad de desarrollo integral del sujeto sordo podría alcanzarse si se ponen en acción las teorías y prácticas sostenidas por el modelo sociocultural.

Propuestas de Intervención

Plano educativo

Consideramos la propuesta de una educación bilingüe – bicultural como una herramienta esencial para el pleno desarrollo de las capacidades cognitivas, lingüísticas y sociales de las personas no oyentes.

Con respecto a este punto quisiéramos hacer algunos señalamientos: la educación bilingüe para sordos es mucho más que el dominio de dos o más lenguas, ésta, como toda propuesta educativa, no es neutra y/o ingenua. Debe entenderse la educación para sordos como un proceso relacionado con la ciudadanía, los derechos humanos, la cultura, etc.

La educación bilingüe, no es sólo la escuela bilingüe. Entendemos que tiene que ocuparse también de los proyectos para los jóvenes y adultos sordos. Si la cuestión de la educación para sordos no excede el plano estricto de la adquisición y desarrollo del lenguaje se corre el riesgo de transformar la propuesta bilingüe en un dispositivo pedagógico vinculado principalmente a las concepciones tradicionales sustentadas por el modelo clínico. En síntesis, la educación bilingüe puede transformarse en una metodología positivista, a-histórica y despolitizada.

Hablar de una perspectiva política de la educación para sordos, es entenderla como una propuesta que se construye histórica, cultural y socialmente y que además está constituida por prácticas discursivas y no discursivas donde están presentes relaciones de poder y conocimiento entre sordos y oyentes.

El foco de la educación bilingüe debe desplazarse de los espacios escolares y descripciones lingüísticas para situarse en los mecanismos y relaciones de poderes establecidos dentro y fuera de las propuestas y proyectos institucionales escolares.



Entendemos que si esto se pierde de vista se corre el riesgo de que la educación bilingüe sufra un proceso de oyentización, es decir: pensada, narrada y comprendida en el mismo sentido que tiene para niños y adultos oyentes; que termine por reproducir la idea equivocada y peligrosa de que saber y/o utilizar correctamente la lengua oficial es fundamental para poder ser como la norma, como la norma oyente.

De esta manera consideramos que es necesario desplazar la mirada sobre la educación para sordos fuera de la escuela, desescolarizarla, y empezar a ocuparse de algunos temas descuidados: las obligaciones del estado con la educación y la participación de la comunidad de sordos, la oyentización pedagógica, la separación entre escuela y comunidad sorda, la burocratización de la Lengua de Señas en el espacio escolar, etc.

Continuando con esta temática queremos señalar que ha habido cambios registrados en la educación de los sordos pero sin embargo no se reflejan en la formación de maestros sordos y oyentes.

Si no se consigue implicar al profesorado en la implementación de cambios, tanto ideológicos como arquitectónicos, esos cambios pueden estar limitados, o lo que sería peor condenados a priori al fracaso.

Entendemos que los maestros, obviamente, deben conocer el lenguaje de señas, pero se debe tener presente que debe ser un conocimiento no sólo técnico, sino principalmente un dominio cultural, esto es, conocer el uso de la lengua de señas en los contextos y modos en que es utilizada por los sordos.

Entonces, a modo de propuesta consideramos que son necesarias algunas modificaciones en la formación de maestros oyentes, por lo menos en tres dimensiones: el saber de los maestros, la cultura institucional de los ámbitos de

formación de maestros y de las escuelas donde ellos actúan y la co-participación de docentes sordos y oyentes para la educación de los sordos.

A este respecto entendemos, coincidiendo con lo que la comunidad sorda en general señala, que los sordos son los únicos y necesarios transmisores de una lengua y cultura muy particulares, en especial si son consideradas desde el punto de vista de las personas oyentes. Sin embargo han tenido que pasar muchos años para que desde diferentes ámbitos educativos se comience a reconocer la necesidad innegable e implícita de la participación de gente adulta sorda en las escuelas, donde supuestamente se debería educar, informar y formar a niños y adolescentes sordos.

El gran desafío para la comunidad educativa en general es la aceptación de adultos sordos como pares. Sin este requisito, resulta poco menos que irrisorio imaginar un futuro pleno de escuelas bilingües – biculturales.

La supremacía de los oyentes en las escuelas para sordos es el resultado de una política pedagógica históricamente determinada, que establece una norma oyente en el proceso de aprendizaje de los sordos (Skliar, Lunardi, 2000).

Igualmente compartimos con la comunidad sorda el rechazo de los principales argumentos oficialmente presentados que limitan la verdadera participación de los sordos en el sistema educativo. Estos últimos se refieren principalmente a: escasa preparación para la docencia, carencia de título habilitante para el ejercicio de la docencia, insuficiente dominio del español escrito, falta de postulantes para los posibles cargos, entre otros.

Proponemos la creación de cursos especiales para la formación de maestros auxiliares sordos, especializados en el trabajo de escuelas bilingües. El objetivo último de estos cambios es generar una escuela “de” sordos y no “para” sordos.

Entendemos que la participación del sordo en la educación es una condición sine qua non para dar un primer paso en procura de estos cambios.

Los niños sordos, de esta manera, asistirían a la escuela sabiendo que van a aprender cosas nuevas en su lengua, a informarse, a participar. Sentirían, en síntesis, que van a formarse e informarse y no solamente a aprender a hablar.

Dando un paso más adelante en nuestras propuestas, entendemos que también los directivos de las escuelas bilingües deberían tener asesores sordos adultos.

Plano de la salud

Los cambios deben comenzar a registrarse también en otras profesiones y disciplinas que trabajan con niños y adultos sordos. Fundamentalmente nos referimos a los profesionales de la salud física y mental: médicos, fonoaudiólogos, psicólogos, etc.

Proponemos de esta manera, brindar nueva información y formación a estos profesionales, y como parte de esta formación promover la interacción con personas sordas que les permita comprender la necesidad de un cambio.

Algo que ya hemos planteado a lo largo de este trabajo es que el acercamiento del niño sordo a los profesionales antes mencionados suele ir acompañado de un único fin: la rehabilitación de la voz.

Desde un punto de vista comunitario no podemos dejar de mencionar la discriminación y marginación que sufre un sujeto sordo. Cuando, por ejemplo, concurre a un ámbito sanitario las campañas de prevención del SIDA, de las adicciones, del embarazo adolescente nunca están adaptadas; con lo cual los jóvenes sordos presentan un doble riesgo: el de ser jóvenes y el de no tener acceso a la

información que explica – adecuadamente o no – los peligros y consecuencias de determinadas conductas.

Siguiendo este planteo, un sordo sigue siendo discriminado cuando concurre a un hospital público, ya que en éstos no existen intérpretes de Lengua de Señas y menos aún profesionales que manejen dicha lengua.

Imaginemos la situación por la que pasa un sordo, que tiene que concurrir a un hospital y que no cuenta con alguien que lo acompañe y haga de intérprete, junto con esto que el profesional que lo atiende no esté capacitado para entender su lengua, entonces solamente deberá confiar en su propia capacidad para hacerse entender en una modalidad lingüística que no domina : la oral.

Ante esta realidad proponemos entonces, incorporar intérpretes de la Lengua de Señas en el ámbito sanitario en general y hospitalario en particular.

Otro aspecto a evaluar es el siguiente: cuando un sordo concurre a una consulta clínica, generalmente no tienen dificultad de realizarla en presencia de algún familiar, pero cuando se trata de una consulta psicológica o psiquiátrica no ocurre lo mismo.

Nos preguntamos ¿por qué será tan difícil que algunos profesionales comprendan que un niño sordo no podrá desarrollar un sistema lingüístico basado en una modalidad de la que él carece?.

Probablemente, si desde los diferentes ámbitos relacionados con la problemática de la sordera se produce alguno de todos los cambios que mencionamos, y se logra una mayor comprensión del sordo probablemente se eviten futuros trastornos productos de la discriminación, el analfabetismo, la incomprensión, la falta de comunicación. Por otro lado, no se evitarán, obviamente, las patologías psicológicas

o psiquiátricas inevitables y que pueden padecer cualquier ser humano, pero seguramente mejorarán la comunicación, la socialización, la competencia académica, y por tanto se podrán prevenir las discapacidades que emergen cuando estas capacidades – comunicativa, socializadora, académica – están anuladas por hallarse prohibida la capacidad humana por excelencia: la capacidad lingüística.

En cuanto al rol y compromiso de los profesionales de salud mental, consideramos necesario abrir ciertos interrogantes: ¿quién escucha al niño sordo? , ¿qué sucede con el sufrimiento de ese niño, que como cualquier otro niño puede tener problemas afectivos, emocionales, vinculares?, ¿No tiene derecho a poder hacer psicoterapia, y simplemente ser escuchado?.

Si desde la salud mental se pretende lograr un real acercamiento al paciente sordo debemos cambiar nuestro enfoque y aprender a “mirarlo” desde otro lugar.

Tal vez se trate de aprender una nueva forma de escucha: aprender a “escuchar” al sordo con la mirada. (Buscaglia, 1999).

Por último, consideramos fundamental la existencia de equipos para la comunidad sorda dentro de los servicios de salud mental porque es precisamente, en éstos donde tiene primacía la palabra. Ya no la palabra sonora, pronunciada, sino la lengua. La capacidad humana por excelencia, de la cual participamos todos los humanos sin distinción alguna, y es justamente ella la que nos aporta el exceso que nos confiere la condición de humanos.

BIBLIOGRAFIA

Anton, J (2003). Discapacidad, dependencia y autonomía. Artículo publicado en Internet. <http://www.discapacidad.presidencia.gob>

Arce, Carlomango, Espejo (2001). El momento de la devolución a la familia del diagnóstico de la sordera. Conferencia presentada al IV Congreso argentino de Hipoacusia. Mar del Plata. Argentina.

Azcoaga, Bello (1985). Los retardos del lenguaje. Editorial Neuropsicología Paidós. Barcelona.

Behares, R (1993). El desarrollo de las habilidades verbales en el niño sordo y su aprovechamiento pedagógico. Trabajo presentado al XI Congreso Nacional de AEES- FEPAL. Merida. España.

Berger y Luckman (1968). La construcción social de la realidad. Amorrortu. España.

Breuning, S; Cordero, L (2001). Hipoacusia Neurosensorial. Artículo presentado al IV Congreso Argentino de Hipoacusia

Buscaglia, V. (1999) ¿ Por que un equipo para la comunidad sorda?. Artículo publicado en revista "Desde Adentro" (publicación del Instituto de Lengua de Señas Argentinas). Año 2, N° 2. La Plata. Argentina.

Corominas, R. (1995). El minusválido físico y su entorno". Paidós. Barcelona.

Curet, L (2001). Implantes cocleares. Lenguaje y audición. Conferencia presentada al IV Congreso argentino de Hipoacusia. Mar del Plata. Argentina.



Estabrooks, W (2001). Terapia Auditivo Verbal para familiares y profesionales. Artículo presentado en Internet. <http://www.sitiodesordos.com.ar>

Famularo, R (1995). Imaginarios ligados a la intervención de un intérprete para personas sordas. (publicación del Instituto de Lengua de Señas Argentinas). Año 1, N° 1. La Plata. Argentina.

Famularo, R (1998). Nuevas tecnologías de información y comunicación. Artículo presentado en Internet. <http://www.sitiodesordos.com.ar>

Fortney, O (2002) Ser sordo entonces y hoy: experiencia y visión política da la sordera en U.S.A a través de los años. Conferencia presentada al Primer Congreso Nacional ” Los sordos en el nuevo milenio”. Buenos Aires. Argentina.

Furmanski, H (1993). Terapia Auditivo Verbal en niños con hipoacusias severas y profundas. Conferencia publicada en Internet. <http://www.parasordos.com.ar>

Grosjean, A (2001). El derecho del niño sordo a crecer bilingue. Revista “Desde Adentro” (publicación del Instituto de Lengua de Señas Argentinas). Año 4, N° 3. La Plata. Argentina.

Habermas, J (1989). Teoría de la acción comunicativa, complementos y estudios previos. Editorial Cátedra. España.

Israelite, N; Ewoldt, C (1992). Bilingual/ bicultural education for deaf and hard-of-hearing students. Canadian Cataloguing in publication Data.

Ling, D (1989). El lenguaje en niños implantados. Editorial Paidós. España.

Massone, Famularo (1999). La participación de la comunidad sorda en la educación. Conferencia presentada en el I Congreso provincial "Educación y sordera en el siglo XXI". La Plata

Moroni, L (2001). "Innovación en educación de sordos: del oralismo al bilingüismo-biculturalismo". Artículo presentado al IV Congreso Argentino de Hipoacusia. Mar del Plata. Argentina.

Northern, J. (1981). La audición en los niños. Salvat Editores.

Reinoso, A (2001) La función social del sordo oralizado. Artículo publicado en revista "Desde Adentro" (publicación del Instituto de Lengua de Señas Argentinas). Año 1, N° 1. La Plata. Argentina.

Ruiz, H (1998). Programa de detección temprana de la hipoacusia. Artículo presentado en Internet. [http:// www.sitiodesordos.com.ar](http://www.sitiodesordos.com.ar) Mar del Plata. Argentina.

Sacks, O (1989). Veo una voz, viaje al mundo de los sordos. Editorial Amaya.

Saussure, F (1982). Curso de Lingüística general. Losada.

Schorn, M (1997) " El niño y el adolescente sordo". Lugar Editorial. Argentina.

Skliar, C (1997) . La formación de maestros sordos y oyentes para la educación de los sordos desde la perspectiva de la diferencia. . Artículo publicado en revista "Desde Adentro" (publicación del Instituto de Lengua de Señas Argentinas). Año 4, N° 3. La Plata. Argentina.

Skliar, Lunardi (2000) Una mirada sobre los nuevos movimientos pedagógicos en la educación de los sordos. Artículo publicado en Internet. <http://www.vocesensilencio.com.ar>

Veinberg, S (1993) Comunidad sorda argentina: otra minoría lingüística. Trabajo presentado al VIII encuentro Nacional de profesionales del lenguaje y la audición. Mar del Plata. Argentina.

Veinberg, S (1996) ¿ Qué tiene de especial la educación de los sordos?.
Revista “ Desde Adentro” (publicación del Instituto de Lengua de
Señas Argentinas). Año 2, N° 2. La Plata.