



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**MODELO PSICOTERAPÉUTICO GESTÁLTICO COMO  
FACILITADOR EN LA COMUNICACIÓN DE NIÑOS Y  
ADOLESCENTES SORDOS**

## **T E S I N A**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
**LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

PRESENTA:

**FABIOLA RUIZ BEDOLLA**

DIRECTORA DE TESINA:

**LIC. REBECA PAZ PADILLA**



MÉXICO, D. F.

JUNIO DE 2005

m. 345525

## INTERPRETAR

*Uno debería ser capaz de interpretar papeles  
Y entonces quedaría libre de dichos papeles.*

¿Qué dificultad hay en interpretar un papel? La dificultad surge cuando estáis anclados en otro papel y pensáis que es vuestra personalidad. Habéis estado interpretando un papel, y os habéis identificado tanto con él que desarrollar uno diferente parece algo imposible. Tendréis que relajaros del pasado y pasar a un papel nuevo. Pero eso es bueno. Y pensad que no es más que un papel, un juego que jugáis.

Vuestra esencia carece de personalidad, de papeles, Puede interpretarlos todos, pero no tiene personaje. Por eso la libertad interior es hermosa.

Así que sed actores. En una película, un actor trabaja en un papel y en otra adopta otro. Quizá por la mañana está en un papel y por la noche en otro. Sencillamente pasa de un papel a otro, y no hay problema porque sabe que se trata únicamente de una interpretación.

La totalidad de la vida debería ser así. Uno debería ser tan capaz de entrar y salir que nada pudiera contenerlo. Empezaréis a sentir una libertad que surge en vosotros y comenzaréis a sentir vuestra esencia real. De lo contrario, siempre está confinada en un determinado papel.

OSHO (2001)

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Raúl Bedolla

FECHA: 16. Julio 2005

FIRMA: [Firma manuscrita]

***A mis padres y hermanos:***

*Cada uno de ustedes representa una gran lección del enorme esfuerzo que implica vivir, saliendo airoso aún con retos que parecen insalvables.*

***A Joshua:***

*Gracias por dejar a tu paso la luz más brillante que ha iluminado cada uno de mis pasos.*

***A mi amiga invaluable Claire Ramsey:***

*Gracias por hacerme confiar y creer en que las cosas pueden marchar mejor si tenemos fe en que podemos cambiarlas con amor, inteligencia y bondad. ¡Gracias por todo tu apoyo!*

***Al Coronel Barney Oldfield:***

*Gracias por todo el apoyo que me brindó en vida aún sin conocerme. Espero que desde donde esté, sepa que sigo luchando por condiciones de vida más justas para los sordos de México.*

***A la maestra Rebeca Paz:***

*Gracias por hacerme creer y darme cuenta que la vida siempre nos ofrece nuevas alternativas para confiar. Gracias por ser una guía invaluable para vencer el horrible monstruo de la desesperanza.*

***A mi querida Myriam Cantú:***

*Crecer y compartir la vida contigo ha enriquecido aspectos que desconocía de mí. Gracias por darme la oportunidad de aprender a verme, sentirme, escucharme, conocerme y saberme más plena y completa.*

***A Ivonne Licona:***

*Gracias por tu apoyo incondicional y tu honesta y franca amistad. Sin tí esto no sería posible.*

***A mi buen Enrique Aguilar:***

*"El dolor es nuestro amigo", sabías palabra que contigo aprendí. Ahora entiendo que estar ausentes de él, significa morir.*

***A Ozan Gurcan:***

*Gracias por ser uno de los mejores ejemplos de la persistencia, el valor, la paciencia, la aceptación y el amor.*

***A la maestra Damariz García:***

*Gracias por el apoyo, los consejos y por hacerme saber que a veces pueden tocarnos el corazón con unas sencillas palabras.*

***A mi colega y amiga Cecilia Echegaray:***

*Gracias por enseñarme que siempre hay cosas nuevas que compartir experimentar dentro del proceso de crecimiento personal.*

*Gracias por ser una muy buena colega, pero sobre todo una amiga excepcional.*

***Gracias a todos y cada uno de los sordos que han tocado mi vida de formas diversas.***

***A todos mis niños y adolescentes del IPPLIAP:***

*Gracias por enseñarme que las limitaciones sólo están en nuestro miedo a vivir.*

***A todos y cada uno de mis pacientes:***

*Gracias por compartir el aprendizaje que da la enorme dificultad del proceso de la vida.*

***A Mónica Margain:***

*Gracias por darme la oportunidad de trabajar con el estigma personal y poder lograr una visión distinta y totalizadora.*

***Gracias a todos y cada uno de mis amigos:***

*Ulises, Juan, Sylvia, Sergio, Patricio, Loli, Víctor y Lucía.*

*Gracias porque a través de su apoyo y su presencia la vida tiene un color distinto.*



## INDICE

## RESÚMEN

## INTRODUCCIÓN

## Capítulo I. Aspectos lingüísticos

- 1.1. ¿Qué es la comunicación humana y cuáles son sus componentes?
  - 1.1.1 Tipos de comunicación.
  - 1.1.2. La comunicación no verbal: el lenguaje de los gestos.
  - 1.1.3. Teoría de la comunicación humana.
  - 1.1.4. Tipos de padres según la forma de comunicación empleada.
- 1.2. ¿Qué es el lenguaje?
  - 1.2.1. Elementos del lenguaje.
  - 1.2.2. El uso del lenguaje en los niños
- 1.3. Lengua materna.
  - 1.3.1. Adquisición de lenguaje en niños sordos y oyentes.
  - 1.3.2. Estado prelingüístico en bebés sordos y con pérdida auditiva.
- 1.4. Las lenguas signadas o de señas.

## Capítulo II. Sordera

- 2.1. El arte de escuchar.
  - 2.1.1. La importancia del oído en el equilibrio.
- 2.2. Definición de sordera.
- 2.3. Aspecto fisiológico.
  - 2.3.1 Métodos empleados en el diagnóstico de la pérdida auditiva.
  - 2.3.2. Grado de pérdida auditiva.
  - 2.3.3. Tipo de pérdida auditiva.
  - 2.3.4. Recursos empleados en el tratamiento médico de la sordera.
  - 2.3.5. Desarrollo de los sentidos
- 2.4. Aspecto sociológico.
  - 2.4.1. Percepción del entorno en relación a la sordera: Marginalidad de la sociedad hacia la persona sorda.
- 2.5. Aspecto psicológico.
  - 2.5.1. Desarrollo cognitivo en niños y adolescentes.
  - 2.5.2. Desarrollo socio-afectivo en niños y adolescentes.
  - 2.5.3. Desarrollo emocional en niños y adolescentes.
  - 2.5.3. Antecedentes de la atención psicoterapéutica con pacientes sordos.
  - 2.5.4. Atención del paciente sordo a nivel institucional en México.

## Capítulo III. Modelo de la Terapia Gestalt.

- 3.1. Orígenes y marco teórico.
- 3.2. Manejo terapéutico.
- 3.3. Elementos del proceso terapéutico.

- 3.3.1. La función y objetivo del terapeuta.
- 3.3.2. La fijación del marco de tratamiento.
- 3.3.3. El contrato terapéutico.

Capítulo IV. Propuesta de un programa psicoterapéutico gestáltico como facilitador en el tratamiento de los aspectos psicológicos y comunicativos del paciente sordo.

#### METODOLOGÍA

Propuesta de un programa psicoterapéutico con enfoque Gestalt como facilitador en la comunicación de niños y adolescentes sordos.

#### OBJETIVO GENERAL

#### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

#### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

#### ASPECTOS Y CARACTERÍSTICAS DEL MODELO GESTALT

Elementos del proceso terapéutico

#### I. Evaluación

- 1) Historia clínica
- 2) Examen físico
- 3) Aplicación de pruebas psicológicas.  
Bender, Figura humana, CAT
- 4) Criterios de inclusión en pacientes.
- 5) Criterios de exclusión en pacientes.
- 6) Criterios de inclusión en terapeutas.

#### II. Elementos de la terapia

#### III. Fases de la sesión terapéutica

- Plan de la sesión
- Desarrollo de la sesión
- Cierre de sesión
- Resultados de la sesión

#### IV. Rescatando los recursos comunicativos consigo mismo.

1. El autodescubrimiento
2. Alternativas de cambio
3. Individualidad
4. Fortaleciendo la autoestima
5. Los deberes y obligaciones
6. Percepción personal de las relaciones familiares, el nacimiento, la discapacidad, la vejez, la enfermedad y la muerte
7. Valorar la propia trascendencia

#### V. Evaluación del paciente posterior al tratamiento.

#### CONCLUSIONES

#### LIMITACIONES

#### BIBLIOGRAFÍA

#### ANEXOS

## RESÚMEN

Las personas con deficiencia auditiva o sordera se han visto expuestas a la discriminación en diversas dimensiones. En esta tesina se muestra un panorama general sobre las implicaciones que guarda la sordera, más allá de la ausencia de sonido en sí misma. Proporcionando elementos que enfatizan la importancia de un lenguaje natural y de fácil acceso como la Lengua de Señas Mexicana (LSM) en el caso de la población de sordos de México. Del mismo modo, se abordan aspectos concernientes al potencial intelectual que estas personas poseen, pero que se ha visto afectado y disminuido por los prejuicios que se han construido alrededor de ellas. Esta serie de ideas preconcebidas impiden la atención terapéutica productiva y temprana. Por lo que en este documento se propone el modelo Gestalt como alternativa de atención psicoterapéutica con niños y adolescentes sordos, contando con los recursos adecuados, promoviendo mejores pautas comunicativas y mejorando las relaciones que establecen con su entorno.

## INTRODUCCIÓN

A través de los años las actitudes que se han tenido sobre la pérdida auditiva y sus consecuencias han sido influidas en mucho por los prejuicios sociales, la ignorancia y los mitos que rodean a las personas que la padecen, actitudes como la agresión, incapacidad o en ocasiones incluso la creencia de que un auxiliar auditivo puede desaparecer mágicamente la situación "problema". En verdad algunas de esas etiquetas son impuestas y son la consecuencia no de la pérdida auditiva misma, sino de la indiferencia y la falta de atención oportuna. Para conseguir un desarrollo emocional óptimo es importante contar con modelos terapéuticos adecuados.

La presente investigación aborda algunos aspectos de comunicación, base importante para cualquier ser humano pues le provee de los elementos indispensables para la interacción con su medio y sus iguales. Por desgracia, la comunicación en muchas ocasiones es negada, restringida o fragmentada a la persona con deficiencia auditiva, teniendo como consecuencia una visión patológica de la sordera aunándole síntomas como la agresión y la depresión. Sin embargo, la sociedad no se plantea que mantener a cualquier ser humano en un estado de aislamiento y poca probabilidad de desarrollar recursos comunicativos suficientes, tienen como consecuencia depresión, frustración, impotencia y enojo ante la imposibilidad de comunicarse, interactuar y establecer vínculos con otros.

Es necesario también incluir aspectos lingüísticos que dan un panorama de lo que el lenguaje representa en el enriquecimiento de las capacidades cognitivas en el ser humano, definiendo la importancia que tienen las lenguas signadas para el desarrollo integral del sordo.

Ha sido necesario incluir también la visión médica, que pone de manifiesto los aspectos orgánicos de la pérdida, sin ignorar las implicaciones sociales, psicológicas y emocionales que conlleva la pérdida auditiva.

Si se retoman los planteamientos de Haley (1986) cuando dice que se necesitan determinadas condiciones para conseguir que alguien sea esquizofrénico, ya que cualquier individuo que sea expuesto a situaciones de aislamiento o en donde la comunicación no se represente de manera clara, produce niveles altos de estrés y angustia. La familia pasa a ser un factor determinante el medio en el que el individuo se desarrolla y adapta a la sociedad. Es de algún modo lógico que en ocasiones algunas de las situaciones que representan conflicto en las familias, sean depositadas en la sordera, y éstas a su vez, se manifiesten con cierta patología en el individuo que tiene la pérdida auditiva.

Cada persona ha experimentado una infancia con sus propias características particulares y personales que la hacen distinta una de otra; esto se debe como ya es sabido, a la individualidad que posee cada ser humano.

En el caso del niño o adolescente con sordera, no tiene porque ser de diferente manera. El problema de su comunicación y contacto con el mundo que le rodea, radica en que la mayoría regularmente comparte tres aspectos importantes que determinan la peculiar forma de ver el mundo que los rodea. En primer lugar, la desinformación persiste aún entre los profesionistas sobre la atención a los aspectos concernientes a la sordera y las implicaciones que tiene; en segundo lugar, está el prejuicio que aún predomina sobre las lenguas signadas, dejando de lado la posibilidad de proporcionar un lenguaje de fácil acceso, que les permita interrelacionarse con su medio a través de una comunicación fluida; teniendo como consecuencia en tercer lugar, el aislamiento y la imposibilidad de externar sus sentimientos, pensamientos y emociones, así como solicitar sus necesidades, desde las básicas hasta las más complejas.

Uno de los aspectos considerados dentro de esta investigación es el bosquejo y la aplicación del modelo gestáltico, que permita posteriormente fundamentar una propuesta que promueva la atención psicoterapéutica con niños y adolescentes sordos, que se ven involucrados en diversas situaciones de violencia y abuso en su desarrollo emocional, afectando su desempeño académico y social.

"Gestalt" es un término alemán, sin traducción directa al castellano, pero que aproximadamente significa "forma", "totalidad", "configuración". La forma o configuración de cualquier cosa, está compuesta de una "figura" y un "fondo". Por ejemplo, en el caso del que lee un texto, las letras constituyen la figura y los espacios en blanco forman el fondo; aunque esta situación puede invertirse y lo que es figura puede pasar a convertirse en fondo.

El fenómeno descrito, que se ubica en el plano de la percepción, también involucra todos los aspectos de la experiencia. Es así como algunas situaciones que nos preocupan y se ubican en el momento actual en el status de figura, pueden convertirse en otros momentos, cuando el problema o la necesidad que la hizo surgir, desaparecen en situaciones poco significativas, pasando entonces al fondo. Esto ocurre especialmente cuando se logra "cerrar" o concluir una Gestalt; entonces ésta se retira de nuestra atención hacia el fondo, y de dicho fondo surge una nueva Gestalt motivada por una nueva necesidad. Este ciclo de abrir y cerrar Gestalts (o Gestalten, como se dice en alemán) es un proceso permanente, que se produce a lo largo de toda nuestra existencia (Stoehr, 1994).

## CAPITULO I ASPECTOS LINGÜÍSTICOS

Un rasgo que caracteriza de manera importante al ser humano es su competencia comunicativa para con sus iguales, por lo que en este capítulo se hace necesaria la inclusión de dicho recurso, su definición, sus componentes y explicar la forma en la cual la comunicación matiza y define la interacción con otros y el establecimiento de las relaciones interpersonales que vinculan a los seres humanos.

Del mismo modo es importante dar una visión organizada sobre lo que el lenguaje representa y ha representado para el ser humano a lo largo de su historia, proporcionando la información concerniente al proceso de adquisición. Ya que permite tener una visión más amplia de algunos de los aspectos del lenguaje con sordos. El estudio de estos aspectos lingüísticos nos permite recordar y entender que en los procesos terapéuticos uno de los recursos necesarios es el discurso dentro del tratamiento, teniendo como finalidad la capacidad de insight, introyectando a través de procesos terapéuticos personales. De esta manera se resalta la posibilidad de contar con nuevos recursos que promuevan un desarrollo cognitivo, emocional y sociocultural sano. Del mismo modo es importante dar a conocer las diferencias existentes entre lenguaje y lo que son algunos sistemas de representación comunicativa que se encuentran en niveles diferentes.

### 1.1. ¿Qué es la comunicación humana y cuáles son sus componentes?

La comunicación es un proceso mediante el cual se transmiten informaciones, sentimientos, pensamientos y necesidades. Es un proceso porque se lleva a cabo en un lapso breve de tiempo. Con este fin, hay que pasar por varias etapas, que -aunque muy cortas- son necesarias. En la comunicación, todos los elementos son importantes y absolutamente imprescindibles. Si cualquiera de ellos faltara, el proceso quedaría incompleto y la comunicación no se realizaría (Paz, 1994).

Por lo tanto, se parte de esta base: lo primero que se deberá tener para que pueda haber comunicación, es ese algo que se desea transmitir. Esto constituye el primer elemento de la comunicación, y le llamaremos *mensaje*. Otra condición de cualquier situación comunicativa, es que deben existir dos partes interviniendo en ella. Una, es la que transmite el mensaje, y la otra, es a quien se le transmite. A la parte que transmite, le llamaremos *emisor*, y a la que lo recibe, *receptor*.

Cualquier persona o grupo de personas está en la capacidad de alternar entre estos dos papeles, los cuales pueden ser adoptados indistintamente por las personas dependiendo de las circunstancias. Cuando se tiene una conversación, la personas que están involucradas en ella alternadamente toman el papel de emisor y receptor (Ruiz, M., 2003)

Para entender la respuesta, es importante tener en cuenta que la comunicación es universal y sus requisitos son los mismos en cualquier lugar y dimensión, sin omitir los valores, creencias y costumbres particulares.

Por otro lado, es necesario considerar los niveles comunicativos y la especie que se encuentra interactuando y el código que se establece para dicho fin. Por ejemplo, aunque un perro solamente ladra y responde a ciertos estímulos, un entrenador hábil puede comunicarse con él eficazmente para pedirle que haga cosas, como se hace en los circos.

Tanto en los seres humanos, como en los animales se responde a diferentes clases de estímulo y la comunicación se da a través de canales diferentes. La comunicación también depende del tipo de código entre especies para interactuar en situaciones que el contexto le presente o bien en el manejo con otras especies. Entre dos perros, dos chimpancés o dos delfines la comunicación difiere de aquella que estos animales establecerían con sus entrenadores. Por ejemplo, ¿Cuál de las aves dirige a una bandada de decenas de individuos, cuando cambian de rumbo en el aire bruscamente cada vez que lo requieren? Ciertos estudios realizados con cierto tipo de ave demostraron que dirigía la primera que se inclinaba hacia un lado diferente. Cualquiera de ellas podía dirigir a las demás en cualquier momento; en fracciones de segundo todas se comunicaban eficazmente y ejecutaban el giro sin titubear. Es decir, cuando una se inclinaba, las demás recibían la 'comunicación' y reaccionaban instantáneamente como un solo pájaro. 1

También, ciertos botánicos estudiaron el comportamiento de unos árboles de un bosque que comenzaron a ser atacados por una plaga de insectos. Los árboles comenzaron a exudar una sustancia (feromona) que viajó con el viento y llegó a los demás árboles, los cuales reaccionaron inmediatamente, produciendo una especie de anticuerpo que los protegió cuando los insectos llegaron a ellos. Preservaron su especie de un modo increíble.

Es interminable el asombro de los seres humanos al observar la velocidad y eficacia con que los animales, las plantas y las cosas se relacionan entre sí. En realidad, los seres vivos poseen una interconexión e interdependencia asombrosa con todo el universo. La gravedad de los planetas se relaciona estrechamente con la gravedad y las órbitas de los demás cuerpos celestes. Hasta el microcosmos denota orden.

Por supuesto, de ninguna manera diremos que los objetos 'se comunican' entre sí, aunque sí reconocemos que existen leyes poderosas que los mantienen en equilibrio. Por ejemplo, las fuerzas nucleares débil y fuerte, la gravedad y el electromagnetismo. Constantemente los seres vivos que nos rodean nos demuestran que la comunicación eficaz es la clave de la supervivencia de las especies, y que hasta el equilibrio de las cosas depende de una correspondencia, sintonía o armonía entre sí.

1 Idem.



De modo que ante la pregunta: "¿Cuántos tipos de comunicación hay?", se puede responder con toda seguridad que solo hay una, la que llena los requisitos de la comunicación. Un transmisor envía un mensaje a un receptor valiéndose de un medio o canal de comunicación. El receptor lo recibe y entiende, y envía una respuesta al transmisor, quien se da por enterado de que hubo comunicación entre ambos. Por consiguiente, se puede manifestar de diferentes maneras, dependiendo de los transmisores y receptores y del tipo de mensaje comprendido.

Los canales y medios varían, del mismo modo como las aves en una bandada y los perros policías tienen una manera diferente de comunicarse entre sí. Un gesto, un olor o un sonido entre los de su misma especie pueden indicar algo diferente a un gesto, un olor o un sonido producido por un entrenador. Por eso, cuando se habla de 'los diferentes tipos de comunicación que hay', en realidad se hace referencia a las diferentes maneras de comunicar los mensajes y las respuestas.

La comunicación es una sola en cuanto a su objetivo primordial, sin dejar de lado la importancia que tienen las diferencias individuales, familiares, culturales, sociales, religiosas, intelectuales y emocionales que cada ser humano posee y que matizan el modo en el que la comunicación se establece. El que transmite envía el mensaje al receptor según un estilo conveniente, y el que la recibe y entiende, envía la respuesta al que la transmitió, el cual de esa manera recibe la indicación de que la comunicación se llevó a cabo entre sí.

Cada ramo tiene un lenguaje técnico o jerga para comunicar los mensajes del modo que mejor entiendan los miembros del mismo, ya sea por ejemplo en el ámbito de la medicina, la física, la psicología, la química, entre otros. No importando que se realice una comunicación eficaz, el receptor puede estar de acuerdo o en desacuerdo con la información que se le hace llegar. La comunicación es en sí misma neutral e independiente de las consecuencias. Los implicados pueden responder de una manera u otra.

Un factor que es necesario añadir en la comunicación además del emisor, receptor y el mensaje, es el *código*, el cual es un conjunto de signos que le permite al emisor transmitir el mensaje, de manera que el receptor pueda entenderlo. Para que se produzca comunicación se necesita que tanto el emisor como el receptor manejen el mismo código.

Existen muchos códigos que se usan para la comunicación día a día. El más común es el idioma. Cada país tiene una misma lengua, en la que se comunican sus habitantes y por eso se entienden.

Además del idioma, existen otros códigos, es decir, otros conjuntos de signos, que utilizamos a diario. Uno de ellos son las señales de tránsito. Constituyen un conjunto de signos, que la mayoría de las personas manejan y ello permite comprender en cualquier vía pública las señalizaciones.



En estas situaciones, así como en tantas otras, vemos que no hay ninguna participación del lenguaje como tal. Sin embargo, el mensaje que se da es recibido de todas formas, ya que los receptores entienden el código que se está empleando.

### **1.1.1. Tipos de comunicación.**

A pesar de que la comunicación es una sola y que en ella se ponen en juego el emisor, el receptor y el mensaje, se puede hablar de varios tipos de comunicación, dependiendo del objeto de la interacción comunicativa. Dependiendo del tipo de comunicación, el mensaje, el contexto y la comunicación no verbal serán diferentes.

En las relaciones, la comunicación siempre está mediatizada por aspectos emocionales y afectivos que a veces la facilitan y a veces la dificultan. Incluso cuando la comunicación tiene un fin meramente informativo, el mensaje puede estar cargado de connotaciones que sólo los que se encuentran involucrados perciben e interpretan. Es probable que a nivel de relaciones se cree su propio "metalenguaje" en el que algunas palabras, frases o "maneras de decir las cosas", no significan ni tienen la misma importancia que en otros contextos, si no que tienen sus propias connotaciones y significados.

Por este motivo y de manera general, las reglas básicas de comunicación y de entrenamiento en habilidades sociales no son suficientes para solucionar las dificultades de comunicación entre individuos sino se parte de este hecho.

### **1.1.2. La comunicación no verbal: el lenguaje de los gestos.**

Si se observa el desarrollo de los seres humanos, se verá que el bebé no habla durante los primeros meses, pero encuentra una forma para comunicarse. Las primeras experiencias del ser humano con el mundo que lo rodea son de forma no verbales.

El bebé contempla el rostro de la madre y a través de su apariencia recibe información necesaria y la interpretación de ésta para interactuar con ella. Realmente las primeras lecciones de comunicación se dan desde el útero ya que aprende a absorber líquidos, a moverse y a adaptarse a los movimientos de la madre. Los bebés aprenden rápidamente todas las experiencias sensoriales que se les ofrecen, a pesar de que tenemos una tendencia a despreciar esa habilidad, de la misma manera que ignoramos la capacidad de aprender del feto (Davis, 1973).

A medida que el bebé crece, comienza a distinguir no sólo los rostros familiares, sino a reconocer las expresiones y en poco tiempo estará capacitado para interpretar el lenguaje no verbal de manera más hábil.

Desmond Morris (1967) plantea :

“En las etapas pre-verbales, antes de que toda la maquinaria de la comunicación simbólica y cultural se haya impuesto, se deja guiar más por pequeños movimientos, cambios de postura y tonos de voz, que lo que necesitará más tarde en la vida... Si la madre realiza movimientos tensos y agitados, sin importar cuánto procure disimularlos, se los comunicará al niño. Si al mismo tiempo muestra una amplia sonrisa, no lo engañará sino que lo confundirá aún más”. (pag. 135)

Es difícil poder aceptar para una madre o un padre que los mensajes que proporcionan a sus hijos, se transmiten constantemente desde muy pequeños a través de canales no verbales y que con frecuencia transmiten sensaciones y reacciones inconscientes, en algunas ocasiones indeseadas.

Flora Davis (1973) hace una reflexión en relación a investigaciones realizadas con profecías que siempre se cumplen. En un caso que fue reportado a principios de los años treinta sobre un niño de seis años que constantemente insistía en irse de su casa. En él, cada vez que regresaba, el padre escuchaba los detalles en relación a sus aventuras y a pesar de promover el castigo en su hijo, había rasgos que evidenciaban el agrado que el padre sentía por este tipo de hazañas. A raíz de los trabajos realizados con comunicaciones no verbales, se comprobó que diversos problemas de comportamiento en niños que robaban, incendiaban, tenían desviaciones sexuales, o incluso habían cometido algún crimen, tenían un fundamento en los deseos inconscientes que los padres proyectaban a través de las expresiones faciales y posturas que adoptaban.

No obstante, las emociones reprimidas y las ambiciones subconscientes son parte del contexto psicológico de todo adulto. Los padres siempre han comunicado sentimientos, actitudes y conductas a sus hijos y la mayoría de ellos las han soportado bastante bien. Este es el tipo de comunicación no verbal con el que se inician las relaciones.

En el caso de los adultos continuamente se comunican corporalmente, ya sea sonriendo, moviendo la cabeza denotando aprobación o desaprobación. A través de las expresiones se muestra a otros el estado anímico, ya sea de enfado, alegría, preocupación o confusión. Otro aspecto que proporciona información es el aspecto o apariencia personal, ya que a través de él también se manifiesta agrado o inconformidad ante cierto tipo de relación.

En todas las sociedades, los individuos usan lenguaje, gestos, ademanes y posturas corporales para comunicarse unos con otros, pero no debe olvidarse que estas formas varían dependiendo del contexto cultural en el que se encuentren.

Según Alexander Lowen (1977), el lenguaje puede dividirse en dos partes, la primera se manifiesta a través de señales y expresiones corporales que proporcionan información sobre el individuo; y la segunda, que se basa en las expresiones verbales o lingüísticas que están basadas en funciones del cuerpo.

El lenguaje tiene su origen en la sensación propioceptiva, es decir que la base del lenguaje se encuentra en las señales que a nivel corporal son enviadas o recibidas. Al respecto piensa que la comunicación es ante todo participación de experiencias que poseen una reacción corporal a las situaciones y acontecimientos.

Es posible extraer un gran volumen de información a través de la expresión corporal. En el caso de las personas con deficiencia auditiva este aspecto se hace fundamental, ya que una base importante de las lenguas de señas son los gestos y la expresión corporal que enfatizan o modulan representativamente sentimientos y pensamientos.

Los niños comprenden mejor el lenguaje del cuerpo que los adultos, a quienes se les ha enseñado a lo largo de muchos años a prestar atención a las palabras, sin fijarse en las expresiones corporales (Lowen, Idem).

No es extraño que los niños o adolescentes sordos que no posean herramientas que les permitan acceder a la lengua oral, se vuelvan aún más perceptivos por la necesidad de obtener información del entorno que los rodea buscando respuesta a sus sentimientos, pensamientos y necesidades.

### 1.1.3. Teoría de la Comunicación humana

Un fenómeno permanece inexplicable en tanto el margen de observación no es suficientemente amplio como para incluir el contexto en el que dicho fenómeno tiene lugar. El observador de la conducta humana pasa de un estudio deductivo de la mente al estudio de las manifestaciones observables de la relación. El vehículo de tales manifestaciones es la comunicación.

El estudio de la comunicación humana puede dividirse en tres áreas: semántica, sintáctica y pragmática. La semántica abarca los problemas relativos a transmitir información. La comunicación afecta a la conducta, y este es un aspecto pragmático. Así toda conducta es comunicación, y toda comunicación afecta a la conducta. Es interesante el efecto de la comunicación sobre el receptor y el efecto que la reacción del receptor tiene sobre el emisor.

Las variables no tienen un significado propio, sino que resultan significativas en su relación mutua en un contexto familiar, social y cultural, y esto constituye el concepto de su función.

Las investigaciones sobre los sentidos y el cerebro han demostrado finalmente que sólo se pueden percibir relaciones y pautas de relaciones, y que ellas constituyen en esencia la experiencia. Así, la esencia de nuestras percepciones no son cosas sino funciones y éstas no constituyen magnitudes aisladas sino signos que representan una conexión una infinidad de posiciones posibles de carácter similar.

Watzlawick y cols. (1967) proponen cinco axiomas para fundamentar su aproximación teórica de la comunicación humana, los cuales esquematizo de la siguiente manera:

<p><b>1er. Axioma</b></p>	<p>La imposibilidad de no comunicar.</p>	<p>Toda situación de interacción tiene un valor de mensaje, es decir es comunicación. Por mucho que se intente, no se puede dejar de comunicar.</p>
<p><b>2º. Axioma</b></p>	<p>Los niveles de contenido y relación de la comunicación.</p>	<p>Toda comunicación implica compromiso y por ende, define una relación.  <b>Aspecto referencial:</b> transmite información (contenido del mensaje)  <b>Aspecto connotativo:</b> se refiere a qué tipo de mensaje debe entenderse y la relación entre los comunicantes.</p>
<p><b>3er. Axioma</b></p>	<p>La puntuación de la secuencia de los hechos</p>	<p>Organiza los hechos de la conducta</p>
<p><b>4º. Axioma</b></p>	<p>Comunicación digital y analógica.</p>	<p>Comunicación digital es la sintaxis lógica compleja, pero carece de la semántica adecuada en el campo de la relación.          Comunicación analógica es toda comunicación no verbal (postura, gestos, tono de voz, secuencia, ritmo y cadencia de las palabras.</p>
<p><b>5º. Axioma</b></p>	<p>Interacción simétrica y complementaria</p>	<p><b>Relación complementaria:</b> Un participante ocupa la posición superior, mientras que el otro ocupa una posición inferior.  <b>Relación simétrica:</b> Existe el peligro de la competencia.</p>

En el caso del mensaje contenido dentro de la comunicación, existe lo que se llama la retroalimentación, la cual es el flujo constante de información que oscila entre el emisor y receptor. La retroalimentación puede ser positiva o negativa. La negativa caracteriza la homeostasis (estado constante) por lo cual desempeña un papel importante en el logro y mantenimiento de la estabilidad de relaciones. La positiva lleva al cambio, es decir, a la pérdida de estabilidad o de equilibrio. Los grupos interpersonales (grupos de desconocidos, parejas, familias, etc.) pueden entenderse como circuitos de retroalimentación, ya que la conducta de cada persona afecta a la de las otras, y la de los demás a ésta.

Los relatos y narraciones son una herramienta importante porque proveen de experiencia cultural y un panorama del mundo que rodea a cualquier ser humano. Cuando un terapeuta puede bosquejar experiencias culturales comunes y las expresa simbólicamente, esto garantiza que el paciente le dará un significado personal a las imágenes (Isenberg, 1996).

Las historias no sólo son un recurso de entretenimiento, además son usadas como herramientas metafóricas que permiten pensar de una manera más compleja y abstracta. Son formas activas de afirmar las creencias básicas del grupo. Las narraciones son instrucciones que permiten hacer señalamientos sobre el pasado y enseñar sobre la manera en que se conduce la vida y se valúa (Padden y Humphries, 1988).

Los relatos y narraciones son importantes por todo el contenido comunicativo que poseen. Ayudan a los niños a entender quiénes son y el contexto familiar y cultural en el que se desarrollan.

Es menester enfatizar que todos estos recursos comunicativos se ven enriquecidos, alterados o limitados en el caso de los niños sordos desprovistos de una lengua, lo que hará que su desarrollo personal y emocional se vea limitado y ensombrecido.

Según la investigación realizada por Henggeler y Cooper (1980) con 15 niños sordos con padres oyentes, se encontró que las madres oyentes con niños sordos interactuaban mucho menos con sus hijos, dando menos respuesta, usando estrategias de control más directivas, fomentando conductas que podían acarrear un concepto rígido de sí mismos y una interpretación de la realidad concreta.

#### **1.1.4. Tipos de padres según la forma de comunicación empleada.**

La comunicación, como hemos visto, es uno de los rasgos más importantes en las interacciones que establece el ser humano y su desarrollo se da desde edades muy tempranas. En función de las palabras que dirigimos a los niños podemos comunicar una actitud de escucha o, por el contrario, de ignorancia y desatención.

Según analiza el psicólogo K. Steede en su libro "Los diez errores más comunes de los padres y cómo evitarlos", existe una tipología de padres basada en las respuestas que ofrecen a sus hijos y que derivan en las llamadas conversaciones cerradas, aquellas en las que no hay lugar para la expresión de sentimientos o, de haberla, éstos se niegan o infravaloran y se esquematizan de la siguiente manera:

TIPOLOGÍA	ACTITUDES CON LOS HIJOS
<b>Padres autoritarios</b>	Miedo a perder control de la situación. Utilizan órdenes, gritos y amenazas. No toman en cuentas las necesidades del niño.
<b>Padres que hacen sentir culpa</b>	Consciente o inconscientemente interesados en hacerle saber al hijo su inteligencia y experiencia. Uso de lenguaje negativo que subestima las acciones o actitudes del hijo.
<b>Padres que restan importancia a las cosas</b>	Se subestima la importancia de las situaciones que vive el hijo, ponderando las propias. Se percibe al adulto rechazante y poco receptivo a escuchar.
<b>Padres que dan conferencias</b>	Se enfatiza en la visión particular haciendo señalamientos en base a la experiencia del padre, desdeñando la del hijo.

Por último, hay que mencionar la cantidad de situaciones en las que la comunicación es sinónimo de silencio (aunque parezca paradójico). En la vida de un hijo, como en la de cualquier persona, hay ocasiones en que la relación más adecuada pasa por la compañía, por el apoyo silencioso. Ante un sermón del padre es preferible, a veces, una palmada en la espalda cargada de complicidad y de afecto, una actitud que demuestre disponibilidad y a la vez respeto por el dolor o sentimiento negativo que siente el otro.

Con los niños sordos la comunicación que se establece en la mayoría de los casos se puede encontrar fragmentada o afectada cuando no existe un lenguaje que sea compatible entre padres e hijos y por ello es que no se recurre, ni se exploran otros tipos de comunicación donde el lenguaje verbal queda a un lado, lo que hace que en innumerables ocasiones las relaciones se vean alteradas con diversas problemáticas por la falta de conexión.

## 1.2. ¿Qué es el lenguaje?

El lenguaje es definido como un código de diversas ideas y concepciones que se tienen sobre el mundo y son expresadas a través del pensamiento y de un sistema convencional de signos arbitrarios para la comunicación. Esto no se restringe sólo a lenguas orales ni a lenguas escritas.



Fischer (1984) señala algunas características que son relevantes en el lenguaje:

- *El lenguaje es intencional.* La gente usa el lenguaje con intenciones tanto específicas como complejas.
- *El lenguaje puede ser abstracto y no es situacional.* La gente puede usar el lenguaje para hablar o signar sobre algunas ideas, acciones o personas que no están presentes.
- *El lenguaje permite conexiones en diferentes y nuevas formas.* La gente puede escribir oraciones sin sentido como discutir sobre diversos temas.

En adición a lo anterior, el lenguaje no es *inventado*. Esta es una distinción especialmente importante en la educación de sordos ya que existen algunos sistemas en señas que son sistemas inventados y por sí mismos no son lenguajes, aún y cuando sean sistemas que representen lenguaje.

Todos los lenguajes poseen características expresivas (producción) y receptivas (comprensión). Los usuarios pueden expresar lenguaje cuando hablan o signan un mensaje; ellos reciben lenguaje cuando demuestran comprensión del mismo ya sea puntualizando, actuando o respondiendo ante él. En el caso de los niños pequeños, regularmente comprenden más lenguaje del que pueden producir. En el caso de aquellos adultos que se desempeñan en educación de sordos, frecuentemente pueden producir más lenguaje en señas del que pueden comprender.

En el pasado y aún ahora muchas personas asumen que hablar es sinónimo de lenguaje, pero es simplemente una herramienta o vía de transmisión y difiere de lo que es un sistema cognitivo que marca lenguaje. De acuerdo con Meier (1991) "la competencia lingüística del ser humano se define de algún modo como la parte medular de cualquier forma de expresión". Del mismo modo enfatiza que estamos biológicamente equipados para usar lenguaje, pero no estamos biológicamente limitados a hablar, lo cual quiere decir que podemos representar lenguaje a través de la palabra, los signos y el uso de la forma visual y gestual que proveen de información lingüística. Ambas vías, tanto la auditiva como la visual son vehículos que permiten a la gente compartir ideas complejas. La residencia principal del lenguaje se encuentra en el cerebro y la mente del comunicador, nos podemos dar cuenta de ello porque el cerebro no marca diferencias entre los senderos que sigue para procesar el input lingüístico.

Según Chomsky (1965) "el lenguaje es un sistema de reglas que de manera explícita y bien definida designan la descripción estructural de las oraciones".

Resaltando el trabajo de Chomsky, el cual promueve una nueva ola de teorías y conceptos en relación al lenguaje y la comunicación, Bloom y Lahey (1978) definen lenguaje como "un código a través del cual las ideas sobre el mundo son representadas por medio de un sistema convencional de signos arbitrarios para la comunicación" (pág. 56). El lenguaje es aquello que nos permite compartir con otros nuestras ideas y pensamientos. Los signos o palabras que conforman un lenguaje en su mayoría son arbitrarios.

Esto guarda una lógica o relación natural entre el sonido de la palabra o la configuración de la seña del objeto o acción que representa. En las lenguas orales existen palabras onomatopéyicas como la palabra “mujir” que en español está íntimamente relacionado con el sonido que las vacas producen. De cualquier modo no todas las palabras representan este tipo de vínculo. De igual modo en las lenguas signadas se revela que son lenguas mayormente arbitrarias y que no guardan una estrecha relación con el fenómeno de iconicidad, a pesar de poseer ciertos rasgos icónicos.

### 1.2.1. Elementos del lenguaje.

Otro aspecto que permite la detección de representaciones lingüísticas se da cuando los miembros de una comunidad comparten el mismo sistema de comunicación. En el caso de la Lengua de Señas Mexicana, los usuarios son los miembros de la Comunidad Sorda, pero dicha lengua también posee ciertas variaciones en relación a la región en la cual es usada (regionalismos), pero a pesar de estas diferencias hay una base comunicativa que permite compartir pensamientos e ideas.

Algunos de los elementos del lenguaje son: la forma, el contenido y el uso. La forma es la estructura interior (la fonología, morfología y sintaxis). El contenido por su parte es lo que conocemos en relación al mundo y cómo es que lo describimos (semántica). Y por último el uso se refiere a la forma en que el lenguaje funciona como mediador social (pragmática).

Me parece importante hacer un contraste entre las lenguas orales y signadas, esquematizando sus similitudes o diferencias en relación a las características que poseen.

	<b>LENGUAS ORALES</b>	<b>LENGUAS SIGNADAS</b>
<b>FONOLOGÍA</b>	Reglas lingüísticas que gobiernan el sistema de sonidos en el lenguaje. Combinación de sonidos y secuencias. Elementos básicos: vocales y consonantes.	Contraste entre las estructuras más pequeñas, la organización y estructuración. Elementos básicos: configuración de mano, movimiento, localización, orientación y marcas no manuales.
<b>MORFOLOGÍA</b>	Combinación de las unidades básicas dan como resultado un significado completo. Son las unidades más pequeñas que guardan un significado, por ejemplo cada palabra.	En el caso de las lenguas signadas, el significado de las unidades más pequeñas se refleja en cada seña o signo.
<b>SINTAXIS</b>	Reglas o categorías que posibilitan que las palabras formen oraciones.	Reglas que permiten el ordenamiento de la oración o frase a través de las señas.
<b>SEMÁNTICA</b>	Significado de las oraciones en diferentes situaciones	Dependen del contexto en el cual son ubicadas. Al igual que en las lenguas orales existe la ambigüedad.
<b>PRAGMÁTICA</b>	Se observa cómo se comunica y expresa la intencionalidad del lenguaje.	Se observa cómo se comunica y expresa la intencionalidad del lenguaje.



### 1.2.2 El uso del lenguaje en los niños

El desarrollo del lenguaje está relacionado con la creciente habilidad del niño para utilizar el sistema lingüístico como transmisor de significados. La continua experiencia y el propio uso del lenguaje entre los usuarios, influye no sólo en la forma en que el niño utilizará el lenguaje, sino lo que es más importante, en la forma que pensará y en el tipo de interpretaciones que hará de sus experiencias.

Cuando se realiza una valoración en el uso del lenguaje infantil, es posible ver el tipo de significados que es capaz de expresar, ya que el lenguaje tiene diferentes funciones, dentro de las que destacan:

- La Autoafirmación, a través de la cual se mantienen derechos y pertenencias.
- La satisfacción de necesidades físicas y psicológicas.
- La sociabilización, que permite dirigir la actividad propia y la de otros, nuestras propias acciones, orientarlas y controlarlas, así también para dirigir a otras personas, cuando les damos instrucciones, hacemos demostraciones y solicitamos que se ciñan al curso de la acción. Entre los 7 y 13 años el lenguaje se vuelve más socializado.
- El Relato de experiencias presentes y pasadas.
- El razonamiento lógico, que le es útil para expresar las relaciones que reconoce dentro de una determinada experiencia, o la razón subyacente a un determinado curso de la acción.
- La predicción y anticipación de posibilidades y acontecimientos futuros.
- La proyección de las experiencias de otros.
- La construcción de la conversación de una escena imaginaria para jugar. La totalidad del contenido de la conversación es imaginativa.

Según Vygotsky (1978) las funciones cognitivas más elevadas como el lenguaje y el pensamiento tienen orígenes sociales, y basado en ello hizo la fuerte afirmación de que el aprendizaje conduce al desarrollo y que podemos aprender sólo a través de nuestro acceso a la interacción con otros. Si todas estas funciones permiten que el niño se desarrolle e interactúe y por ende enriquezca sus relaciones e interacciones; entonces tendríamos que hacer aún mayor énfasis en la importancia de la adquisición de una lengua en los niños sordos con la cual puedan desarrollar todas o muchas de estas funciones.

### 1.3. Lengua Materna

La lengua materna, lengua nativa o primera lengua es el primer idioma que aprende una persona. Generalmente un niño aprende lo fundamental de su idioma dentro de su familia y entorno social.

La habilidad en el idioma materno es esencial para el aprendizaje posterior, ya que se piensa que la lengua materna es la base del pensamiento.

Una habilidad incompleta en el idioma materno casi siempre dificulta el aprendizaje de segundas lenguas. Así, la lengua materna tiene un papel primordial en la educación.

La adquisición de la lengua materna se ha planteado desde diversos enfoques, entre los cuales destacan los planteamientos, en parte complementarios y en parte opuestos, de Piaget y de Chomsky.

Desde la perspectiva de la Psicología constructivista, Jean Piaget concibe el desarrollo del lenguaje en paralelo con el desarrollo del pensamiento y sus etapas. Propone que, del mismo modo en que el niño pasa por varias etapas, desde la senso-motora y las del pensamiento abstracto, su lenguaje se desarrolla también por etapas.

Partiendo de los ensayos mediante el balbuceo, pasa por la expresión holofrástica, en la que el bebé dice todos un mensaje en una sola palabra, por otras fases en que construye frases cada vez más completas hasta llegar a incorporar en su lenguaje las 'estructuras complejas' que implican, por ejemplo, la subordinación, como en: "el coche cuyas llantas cambiamos es de mi tío". Al admitir este paralelismo entre el desarrollo del pensamiento y del lenguaje, se acepta que ambos se realizan a partir del nacimiento, y dependen del medio en que crece el niño.

Noam Chomsky (1979) concuerda con Piaget al admitir que el desarrollo del lenguaje depende del medio. Con este tipo de argumentos sostiene que la adquisición de la lengua materna es la mera argumentación en pro de esta dependencia del ambiente en la adquisición de una lengua es muy distinta, pues afirma que: así como de la semilla que no cae en "buena tierra" no surge una planta con todas las características que tiene en potencia, el ser humano, lo mismo que cada especie animal, tiene desde antes de nacer, una capacidad ya diferenciada para el lenguaje, un 'dispositivo especial' característico de su especie, que no se realizará en todo su potencial a menos que el medio aporte lo requerido para ese fin.

Como puede observarse, tanto Piaget como Chomsky rechazan la propuesta conductista, según la cual el niño nace como dotado de una *tábula rasa*, de una caja negra, y sólo a partir del aprendizaje posterior surgirían las capacidades del pensamiento y del lenguaje. En lugar de esa 'caja negra', Piaget propone una capacidad no diferenciada para el pensamiento y el lenguaje; y Chomsky, una predisposición específica para un manejo de las estructuras del lenguaje propio de la especie.

Lo que Chomsky propone como "prueba" de su argumentación es que, a pesar de que los fetos de diversas especies de mamíferos son muy semejantes en el primer tercio del embarazo respectivo, en el último tercio cada uno se va diferenciando, tanto en la apariencia como en las potencialidades que su "programación biológica" prevé, y que incluyen las estructuras básicas de la comunicación.

Esto es que, así como en los genes de un ser humano se tiene la información sobre el tamaño que tendrán sus manos, el largo de sus brazos, el color de los ojos, de la piel y del cabello, etc., también por determinación genética sucede que un niño al nacer no ladra ni pía ni croa, etc. Es decir, no emite sonidos propios de otra especie sino los que corresponden a los seres humanos. Con este tipo de argumentos sostiene que la adquisición de la lengua materna es la mera especialización, en un idioma concreto, de las 'estructuras universales' del lenguaje, con las cuales el ser humano cuenta en forma innata.

Este debate, que se presentó en París en 1975 (al reunir físicamente a Piaget, ya anciano, y al joven Chomsky) sigue abierto. Algunos estudiosos de la adquisición de la lengua materna admiten la propuesta constructivista, y otros defienden el innatismo lingüístico, y de ambas corrientes provienen argumentos muy sólidos que son producto de investigaciones, y a la vez, cuestionamientos sobre algunas de sus propuestas.

De las propuestas de Piaget se cuestiona la relativa a que las etapas de desarrollo del pensamiento y del lenguaje se han de dar en forma rígida, y lo mismo las edades en que el fundador del constructivismo psicológico ubica cada una de esas etapas. Sin embargo, se admite sin reservas que las estructuras tardías son las últimas que el niño adquiere, y que esta adquisición corre en paralelo con el desarrollo del pensamiento abstracto.

De los planteamientos de Chomsky se cuestiona sólo la identificación de la estructura de la oración, conformada por sujeto y predicado, que él plantea como rasgo característico del lenguaje humano, considerando que en todas las lenguas conocidas se presenta. Quien plantea este cuestionamiento es Shanker (2001), profesor de la Universidad de Toronto quien realizó una investigación sobre el lenguaje de los primates. Sus resultados mostraron que la estructuración del mensaje en oraciones es comprendida y producida por chimpancés a los que se les enseña a comunicarse mediante representaciones jeroglíficas. Con todo, sigue en pie la propuesta chomskiana sobre el innatismo lingüístico.

La falta de audición en combinación con el diagnóstico tardío de la pérdida auditiva da origen a un freno en el desarrollo lingüístico. En nuestras especies, la adquisición del lenguaje comienza desde el nacimiento, es por ello que la adquisición tardía de la lengua materna es atípica y virtualmente imposible encontrarla, excepto en el caso de niños sordos de familias oyentes (Mayberry, 1993).

En todos los contextos culturales, el desarrollo se despliega para asegurar que el lenguaje esté casi completamente construido en cinco o seis años, pero las condiciones del desarrollo de los niños sordos, no encajan en este diseño. A pesar de no ser responsables, muchos niños sordos aún tarde, consiguen empezar con la adquisición del lenguaje, teniendo consecuencias en todas las áreas de su vida. Es un error pensar que los bebés sordos no consiguen diseñar un soporte cultural dentro de sus familias oyentes, ellos lo hacen, pero simplemente no pueden tomar la ventaja del uso innato de su capacidad de lenguaje (Ramsey, 2000).

### 1.3.1. Adquisición de lenguaje en niños sordos y oyentes.

La mayor parte de los niños nace con habilidades innatas y deseos de aprender a comunicarse y usualmente este aprendizaje se da dentro de un ambiente que se enriquece dentro y fuera del hogar. El desarrollo normal del lenguaje sigue secuencias similares a través de la mayoría de las culturas y dependen de la situación geográfica, cultural, social, así como en la familiar. Un niño oyente o sordo se convertirá en hablante nativo, a través del soporte natural que facilita su aprendizaje intuitivamente y no por medio de una instrucción directiva de la misma.

El lenguaje tanto de niños sordos, como oyentes sigue determinadas secuencias y depende en mucho de los retrasos que se observen. Estos retrasos puede tener a su vez, diversas consecuencias como la falta de herramientas para procesar un *input* lingüístico adecuado o bien la inhabilidad para codificar lenguaje ya sea oral o visual. Dichos retrasos representan en el niño sordo o con deficiencia auditiva, la incapacidad para comprender o completar los mensajes que son transmitidos vía oral, teniendo como consecuencia principal no la pérdida de audición en sí misma, sino la carencia de lenguaje que resulta de la falta de un *input* visual, y por ende la carencia de acercamiento comunicativo para con otros.

Nos preguntamos si estos factores afectan, distorsionan o ausentan la presencia de lenguaje en el niño sordo. Durante mucho tiempo se ha argumentado si los sordos en general poseen un pensamiento concreto y no pueden acceder al pensamiento abstracto. La verdad de las cosas es que el desarrollo del lenguaje en niños sordos o con pérdida auditiva es muy complejo y multifacético. La mejor forma de explicar el proceso de adquisición del lenguaje en sordos en primer lugar es enfatizando el desarrollo, contexto familiar y social dentro del cual los niños aprenden a comunicarse.

### 1.3.2. Estado prelingüístico en bebés sordos y con pérdida auditiva.

Los bebés sordos o con alguna pérdida auditiva responden a su ambiente del mismo modo que lo hacen los niños oyentes. Comen, duermen y lloran cuando tienen hambre o se sienten incómodos. La diferencia radica en cómo es que cada uno responde a los estímulos que el ambiente proporciona. Los bebés con pérdida auditiva no responden usualmente a sonido a menos que estén acompañados de vibración, sumando a ésta otros estímulos ambientales como luz, sombras y olores. Los bebés oyentes también perciben estos estímulos, pero dependen más de su sentido auditivo, ya que filtran a través de él la información para entender el mundo que los rodea.

Una de las hipótesis más importantes sobre la adquisición del lenguaje es aquella que habla sobre el período crítico, que de acuerdo a Lenneberg (1967) se da alrededor de los dos años de edad a los 13 años, o bien hasta el inicio de la pubertad. Después de la pubertad es extremadamente difícil adquirir fluidez en una primera lengua.

En el caso de los niños sordos o con pérdida auditiva, la teoría del “*período crítico*” tiene serias implicaciones y podría posiblemente explicar por qué el desarrollo de lenguaje para muchos niños sordos, específicamente para aquellos que tienen padres oyentes es un lento y arduo proceso (MacAnally, Rose and Quigley, 1994).

A través de los años, investigadores han probado las hipótesis de Lenneberg buscando las raras instancias de una exposición retardada a una primera lengua. Uno de los casos más conocidos es el de Víctor, el chico salvaje de Aveyron descrito por Lane (1976). Víctor fue abandonado siendo muy pequeño en 1800 y su caso fue tomado por el Instituto Nacional para Sordos en París. Jean Marc Hard intentó enseñarlo a hablar, pero Víctor no pudo sobrepasar el nivel de emisión de palabras y oraciones simples. En estudios más recientes, algunos investigadores estudiaron el caso Genie, una chica que había estado aislada por un padre abusivo hasta la edad de 13 años (Curtiss, 1977). Genie aprendió con cierto éxito vocabulario en Inglés y produjo oraciones simples, pero falló en la adquisición de las más intrincadas complejidades de ese idioma.

La exposición tardía a una primera lengua es común entre niños sordos o con pérdida auditiva con padres oyentes, aunque los casos severos de aislamiento y privación son raros. Mucha de la comunicación con sus padres se da a través de los sistemas de señas caseras (Stokoe, 1995) que de algún modo proveen de comunicación, al menos de forma primitiva. Estudios sobre estos casos de aislamiento, dan un panorama del impacto que tiene la privación y aislamiento en la adquisición de lenguaje en estudiantes sordos o con pérdida auditiva.

Grimshaw, Adelstein, Bryden y Mackinnon (1998) abordaron el caso de dos niños sordos que fueron aislados lingüísticamente, los cuales habían rebasado el período crítico de la adquisición de lenguaje; uno de los casos involucraba a un varón de 15 años que había recibido instrucción oralista y el otro era una joven de 16 años recibió instrucción con ASL. Ambos habían adquirido un sistema de señas caseras antes de ésta instrucción formal. Después de cuatro años de terapia el estudiante instruido oralmente había integrado a su producción oral su sistema casero de señas. Como quiera que sea su lenguaje estuvo marcado con severos retrasos y déficits similares a los de Genie. La estudiante de ASL fácilmente adquirió las estructuras básicas del lenguaje en un período corto de tiempo, pero tuvo algunas dificultades con aspectos sintácticos.

Estos casos indican que la adquisición de un primera lengua en la pubertad no tiene avances tan rápidos, como en la adquisición de una primera lengua durante los primeros años de la infancia. Lenneberg (1967) atribuyó esto a la pérdida de plasticidad neural. Newport (1990) indicó que los procesos cognitivos podían desarrollarse durante la adolescencia.



Muchos niños sordos con padres oyentes reciben poca exposición tanto a las lenguas orales como a las lenguas signadas durante la infancia (Meier, 1991). Algunos investigadores creen que el lenguaje es un rasgo humano innato. Lenneberg (1967) postuló que los humanos tienen un mecanismo de adquisición del lenguaje que existe internamente y orquesta los *burst* (estallidos) de la adquisición del lenguaje en la infancia. Hay ciertos prerrequisitos para que esto ocurra, el niño debe tener capacidad para aprender y a su vez debe tener acceso al lenguaje. La predisposición biológica para el lenguaje puede perderse a menos que el niño tenga acceso a un sistema comprensible de lenguaje y para que la adquisición de lenguaje continúe en el tiempo adecuado debe ser alimentada a través de modelos de comunicación adecuados. Importancia de las habilidades comunicativas en los niños

Sheridan (1996) plantea que las historias de niños sordos nos permiten darnos cuenta de lo importante que es el factor comunicativo para las personas, ya que es un aspecto que bajo su perspectiva promueve sentimientos de aceptación y pertenencia en relación a sus pares o a aquellos que poseen características diferentes.

En el caso de los sordos, el canal visual tiene una doble importancia ya que por un lado es usado para asimilar lenguaje y por el otro lado es un recurso que provee de información sobre los objetos y los eventos dentro de su ambiente.

En un análisis de los patrones acústicos entre madres oyentes y sordas en un estudio de Gallaudet (Traci y Koester, 1998), fue sorprendente ver cómo las madres Sordas modificaban sus vocalizaciones dependiendo del status auditivo de sus hijos, en apariencia, las madres Sordas usaban sus voces de manera más consistente e incorporaban más características de *motherese\** cuando interactuaban con sus bebés oyentes. Por el otro lado, en el caso de las madres Oyentes con bebés sordos parecían exacerbar su expresión al parecer tratando de compensar las limitaciones auditivas que sus bebés experimentaban.

#### **1.4. Las lenguas signadas o de señas.**

Los padres oyentes utilizan principalmente el lenguaje oral con un hijo sordo y muchos presentan una actitud negativa hacia el lenguaje de signos. Es importante saber que la adquisición del lenguaje oral para el niño sordo no es un proceso natural y espontáneo, sino más bien un aprendizaje difícil que debe ser planificado de forma sistemática por los adultos.

La carencia constante de comunicación a través de un canal de fácil acceso como las lenguas de señas hace de los sordos, un grupo vulnerable. El término "Lengua de señas" es empleado de forma genérica para referirnos a los tipos de comunicación que los sordos entablan a través de lo que para ellos es uno de los instrumentos más importantes: SUS MANOS.

Las lenguas de señas son lenguajes nativos para miles de personas sordas y de personas con padres sordos, que por tal motivo comparten su cultura al encontrarse insertos dentro de ella.

Es necesario aclarar que no existe un lenguaje universal de señas y esto se debe en gran medida a la diversidad de culturas que existen en todo el mundo, dentro de las cuales por ende se encuentra la cultura del sordo, que por sí misma es considerablemente amplia.

La Lengua de Señas Mexicana (LSM) no es una derivación ni se basa en el Español. A través de diversos estudios se ha demostrado que las lenguas de señas poseen sus propias estructuras gramaticales, además de ser procesadas en el cerebro de igual manera que las lenguas orales, sólo que teniendo como rasgo característico el uso de la visión y el espacio. Es por ello que las lenguas de señas se convierten no sólo en la vía de comunicación más importante, sino también en las de más fácil acceso para el sordo, no sólo en México, sino en el mundo entero.

## CAPITULO II

### SORDERA

#### 2.1. El arte de escuchar.

El sonido continuamente permea el ambiente y provee de la audición que permite la conciencia de los eventos que ocurren alrededor de cualquier individuo, sirve como conexión comunicativa y a su vez promueve en el ser humano la habilidad para adquirir conocimiento, desarrollo de lenguaje y fortalece el funcionamiento de las capacidades intelectuales. Hay sonidos que pueden ser confortables cuando hay sentimientos de angustia, o bien por otro lado hay sonidos que nos alertan en situaciones de peligro.

El oído es el órgano responsable no sólo de la audición sino también del equilibrio. Se divide en tres zonas: *externa, media e interna*. El siguiente cuadro muestra una descripción de estas tres zonas según Scheetz (2001).

<b>OÍDO EXTERNO</b>	<b>OÍDO MEDIO</b>	<b>OÍDO INTERNO</b>
Se encuentra en posición lateral al tímpano. Comprende la oreja o pabellón auricular o auditivo y el conducto auditivo externo. Mide 3 cm de longitud.	Se encuentra en la cavidad timpánica o caja del tímpano. La cara está formada por la membrana timpánica, que lo separa del oído externo. Es responsable de la conducción de las ondas sonoras hacia el oído interno. Tiene una fisura que se extiende unos quince mm en un recorrido vertical y otros 15 mm en recorrido horizontal. Tiene comunicación directa con la nariz y la garganta a través de la trompa de Eustaquio, que permite la entrada y salida de aire del oído medio para equilibrar las diferencias de presión entre éste y el exterior. El martillo, el yunque y el estribo conectan acústicamente el tímpano con el oído medio.	Se encuentra en el interior del hueso temporal que contiene los órganos auditivos y del equilibrio, que están inervados por los filamentos del nervio auditivo. Está separado del oído medio por la ventana oval. Consiste en una serie de canales membranosos alojados en una parte densa del hueso temporal, y está dividido en: cóclea, vestíbulo y tres canales semicirculares. Estos se comunican entre sí y contienen un fluido gelatinoso denominado endolinfa.



La capacidad auditiva depende de la combinación de varios factores. El primero es un cerebro activo con el área que recibe e interpreta los mensajes relacionados con el sonido intacta y en buen funcionamiento. En segundo lugar está el nervio auditivo sano que conecte el cerebro y el oído con pleno rendimiento. El tercero es el oído, el cual forma parte de la estructura que recoge el sonido y posee las condiciones necesarias para transmitirlo desde el exterior al nervio auditivo, el cual a su vez lo transmitirá al cerebro.

Las ondas de sonido tienen dos fases características o niveles de densidad: la compresión y la rarefacción. La compresión ocurre cuando la onda de sonido viaja y las moléculas del oído medio son forzadas unas contra otras. Cuando las moléculas intentan separarse unas de otras regresan al nivel de densidad natural. Como la fuente de la producción de sonido continua al vibrar, otra compresión es transmitida y la oscilación continua alternando compresión y rarefacción. Este movimiento recíproco caracteriza a las ondas de sonido originando así los recursos de sonido y emitiéndolos al exterior a una velocidad constante.

El sonido es un fenómeno vibratorio, que se transmite a través del aire, del agua, etc. Como toda vibración, tiene una frecuencia que lo caracteriza, que es el número de vibraciones por segundo. La mayor o menor frecuencia de los sonidos determina que sean agudos (los de frecuencia más alta) o bajos (los de menor frecuencia). Los sonidos cuya frecuencia es inferior a 16 ciclos por segundos o (ó 16 Hz) se denominan "infrasonidos", los de frecuencia superior al rango audible, esto es de más de 16000 ciclos por segundos (ó 16000 Hz), se llaman "ultrasonidos". El campo auditivo de muchos animales comprende buena parte de sonidos que para el ser humano son ultrasonidos.

Así pues nuestra conversación tendrá en forma normal y habitual una presión sonora de 50 a 70 dBA (decibeles "A").

El decibel es una unidad logarítmica de medida de la presión sonora o intensidad. El aumento de decibeles se incrementa mucho más de lo que percibimos, por ejemplo un sonido 90 dBA es 10 veces más intenso que el de 80 y uno de 100 dBA es 100 veces más fuerte que uno de 80 dBA. El examen de nuestra capacidad auditiva se puede observar en un audiograma.

Los sonidos provocan diversas sensaciones en nuestro organismo algunos de placer como la música. Pero hay dos variables que debemos tener en cuenta, que la música puede ser placentera pero si la escuchamos a un volumen excesivo y por un tiempo prolongado podremos perder paulatinamente nuestra capacidad auditiva. Pues esos altos niveles sonoros pueden deteriorar las células auditivas que se encuentran en nuestros oídos.

Las ondas sonoras, en realidad cambios en la presión del aire, son transmitidas a través del canal auditivo externo hacia el tímpano, en el cual se produce una vibración. Estas vibraciones se comunican al oído medio mediante la cadena de huesecillos (martillo, yunque y estribo) y, a través de la ventana oval, hasta el líquido del oído interno.

El movimiento de la endolinfa que se produce al vibrar la cóclea, estimula el movimiento de un grupo de proyecciones finas, similares a cabellos, denominadas células pilosas. El conjunto de células pilosas constituye el órgano de Corti. Las células pilosas transmiten señales directamente al nervio auditivo, el cual lleva la información al cerebro. El patrón de respuesta de las células pilosas a las vibraciones de la cóclea codifica la información sobre el sonido para que pueda ser interpretada por los centros auditivos del cerebro.

El rango de audición, igual que el de visión, varía de unas personas a otras. El rango máximo de audición en el hombre incluye frecuencias de sonido desde 16 hasta 28.000 ciclos por segundo. El menor cambio de tono que puede ser captado por el oído varía en función del tono y del volumen. Los oídos humanos más sensibles son capaces de detectar cambios en la frecuencia de vibración (tono) que correspondan al 0,03% de la frecuencia original, en el rango comprendido entre 500 y 8.000 vibraciones por segundo. El oído es menos sensible a los cambios de frecuencia si se trata de sonidos de frecuencia o de intensidad bajas.

La sensibilidad del oído a la intensidad del sonido (volumen) también varía con la frecuencia. La sensibilidad a los cambios de volumen es mayor entre los 1.000 y los 3.000 ciclos, de manera que se pueden detectar cambios de un decibelio. Esta sensibilidad es menor cuando se reducen los niveles de intensidad de sonido.

Las diferencias en la sensibilidad del oído a los sonidos fuertes causan varios fenómenos importantes. Los tonos muy altos producen tonos diferentes en el oído, que no están presentes en el tono original. Es probable que estos tonos subjetivos estén producidos por imperfecciones en la función natural del oído medio. Las discordancias de la tonalidad que producen los incrementos grandes de la intensidad de sonido, es consecuencia de los tonos subjetivos que se producen en el oído. Esto ocurre, por ejemplo, cuando el control del volumen de un aparato de radio está ajustado. La intensidad de un tono puro también afecta a su entonación. Los tonos altos pueden incrementar hasta una nota de la escala musical; los tonos bajos tienden a hacerse cada vez más bajos a medida que aumenta la intensidad del sonido. Este efecto sólo se percibe en tonos puros.

Puesto que la mayoría de los tonos musicales son complejos, por lo general, la audición no se ve afectada por este fenómeno de un modo apreciable. Cuando se enmascaran sonidos, la producción de armonías de tonos más bajos en el oído puede amortiguar la percepción de los tonos más altos. El enmascaramiento es lo que hace necesario elevar la propia voz para poder ser oído en lugares ruidosos.

### 2.1.1. La importancia del oído en el equilibrio

Los canales semicirculares y el vestíbulo están relacionados con el sentido del equilibrio. En estos canales hay pelos similares a los del órgano de Corti, y detectan los cambios de posición de la cabeza.

Los tres canales semicirculares se extienden desde el vestíbulo formando ángulos más o menos rectos entre sí, lo cual permite que los órganos sensoriales registren los movimientos que la cabeza realiza en cada uno de los tres planos del espacio: arriba y abajo, hacia adelante y hacia atrás, y hacia la izquierda o hacia la derecha. Sobre las células pilosas del vestíbulo se encuentran unos cristales de carbonato de calcio, conocidos en lenguaje técnico como otolitos y en lenguaje coloquial como arenilla del oído. Cuando la cabeza está inclinada, los otolitos cambian de posición y los pelos que se encuentran debajo responden al cambio de presión. Los ojos y ciertas células sensoriales de la piel y de tejidos internos, también ayudan a mantener el equilibrio; pero cuando el laberinto del oído está dañado, o destruido, se producen problemas de equilibrio. Es posible que quien padezca una enfermedad o un problema en el oído interno no pueda mantenerse de pie con los ojos cerrados sin tambalearse o sin caerse.

## ENFERMEDADES DEL OÍDO

Oído externo	Oído medio	Oído interno
<ul style="list-style-type: none"> <li>* Malformaciones congénitas:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ausencia del pabellón auditivo o apertura del canal auditivo externo.</li> </ul> </li> <li>* Malformaciones adquiridas:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>-Cortes y heridas</li> </ul> </li> <li>* Oteomatoma u oído en forma de coliflor (daño sufrido en el cartilago acompañado de hemorragia interna y producción excesiva de tejido cicatrizante).</li> <li>* Dermatitis producidas por quemaduras, lesiones y congelaciones.</li> <li>* Enfermedades cutáneas:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>-Erisipela o dermatitis seborreica.</li> <li>-Tuberculosis y sífilis cutánea (raramente)</li> <li>-Cuerpos extraños (insectos, algodón y cerumen)</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Perforación del tímpano:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lesión por objetos afilados</li> <li>- Sonarse la nariz con fuerza</li> <li>- Golpe en el oído.</li> <li>-Cambios súbitos en la presión atmosférica.</li> </ul> </li> <li>* Infección del oído medio:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Otitis media supurativa aguda (bacterias piógenas, que llegan a través de la trompa de Eustaquio, impidiendo el movimiento del tímpano y los huesecillos)</li> <li>- Otitis media supurativa crónica (Se produce como consecuencia de un drenaje inadecuado de la pus durante la infección aguda).</li> </ul> </li> </ul> <p>Las otitis medias no supurativas, serosas, agudas y crónicas se producen por la oclusión de la trompa de Eustaquio a causa de un enfriamiento de cabeza, amigdalitis o adenoiditis, sinusitis o por viajar en un avión no presurizado. La forma crónica puede producirse por infecciones bacterianas. Se sugiere que los niños que la padecen pueden presentar dificultades para el desarrollo del lenguaje.</p>	<p>Pueden alterar el sentido del equilibrio e inducir síntomas de mareo. Estos síntomas también pueden deberse a anemia, hipertermia, tumores del nervio acústico, exposición a un calor anormal, problemas circulatorios, lesiones cerebrales, intoxicaciones y alteraciones emocionales.</p> <p>* El vértigo de Ménière (Aparece como consecuencia de lesiones producidas en los canales semicirculares y produce náuseas, pérdida de la capacidad auditiva, acúfenos o ruido en los oídos y alteraciones del equilibrio).</p> <p>* Destrucción traumática del órgano de Corti (una gran proporción es responsable de los casos de sordera total, es posible el uso de implantes cocleares que produzcan estimulación directa sobre el nervio auditivo).</p>

La mayor parte de las enfermedades del oído que implican procesos infecciosos, inflamatorios o alérgicos, son tratadas por médicos conocidos como **otorrinolaringólogos** o especialistas en laringe, nariz y oídos (ORL). Los cirujanos otorrinolaringológicos tratan problemas tales como la otosclerosis, el trauma físico y el drenaje de los tejidos infectados que requieren operaciones quirúrgicas.

## **2.2. Definición de sordera.**

Precisamente como el objetivo de nuestro tema a tratar es promover herramientas terapéuticas con personas sordas, es importante definir qué es la sordera y cuáles son sus consecuencias. En contraposición a la concepción de la mayoría de la gente, la sordera no es el equivalente a silencio y su definición no puede estar sujeta expresamente a la carencia del sentido del oído para poder percibir sonido. La *sordera* es una deficiencia sensorial que designa desde una disminución hasta una pérdida total de la audición (Perelló y Tortosa, 1992; Larousse, 1992).

## **2.3. Aspecto Fisiológico de la sordera**

Se estima que un tercio de la población mundial padece algún grado de sordera o pérdida auditiva causada por la exposición a sonido de alta intensidad. La prevalencia de pérdida auditiva en el recién nacido y en el lactante es de 1,5-6 casos por 1000 nacidos vivos, esto es desde severa a cualquier otro grado. En la edad escolar la prevalencia de pérdida auditiva de más de 45 dB es de 3 por 1000 niños y de cualquier grado hasta de 13:1000.

### **2.3.1. Diagnóstico de la sordera: Tipo de pérdida auditiva.**

Es muy importante realizar exploraciones completas para la detección temprana de un problema de audición. El desarrollo motor temprano, las primeras adquisiciones psicosociales e incluso el lenguaje expresivo hasta los 8 meses pueden ser normales en niños hipoacúsicos, por lo que es muy difícil la valoración. Pero, nuevas evidencias demuestran que la sordera durante los seis primeros meses de vida pueden interferir en el desarrollo normal del habla y el lenguaje oral, por lo que lo ideal sería identificar a estos niños antes de los tres meses de edad y la intervención comenzarla antes de los seis meses, para prevenir las secuelas del déficit auditivo.

Para un diagnóstico precoz se requiere de equipo electromédico especializado. Hay dos tipos de exámenes:

### Pruebas subjetivas

Requieren la respuesta consciente del paciente:

<p>Audiometría tonal</p>	<p>La Audiometría es un examen que tiene por objeto cifrar las alteraciones de la audición en relación con los estímulos acústicos, resultados que se anotan en un gráfico denominado audiograma.</p>
<p>Logaudiometría</p>	<p>Es una prueba que tiene como fin evaluar la capacidad de una persona para escuchar y entender el lenguaje. Se presentan al paciente una serie de palabras de aparición muy frecuente en el lenguaje. A continuación se determina el umbral de recepción verbal (nivel en el que el sujeto puede repetir correctamente el 50% de las palabras presentadas) y el umbral de máxima discriminación.</p>

Estas pruebas proporcionan una clasificación cuantitativa del problema auditivo e indica el nivel de la pérdida auditiva sobre todo para la comunicación lingüística:

Normoacusia	0 a 22 decibeles
Hipoacusia superficial	22 a 42 decibeles
Hipoacusia media	42 a 72 decibeles
Hipoacusia profunda	72 a 92 decibeles
Anacusia	92 a 120 decibeles

### Pruebas objetivas

No requieren de respuesta el paciente y se obtienen aunque el paciente no colabore. Son pruebas no agresivas e indoloras. Las más utilizadas son:

<p>Impedanciometría (Timpanometría).</p>	<p>La timpanometría es una prueba desarrollada para evaluar la movilidad de la membrana timpánica durante la variación de presión del aire. Para realizar la timpanometría se introduce la punta de una sonda en el conducto auditivo externo hasta obtener un sello hermético.</p>
<p>Potenciales evocados auditivos</p>	<p>Estos potenciales son el resultado de registrar la actividad electroencefalográfica desencadenada a partir de la presentación de un estímulo acústico continuo y periódico en el tiempo.</p>

Estos estudios necesitan de una interpretación muy especializada. Siempre que sea posible, los resultados deben ser cotejados con las pruebas subjetivas. Estos exámenes pueden aplicarse a niños recién nacidos y en pacientes en coma. Los siguientes cuadros esquematizan algunos de los indicadores más relevantes asociados con la pérdida auditiva en diferentes etapas.

**Indicadores asociados a sordera**

<b>En recién nacidos (0-28 días)</b>	<b>En niños de 29 días a 2 años</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Historia familiar de sordera neurosensorial infantil hereditaria.</li> <li>- Infección intrauterina (citomegalovirus, rubeola, sífilis, herpes y toxoplasmosis).</li> <li>- Anomalías craneofaciales, anomalías morfológicas del pabellón auricular y el conducto auditivo.</li> <li>- Peso al nacer inferior a 1500 gramos.</li> <li>- Aumento de la bilirrubina que exija transfusión sanguínea.</li> <li>- Medicaciones tóxicas para el oído.</li> <li>- Meningitis bacteriana.</li> <li>- Ventilación mecánica durante por lo menos 5 días.</li> <li>- Hallazgos asociados a una enfermedad que incluya sordera neurosensorial o de conducción.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Preocupación de los padres sobre el habla, audición, lenguaje o desarrollo.</li> <li>- Meningitis bacterianas.</li> <li>- Traumatismo craneoencefálico con pérdida de conocimiento.</li> <li>- Tóxicos óticos.</li> <li>- Otitis medias de repetición o persistente con derrame al menos tres meses.</li> </ul>
<p>Indicadores asociados a sordera neurosensorial tardía</p>	<p>Indicadores asociados a sordera de conducción</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Historia familiar de sordera neurosensorial infantil de presentación tardía.</li> <li>- Infección intrauterina como citomegalovirus, rubeola, sífilis, herpes y toxoplasmosis.</li> <li>- Enfermedades neurodegenerativas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Otitis media de repetición o persistente derrame.</li> <li>- Deformidades anatómicas.</li> <li>- Enfermedades neurodegenerativas.</li> </ul>

**Pautas para detectar sordera en los primeros cuatro años**

<b>De 0 a 3 meses</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ante un sonido no hay respuesta refleja como parpadeo, despertar, etc.</li> <li>• Emite sonidos monocordes.</li> </ul>
<b>De 3 a 6 meses</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se mantiene indiferente a los ruidos familiares.</li> <li>• Ausencia de orientación hacia la voz de sus padres.</li> <li>• Ausencia a la respuesta con emisiones de la voz humana.</li> <li>• Ausencia de emisión de sonidos para llamar la atención.</li> <li>• Debe intentar localizar ruidos</li> </ul>
<b>De 6 a 9 meses</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* No emite sílabas.</li> <li>• No atiende a su nombre.</li> <li>• No se orienta a sonidos familiares.</li> </ul>
<b>De 9 a 12 meses</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No reconoce cuando le nombran a sus padres.</li> <li>• No entiende una negación.</li> <li>• No responde a "dame" si no va acompañado del gesto con la mano.</li> </ul>
<b>De 12 a 18 meses</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No señala objetos y personas familiares cuando se le nombran.</li> <li>• No responde de forma distinta a sonidos diferentes.</li> <li>• No nombra algunos objetos familiares.</li> </ul>
<b>De 18 a 24 meses</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No presta atención a los cuentos.</li> <li>• No identifica las partes del cuerpo.</li> <li>• No construye frases de dos sílabas.</li> </ul>
<b>A los 3 años</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No se les entiende las palabras que dice.</li> <li>• No contesta a preguntas sencillas.</li> </ul>
<b>A los 4 años</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No sabe contar lo que pasa.</li> <li>• No es capaz de mantener una conversación sencilla.</li> </ul>

**2.3.2. Grado de pérdida auditiva.**

El grado de pérdida se refiere a la intensidad y la altura mínimas requeridas para que un sujeto capte el sonido y se mide a través de decibeles (dB) y en hertzios (Hz) respectivamente. "La intensidad del sonido depende de la frecuencia y número de vibraciones sonoras por segundo" (Bordegaray, 1996).

La clasificación que establece Sector Salud, a través del Instituto Nacional de la Comunicación Humana (INCH, 1994) es la siguiente:

- Pérdida leve o ligera – 20 a 40 dB.
- Pérdida moderada o media - 41 a 70 dB.
- Pérdida severa – 71 a 90 dB.
- Pérdida profunda – 91 dB en adelante.

### 2.3.3. Tipo de pérdida auditiva

El problema principal radica en que existen diferentes tipos de pérdida auditiva y causas que la provocan, por lo cual estas variaciones también tienen influencia en cuanto al tratamiento y a la respuesta que se obtenga de él. En la discusión de los tipos y causas de la pérdida auditiva, puede categorizarse en grupos de acuerdo a la edad y a causa de la pérdida auditiva y a la localización anatómica de la disfunción. Aquellas disfunciones presentadas en el nacimiento son referidas como pérdidas congénitas y aquellas que ocurren después del nacimiento son llamadas como pérdidas adquiridas.

La sordera no es similar o igual en todos los casos, por el contrario se deben considerar diferentes variables como las que se presentan en el siguiente cuadro:

<p style="text-align: center;"><b>Pérdida auditiva</b></p>	<p><b>Pérdida conductiva de la audición.</b> Es causada por la ruptura o bloqueo en el canal del oído o por un defecto en los huesos del oído medio que impide al sonido llegar al oído interno. Puede beneficiarse con los auxiliares auditivos porque amplifican el sonido.</p> <p><b>Pérdida auditiva sensorineural.</b> Esta es causada por un daño a las células vellosas del oído interno o del nervio auditivo, entre el oído interno y la corteza del cerebro. Los aparatos pueden no ser de ayuda.</p> <p><b>Pérdida auditiva mixta.</b> Es una combinación de las dos anteriores. En este caso la pérdida por problemas conductivos es usualmente tratable, pero la sensorineural no lo es.</p>
<p style="text-align: center;"><b>Causas de la pérdida auditiva</b></p>	<p><b>Sordera hereditaria.</b> Es una alteración contenida en el gen de un individuo y se transmite según las posibles combinaciones de los genes. Regularmente se produce por una malformación en el laberinto y acostumbra a ser bilateral.</p> <p><b>Sordera Adquirida prenatal.</b> Es producida por la acción de un factor infeccioso, tóxico o traumático sobre ambos oídos en la fecundación o durante el desarrollo prenatal.</p> <p><b>Sordera adquirida postnatal.</b> Es la producida por lesión infecciosa, tóxica o traumática bilateral sobre el órgano del oído después del nacimiento. En la sordera adquirida se observan los residuos de laberintitis infecciosa o tóxica que causó la enfermedad.</p>



<p><b>Edad a la que ocurrió la pérdida</b></p>	<p>- Si la pérdida se da después de los dos o tres años, estos niños ya habrán adquirido parte de la lengua oral que permite cierta competencia lingüística y que a su vez pueda ser un factor que influya en el desarrollo de sus habilidades en esa línea. - Si la pérdida se da antes de cualquier desarrollo en cuanto a sonidos y experiencias en la lengua oral, entonces el tipo de intervención se tendrá que hacer sobre una línea totalmente nueva.</p>
<p><b>Nivel educativo</b></p>	<p>- Recibir una atención educativa en edades tempranas, puede ser un determinante en su desempeño intelectual y académico, ya que podrá contar con estimulación sensorial, sus actividades expresivas y la interrelación con otros enriquecerá satisfactoriamente, con sus vínculos, sus pares y con el mundo en general, y a su vez contará con mayores recursos a nivel de habilidades cognitivas.</p>
<p><b>Características individuales</b></p>	<p>Al igual que pasa con oyentes, entre sordos existen diferencias en lo que se refiere a rasgos de personalidad, inteligencia, perfil genético, así como historia de vida, relaciones familiares y personales. El sordo puede desempeñarse así en diferentes círculos sociales, dependiendo de los recursos sociales, económicos y educativos.</p>
<p><b>El método o herramientas comunicativas a las que ha sido expuesto</b></p>	<p>Cuando se habla de métodos o herramientas comunicativas se hace referencia a la gama de opciones que son desarrolladas por los sordos, ya que van desde la lectura facial y oralización, hasta el uso de señas caseras, lecto-escritura y lenguas de señas, que también pueden estar combinadas entre sí.</p>
<p><b>Lazos o vínculos (si existen) entre el individuo y la Comunidad Sorda</b></p>	

**2.3.4. Recursos empleados en el tratamiento médico de la sordera.**

Los padres del niño o adolescente sordo adquieren una importancia singular, ya que la familia se debe convertir en el mayor y más eficaz estímulo psicológico y didáctico del niño con discapacidad auditiva a lo largo de su desarrollo. Padres y profesionales deben actuar conjuntamente, ya que el pronóstico depende en gran parte de la habilidad y el compromiso de cada uno de los implicados. Después de conocido el diagnóstico, los padres deberán poner especial atención en las alternativas que los especialistas presenten en relación a las características de la deficiencia auditiva que presente su hijo y decidir cuáles serán las opciones que consideren viables en su tratamiento.

El siguiente cuadro esquematiza algunos de los especialistas encargados de trabajar en sobre esta línea.

Médico Otorrino	Audioprotesista	Logopeda	Apoyo emocional	Asociaciones de padres
<p>Diagnóstico:</p> <p>Proveer de información en relación a las causas que propiciaron la sordera.</p> <p>Tipo de pérdida auditiva y su grado</p> <p>Orientación en relación a la adaptación de prótesis auditivas.</p> <p>Revisiones periódicas.</p>	<p>Selección y adaptación de prótesis auditivas</p> <p>Orientación en el manejo y mantenimiento de las prótesis.</p> <p>Revisiones periódicas.</p> <p>Orientación sobre las ayudas técnicas disponibles y utilidad en cada caso.</p>	<p>Tratamiento de alteraciones de la audición y el lenguaje.</p> <p>Valorar desarrollo comunicativo y del lenguaje</p> <p>Orientación sobre las estrategias comunicativas más adecuadas.</p> <p>Rehabilitación auditiva (Terapia de Lenguaje)</p> <p>Apoyo pedagógico y escolar.</p> <p>Evaluación psicopedagógica del niño.</p> <p>Orientación en cuanto a escolarización.</p>	<p>Orientación e información sobre la pérdida auditiva.</p> <p>Cambios en la dinámica familiar a raíz de la sordera.</p> <p>Tratamiento psicoterapéutico conforme a las características de la familia.</p>	<p>Prestan asistencia a la familia de otros niños con deficiencia auditiva.</p> <p>Orientación y apoyo.</p> <p>Intercambio de experiencias, dificultades y posibles soluciones desde la experiencia personal.</p>

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.

El inicio de la educación temprana debe coincidir con el diagnóstico tomando en cuenta la producción vocal espontánea del bebé y la consevación y estimulación de la misma. Los órganos que intervienen en la fonación deben empezar a moverse a voluntad del sujeto lo antes posible; el niño deberá ser estimulado de acuerdo a los restos auditivos que posea; la inteligencia debe empezar su desarrollo y maduración a través de la interacción entre padres e hijo a través de juegos y vivencias; es necesario a su vez, promover y potenciar la socialización para evitar el aislamiento al que tiende el niño sordo; y los padres y familia deberán adoptar las herramientas necesarias para promover en su hijo características comunicativas conforme a las necesidades y características que presente, buscando una persona experta que pueda enseñarles a comunicarse adecuadamente.

Otras alternativas médicas son el uso de:

<p><b>Auxiliares auditivos</b></p>	<p>Permiten potenciar y aprovechar los restos auditivos que se tienen. Cuando se confirma un daño auditivo irreversible deben implantarse audífonos para posibilitar la maduración de las vías auditivas y el desarrollo del niño.</p>
<p><b>Implantes cocleares</b></p>	<p>Es un traductor que transforma las señales acústicas en eléctricas que estimulan el nervio auditivo.</p>

Para que el niño acepte los auxiliares auditivos, los padres deben ser perseverantes y muy pacientes, de forma que la colocación diaria de la prótesis constituya un acto natural. La elección de la prótesis es muy importante, especialmente en niños menores de tres años y requiere un cierto tiempo hasta que el niño se familiarice con ella y encuentre útil y ventajoso su uso cotidiano. No deberán predominar criterios estéticos en relación a la funcionalidad de los auxiliares auditivos.

De todas formas, el niño no va a desarrollar espontáneamente el habla por ponerse una prótesis, sino que tiene que aprender a oír a través de la misma. Tiene que aprender a identificar los sonidos, saber lo que significan y responder adecuadamente. De todas maneras, sólo la posibilidad de percibir el sonido va a facilitar el proceso de aprendizaje del habla y de desarrollo del lenguaje

Las señales eléctricas se procesan a través de las distintas partes que constituyen el implante coclear:

<b>Externas</b>	<b>Internas</b>
<p><b>Micrófono:</b> Recoge los sonidos  <b>Procesador:</b> Selecciona y codifica los sonidos más útiles para la comprensión del lenguaje.  <b>Transmisor:</b> Envía los sonidos codificados al receptor.  <b>Receptor</b></p>	<p><b>Receptor-Estimulador:</b> se implanta en el hueso mastoideo, detrás del pabellón auricular.  <b>Electrodos:</b> se introducen en el interior del oído interno (cóclea) y estimulan las células nerviosas que aún funcionan. Estos estímulos pasan a través del nervio auditivo, que los reconoce como sonidos y se tiene la sensación de oír.</p>

Para ser candidato al Implante Coclear es necesario:

- Padecer sordera neurosensorial bilateral profunda o total.
- Cuando el paciente no se beneficia con una prótesis auditiva convencional.
- El paciente está convencido de que la mejoría que le aporte el Implante Coclear le beneficia personal y socialmente.

## Resultados obtenidos con implante coclear

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 periodo 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

Una persona sorda, hija de sordos, cuyo entorno no sea oralista y su lengua vehicular sea el Lenguaje de Signos, en principio no es el candidato más adecuado, ya que puede entrar en contradicción con su propia realidad dentro de la comunidad de sordos. Si los padres son oyentes y se encuentra inmersa en un mundo sonoro que desconoce el Lenguaje de los Signos, aunque ésta sea su forma de comunicarse, puede ser buena candidata, aunque necesitará más tiempo de rehabilitación.

## Limitaciones del implante coclear

- Tiempo: deben aprender a interpretar los sonidos que reciben.
- Deportes: se pueden practicar teniendo cuidado con los golpes. Para nadar hay que sacarse la parte exterior del Implante.
- Aeropuertos: hay que pasar por fuera de los controles al contener elementos metálicos y magnéticos. Durante el despegue y el aterrizaje deben desconectar el Procesador, ya que puede provocar interferencia o bien desprogramarse y afectar el funcionamiento del implante.
- Pruebas médicas: La Resonancia Magnética Nuclear puede dañarlo.

Los resultados que se van a obtener dependen de cada individuo en particular, pero es muy importante la colaboración del paciente, la familia, las instituciones educativas y los amigos, para desarrollar una buena rehabilitación, que es la fase más importante.

---

## Medidas preventivas

Mediante un seguimiento adecuado de los embarazos y una exploración neonatal completa, por lo menos en los grupos de riesgo, se puede detectar precozmente las anomalías que puedan haber en la audición del niño y tomar las medidas de rehabilitación y educativas adecuadas que minimicen las secuelas del déficit auditivo. Los tres primeros años de vida son críticos en el crecimiento y maduración del niño, cuando desarrolla sus capacidades de percepción, motricidad y lenguaje.

Cribado auditivo neonatal en grupos de riesgo. Después de los tres años, interrogar a la familia sobre la audición del niño, exploración subjetiva mediante la reacción al sonido y seguimiento de la adquisición del lenguaje verbal. Realizar una audiometría o prueba objetiva en el caso de sospecha.

## Estimulación precoz

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 4 – 5 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.

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.

### 2.3.5. Desarrollo de los sentidos

El sistema auditivo comienza a desarrollarse a partir del tercer mes de vida intrauterina y tres meses antes de que el bebé nazca, aunque dicho desarrollo no haya finalizado, la mamá percibe la respuesta de su hijo (movimientos, pataditas, etc.) ante estímulos sonoros. Dada la altísima incidencia que tiene la hipoacusia congénita, es necesario implementar en forma rutinaria, métodos de detección precoz desde el nacimiento y, a partir de ahí, decidir cuáles son los recursos más apropiados para que el bebé con déficit auditivo comience a percibir los sonidos y poder así facilitar el desarrollo del habla y del lenguaje.

El período más importante para el desarrollo del habla es el que comprende los dos primeros años de vida. Por eso, el pronóstico depende del momento en que se realice el diagnóstico, ya que si se detecta tempranamente una disminución o una pérdida auditiva, se puede comenzar con un tratamiento terapéutico preventivo eficaz. Por más leve que sea la afección auditiva, si no se trata precozmente le impondrá al niño desventajas en su futuro aprendizaje.

#### **2.4. Aspecto sociológico del niño y el adolescente sordo.**

El proceso mediante el cual nos adaptamos a las normas establecidas socialmente se denomina socialización. Podría definirse la socialización como un proceso mediante el cual la cultura es inculcada a los miembros de la sociedad, transmitiéndose así de generación en generación. Los individuos aprenden conocimientos específicos, desarrollan sus potencialidades y las habilidades necesarias para la participación adecuada en la vida social y su adaptación a las formas de comportamiento organizado característico de su sociedad. En este sentido, las relaciones sociales del niño, son probablemente una de las dimensiones más importantes del desarrollo infantil.

El niño es un ser dependiente socialmente desde el mismo momento de su nacimiento y durante los primeros años de sobrevivencia. Su conducta está modulada por la interrelación con los otros y su conocimiento sobre sí mismo es adquirido a través de la imagen que recibirá por medio de los demás.

En el proceso de socialización, el niño asume y acepta todas las normas sociales imperantes, intervienen no sólo personas significativas para el niño, como por ejemplo los padres o los hermanos, sino también instituciones como la escuela, la iglesia, etc. A todos estos entes que influyen de alguna manera en el proceso socializador del niño, se les denomina agentes de socialización.

Existen diversos agentes de socialización, que juegan un papel importante según las características concretas de la sociedad, de la etapa en la vida del sujeto y de su posición dentro de la estructura social.

En la medida en que la sociedad se va haciendo más compleja y diferenciada, el proceso de socialización también se hace más complejo y se ve en la necesidad a su vez de homogeneizar a los miembros de la sociedad, con el fin de que exista tanto la indispensable cohesión entre todos ellos, como la adaptación de los individuos a los diferentes grupos y contextos socioculturales en que tienen que desempeñarse asumiendo distintos roles o papeles tales como padre, empresario, profesor, etc.

La adolescencia, es el momento de la consolidación de la personalidad, pero éste aspecto de la organización psíquica no se logra sólo a partir de los procesos de duelos, también se da a través del continuo enriquecimiento de los logros permanentes.

El adolescente no es alguien que parezca tener una alta susceptibilidad a los eventos externos, por el contrario, es una persona que trata de mostrarse e imponerse permanentemente, sin olvidar que en secreto, sufre porque debe renunciar a la ilusión de la latencia "de que todo lo puede o todo lo es", para ir acercándose a una imagen más realista de sí.

Esta situación propia y corriente de todo adolescente la experimenta también el adolescente sordo. Pero muchas veces su sentir está teñido por el encadenamiento de otros duelos pasados, no solos vividos por él, sino también por el grupo familiar como ser la elaboración o no de su sordera. La rigidez o la mayor flexibilidad de las defensas que cada familia o cada integrante de una familia tiene, dependerá de su pasado y preanuncia la resolución o la facilitación para el pasaje de la endogamia a la exogamia, siendo justamente la salida de la familia lo propio y específico de esta etapa (Schorn, 2000)

Un cuestionamiento importante es cómo logra el adolescente sordo la conformación de una IDENTIDAD dentro de un contexto en donde la predominancia es oyente, empezando por la familia, con quienes no se comparte la misma condición física y las implicaciones que ésta conlleva. Esto provoca un conflicto, ya que no es posible la identificación de modelos que lo ayuden a aceptarse como sordo y tener una ubicación dentro de la familia, lo cual a su vez, repercute en su identificación psicosocial en una comunidad mayoritariamente.

La identidad es el reconocimiento de lo que uno es. Esta identidad es el producto de los sucesivos procesos identificatorios comenzados en la infancia, continuados en la latencia y solidificados en la adolescencia por lo cual se introyecta dentro de sí las características más o menos particulares de ciertas personas relevantes y se las asimila como propias (Schorn, 2000).

La identificación primaria que se tiene, es sin lugar a duda la que hace el niño con la madre. Freud decía es la forma más primitiva de lazo afectivo con un objeto. En un inicio este proceso de identificación primaria no se ve afectado de manera considerable en la vida del niño sordo, ya que no hay interferencia debido a que los vínculos son establecidos más allá de la comunicación verbal, a través del interjuego.

De manera regular, las madres de los niños sordos, al no tener un diagnóstico temprano de la sordera o al tenerlo, pero desconociendo las implicaciones que ella tiene, no tienen grados significativos de depresión, ni hay huellas definidas de heridas en su narcisismo, por lo tanto estas madres logran libidinizar apropiadamente al hijo, construyendo las raíces para una apropiada subjetificación.

Es recién a los cinco años, cuando el niño desplegará y hará uso de las identificaciones edípicas, identificaciones masculinas y femeninas con su padre y madre. Por esa época el niño sordo como todo niño pasará por un período de duda, por saber si sus padres son sus verdaderos padres o no. Seguramente en el niño sordo éstas inquietudes se acentúan aún más, pues observan que hay algo que lo diferencia a él de ellos, que es justamente su manera distinta de hablar.

Durante la adolescencia cuando estas vicisitudes toman su real peso. Todo adolescente necesita encontrarse con iguales. Sus padres ya no le sirven como lo fueron en la infancia y busca entonces desesperadamente formar parte de un grupo que los contengan para no sentirse tan solo. Se generan a partir de ahí nuevos procesos identificatorios en base a las identificaciones sociales que van sustituyendo las identificaciones parentales.

Es común por esa etapa, que los adolescentes sordos expresen sus temores sobre su aceptación dentro del ámbito escolar. Ellos saben que mientras avancen más en su educación, no van a encontrar generalmente jóvenes sordos como ellos. Dicen entonces frases tales como "Con quien voy a hablar", "no me van a entender", "se van a burlar de mí", o "Yo no voy a entender". Algunos expresan tanta angustia con estos planteamientos y puede parecer alarmante, hasta cierto punto, porque pareciera que existe una distorsión en cuanto a la apreciación y reconocimiento que hace de sus relaciones, ya que el contacto que hace con el exterior es en su mayoría con oyentes, ya sea con la familia, los profesores, vecinos y la gente que los rodea.

Esta visión se fortalece, porque el adolescente sordo, al igual que el oyente busca modelos de identificación, que le permitan bajo ciertas condiciones pasar desapercibido y en otras sobresalir a través de la aceptación de sus pares. El problema radica quizá en que incluso con pares oyentes, el sordo no se siente como igual, a pesar de experimentar vivencias y cambios similares, porque existe la sensación de estar en desventaja para competir con oyentes.

Se sabe que durante la adolescencia, existen diversos aspectos que tienen que ver con la imagen y la identidad y vivir la carencia de alguno de ellos se sobredimensiona, sumando además que es justamente la palabra y la escucha una de las más importantes armas de los jóvenes. Hablan por teléfono todo lo que pueden, quedan atrapados por fascinación de las letras de las canciones, hablan una jerga que hasta los adultos pocas veces entienden. Todos estos pequeños y grandes detalles cobran un valor incalculable en el sentir del adolescente sordo.

Los adolescentes sordos, reconocen que no tienen ni pueden hacer uso en forma espontánea de algo tan fundamental como es el simple arte de escuchar, valor aún máspreciado que el del hablar.

Frente a esta situación, es que se hace en extremo difícil para el joven sordo, tomar como modelo a otro que se sabe nunca será como él, ya que la sordera no forma parte de su experiencia, ni su condición. Es importante hacer énfasis que el adolescente sordo, es primero adolescente y después sordo. Al hacerlo, será más fácil entender que se encuentra en un medio cultural y social con el cual desea sentirse identificado como cualquier otra persona, a través de las cosas que el contexto parece valorar. Buscan pertenencia, reconocimiento y legitimidad.



Pertenencia es formar parte de un grupo, reconocimiento es estar dentro de un grupo y legitimidad es ser considerado uno más en el grupo. Estos tres valores son conseguidos por muy pocos jóvenes sordos, gracias al apoyo y aceptación apropiada de la realidad de la sordera desde la infancia por parte de los padres, ayudándoles a que se puedan identificar con lo que son. En este grupo obviamente estarían los hijos de padres sordos quienes tienen desde siempre modelos identificatorios apropiados. Otro grupo lo conformarían aquellos jóvenes bien oralizados, que para ser aceptados en determinados grupos y afirmar su identidad social, no solo adecuan su vestimenta, sus preferencias y su look, sino también buscan asemejarse lo más posible a un oyente, no queriendo reconocerse como sordos para ser considerados miembros auténticos de una cultura que los envuelve.

También hay un grupo de adolescentes que asumen conductas contrarias a lo anteriormente expuesto, son aquellos que se defienden enalteciendo "la causa del adolescente sordo", haciendo para ello rupturas con el mundo oyente. Los padres y los profesores no entienden en esos casos que les pasa a estos jóvenes aún excelentemente oralizados, que ahora reniegan de sus logros y casi no quieren más hablar oralmente, sino sólo en Lengua de Señas, quejándose exageradamente de que los profesores y compañeros no articulan ni hablan bien y por lo tanto no entienden nada, o bien, quejándose que ciertas instituciones los segregan.

Uno de los principales agentes de socialización en la vida de los individuos, en la historia de la humanidad, ha sido la familia. Realmente, el proceso de socialización se da a través de las instituciones que conforman a la sociedad, la familia en primer lugar, y después, la escuela y otras instancias como los medios de comunicación, los grupos de amigos, etc. Este proceso tiene como función primordial, aunque no la única, la de garantizar la reproducción de la ideología dominante, siendo Althusser el principal representante de la teoría de la reproducción.

La Tesis fundamental de Althusser (1967) es que la escuela lleva a cabo una función de inculcación de la ideología de la clase dominante de una forma encubierta, contribuyendo a la reproducción de la fuerza de trabajo, no sólo la reproducción de las destrezas, sino también, la reproducción de su sujeción a la ideología dominante.

En tal sentido, se justifica y reproduce a través de la escuela y el resto de las instituciones ideológicas la desigualdad de acceso, se ejerce una violencia simbólica que domina los estratos inferiores de la sociedad al imponérseles la cultura dominante.

Por tanto, las clases bajas deberán asumir el hecho de su escasa preparación, su imposibilidad de acceder a empleos y asistir a estudios superiores de una manera pasiva y sin manifestarse contra tal "igualdad". Al tratar de difundir la "ideología del don", considera las actitudes como innatas y, por consiguiente, los éxitos escolares y laborales, contribuyen a perpetuar las relaciones de clase.

La violencia simbólica da una explicación a la desigualdad en tales éxitos y fracasos en las instituciones educacionales. Esta violencia simbólica, impuesta por la clase que tiene el poder y que impone su cultura, será ejercida a través de la acción pedagógica, que para tener éxito asume una autoridad, en virtud de la cual, automáticamente cualquier agente puede transmitir, imponer y controlar la inculcación de dicha cultura. La acción pedagógica implica un trabajo pedagógico lo suficientemente duradero como para lograr huellas en sus destinatarios, con lo cual se logra un "hábitus".

El hombre se somete desde su nacimiento a una educación que, desde sus comienzos, cultiva sólo algunos de sus atributos, concretamente aquéllos de los cuales la sociedad espera extraer una utilidad posterior.

El individuo aprende lo que el sistema requiere y, de esta manera, es inducido a organizar lo que Gouldner denomina su sí mismo y su personalidad, de acuerdo con las normas operativas de la utilidad.

De esta manera, la realización del papel o rol ha de ser aprendida y sentida como correcta, eficaz, recompensadora, para la satisfacción individual y para la solidaridad con el grupo al que se pertenece. Los sentimientos se llegan a desarrollar de manera natural: La estructura social refuerza el aprendizaje de los roles mediante un sistema de premios y castigos.

A partir del proceso de socialización, entendido como interiorización de normas y valores, se ha ido modelando en el niño, que será el futuro adulto, una identidad constituida por roles adjudicados correspondientes a valores socialmente legitimados, misma que va a marcar, con su estructura rígida, el desarrollo mental y social del niño, configurando potencialmente un adulto de pensar ingenuo, un hombre que se siente adherido a un espacio garantizado, y que, por lo tanto, sus acciones lo llevan a ajustarse y adaptarse a ese espacio a lo largo de su vida.

Esta socialización ha venido configurando un yo debilitado que cambia pero no crece. En consecuencia, los valores y los sentimientos constituyen una "selección prefabricada", es decir, emociones prefabricadas e imitadas han venido funcionando como sentimientos y normas de orientación. Se dan así, en la vida social, una serie de acontecimientos a los que los individuos se acomodan con una conciencia adaptada para observar y entender esos sucesos como reales y, aún más, como gratificantes.

#### **2.4.1. Percepción del entorno en relación al sordo: Marginalidad de la sociedad hacia la persona sorda.**

Años atrás y al igual que otras organizaciones no gubernamentales internacionales (ONGI), la Organización Mundial de Personas Discapacitadas (OMPD) no adoptó una definición de discapacidad. Esto se debió a numerosas circunstancias, siendo las siguientes algunas de ellas:

- Muchas definiciones distintas empleadas en la legislación de distintos países.
- La mayor parte de las definiciones en uso eran definiciones médicas
- Dificultades con la traducción de distintas definiciones
- Aceptación en algunos países de términos que se rechazaban en otros
- La Clasificación Internacional de Impedimento, Discapacidad y Handicap

Por estos motivos las ONG internacionales, incluyendo la OMPD, dudaban sobre cuál era el mejor curso a seguir. Más aun, muchas de las ONG dejaron a criterio de las Organizaciones Nacionales que las integraban la forma en que abordarían la definición empleada. Los estudios realizados en algunos países indican que puede existir una cantidad indefinida de definiciones en las diferentes legislaciones, en particular con referencia a Pagos por Asistencia Social a comparación con las definiciones empleadas para educación, capacitación o empleo.

La OMS hace una distinción entre tres conceptos para hacer una unificación internacional entre Discapacidad, Deficiencia y Minusvalía.

De acuerdo con Espina y Ortego (2003) es necesario contemplar el problema de la discapacidad como una interacción multidireccional entre la persona y el contexto socioambiental en el que se desarrolla, es decir, entre las funciones y las estructuras alteradas del cuerpo, las actividades que puede realizar como persona, su participación real en las mismas, y las interacciones con los factores externos medioambientales que pueden actuar como barreras o bien ayudas.

Regularmente cuando se habla de discapacidad inmediatamente pensamos en la disyuntiva que existe entre dos posturas, “la visión médica” versus “la visión social”. En la primera se hace énfasis en la búsqueda de una “cura” que posibilite que la pérdida de la o las funciones sean restauradas a través de diversas estrategias, regularmente buscando que el individuo en cuestión ponga en acción diversos mecanismos para integrarse.

Espina y Ortego (2003) plantean que esto ha contribuido al reforzamiento de los elementos que permiten la visión estigmatizada porque estos tienden a extender dicha visión que los etiqueta en diferentes aspectos de la vida de la persona con discapacidad.

En la visión social, efectivamente se pone de manifiesto el papel tan importante que el entorno tiene en la vida de cualquier ser humano, pero en el caso de la discapacidad, matiza la situación a través de la falta de integración social y centra su atención en la integración del individuo dentro de su núcleo social. Gartner y Joe (1987) enfatizan que las limitaciones que tiene la persona con discapacidad son aquellas con las que se enfrentan en el ámbito laboral, educativo y a nivel de servicios en general y estos no tienen nada que ver con las condiciones físicas.

Montanini (1993) realiza un análisis en el cual la *sordera* la define conforme a dos parámetros: uno médico y otro social. Esta distinción consiste en la definición entre *deficiencia* y *discapacidad*. La primera refiriéndose al aspecto físico en ausencia de la audición, pudiendo quedar reducida con los apoyos tecnológicos más sofisticados. El término *discapacidad*, se refiere a los roles sociales y a los lugares de los cuales el individuo es excluido por su deficiencia, es el producto de una organización social.

La adopción de alguno de estos parámetros tendrá una influencia importante en relación a los métodos rehabilitatorios a los cuales se recurra. La opción educativa para los niños sordos puede representar un polo opuesto a los parámetros médicos o sociales en relación a la definición de la sordera. De hecho se pueden encontrar programas que centren su atención en el aprendizaje de lenguaje oral, en el aspecto lingüístico, o bien otros, que enfaticen las múltiples posibilidades comunicativas y relacionales que pueden ser activadas con o para individuos sordos.

El problema no se reduce sólo a la disputa existente entre las diferentes posiciones metodológicas. La alternativa de tener un programa educativo para los padres influye de manera importante en las primeras relaciones del niño sordo.

En el caso de una niña nacida en un pequeño pueblecito del campo, es probable que sea educada dentro de las normas que son las que le demanden en ese mundo que la rodea. Su familia, la escuela, etc., ejercerán un papel importante para que esa niña probablemente sea feliz sin ir a la universidad, teniendo hijos, atendiendo a su esposo, etc. Sin embargo, la misma niña nacida en una gran ciudad, con unos padres habituados a otro tipo de cultura, es probable que estudie, vaya a la universidad y sus aspiraciones profesionales y personales sean otras muy diferentes.

Así, se asumirán diferentes papeles o roles en función de que nuestro entorno nos informe de alguna manera, de si dicho comportamiento es o no correcto. De la misma forma, los sentimientos, se llegan a desarrollar de manera natural, encargándose muy bien la estructura social de reforzar el aprendizaje de los roles, mediante el sistema de premios y castigos.

Por tanto, a partir del proceso de socialización, entendido como interiorización de normas y valores, se ha ido estructurando la personalidad del niño, su manera de pensar, sus conductas, su identidad y, en resumidas cuentas, su desarrollo mental y social, configurando finalmente un adulto perfectamente adaptado a su grupo social.

Pero en el proceso de socialización del niño, participan además de la familia, otros agentes socializadores, entre los cuales juegan un importante papel los medios de comunicación de masas, y en concreto la televisión. Es un hecho hoy día fuera de discusión, que los medios de comunicación han alcanzado una difusión sin precedentes.

Algunas estadísticas han presentado datos con los cuales se demuestra que los niños están más tiempo frente al televisor que con el profesor, los amigos o los padres. Tal situación tiene evidentemente un claro efecto socializador, haciéndonos pensar que una buena parte de su construcción social de la realidad, está determinada por los medios de comunicación masiva, los cuales ofrecen al niño una imagen del mundo, que resultará de capital importancia para su posterior conducta social.

El efecto de la televisión sobre la educación en general y sobre los niños en particular, han sido un tema de preocupación y estudio para investigadores, psicólogos y educadores. Probablemente por ello, algunos autores consideraron la aparición de la televisión como un atentado contra la inocencia del niño.

En este sentido, el argentino Victor Iturralde, en el año 1974, manifestaba que la televisión y algunos otros medios, constituían un formidable frente organizado contra la inocencia del niño, afectando a su vez, su creatividad, imaginación, trabajo manual, interés por la cultura y el arte entre otros aspectos.

Ciertamente hay que reconocer que la televisión, ha provocado importantes cambios en la vida diaria no sólo de los niños sino de todas las personas, sin embargo, estos cambios no han sido todos negativos ni mucho menos. Por el contrario, con la televisión se ha conseguido uno de los mejores medios de comunicación e información de que disponemos en la actualidad.

Las diferencias en cuanto a los modos de socialización familiar de acuerdo a la clase social y las consecuencias que de ello se derivan, son particularmente importantes en los planteamientos del reconocido sociólogo Basil Bernstein (1969). Según este autor, en la clase baja predomina generalmente la llamada familia de tipo posicional, donde la toma de decisiones dependerá de la posición que tengan los miembros en el interior de la estructura familiar, por tanto, el status dentro de la familia será determinante en el proceso de toma de decisiones y los mecanismos de control utilizados limitarán el desarrollo personal y la autonomía. En la clase media y alta sin embargo, predomina la llamada familia de tipo personal, en la cual la toma de decisiones es de carácter colectivo, permitiéndose la libre expresión de todos sus miembros y teniendo en consideración los motivos personales e individuales de cada uno.

La adquisición del desarrollo moral en el niño, ha sido un tema ampliamente discutido por psicólogos, filósofos y sociólogos entre otros. Desde un punto de vista psicológico se consideran fundamentalmente dos concepciones distintas: Una considera el desarrollo moral como una elaboración de juicios universales sobre lo bueno y lo malo. Esta posición ha sido especialmente defendida por autores como Piaget (1932) o Kohlberg (1976). Según esta concepción, el niño va a adquirir una serie de juicios, valores u opiniones a lo largo de su proceso evolutivo, que van a ser universales, es decir, el niño sabrá que una conducta es buena, no porque aprenda que dicha conducta es correcta en un entorno determinado, y por tanto buena, sino porque es objetiva y universalmente buena.

La otra concepción sin embargo, considera el desarrollo moral como un proceso de interiorización de normas y prohibiciones socialmente sancionadas. Esta posición ha sido defendida por neoconductistas como Sears, Maccobi, Levin (1985), teóricos del aprendizaje social como Bandura (1977), y también por algunos psicoanalistas.

Básicamente, esta posición mantiene que el niño va aprendiendo y asumiendo conductas en función de que estas sean castigadas o recompensadas. El niño aprenderá que ciertas cosas están mal porque serán castigadas de algún modo y aprenderá que otras están bien o son correctas porque cuando las haga será recompensado por ello.

Como dice Alvaro Marchesi, la moralidad es principalmente un asunto de respuestas específicas a situaciones particulares. Para los teóricos del aprendizaje social, la conducta moral es adquirida normalmente en función de las condiciones particulares que el niño encuentre en cada uno de los ambientes en los que se mueve. Por ejemplo, un niño puede aprender cumplir unas normas en casa pero no en el colegio y viceversa, a respetar unas prohibiciones pero no otras, o incluso a cumplir unas normas delante de unas personas y a infringirlas delante de otras (Conde, 2000). Esto nos indica que el aprendizaje de valores, creencias y normas tiene una serie de factores sociales diversos.

## **2.5. Aspecto psicológico.**

Ningún ser humano puede determinar con certeza cuáles serán los eventos críticos o las experiencias que se tendrán en el transcurso de la infancia, de tal manera que pueda pensarse en decisiones que involucren el futuro. Realmente las experiencias se construyen con base a los elementos que las rodean y a las circunstancias que las provocan y con ello cada persona se crea un marco de referencia de quién es, estableciendo en el transcurso de su desarrollo su autoconcepto.

Las características personales y los eventos en los que cada persona se ve envuelta, reflejan el pasado de su vida, las propias percepciones, así como las decisiones que se tomaron. Muchas de estas reflexiones envuelven el desarrollo de un niño sordo en una familia de oyentes, dentro de una escuela de oyentes sin entender realmente qué significa ser sordo (Sheridan, 2002).

El repertorio de experiencias, percepciones, relaciones y las realidades individuales y sociales contribuyen a una percepción personal y única de sí mismo. Son el proceso simbólico interactivo de lenguaje y la forma en que se interpreta las interacciones comunicativas que proveen de información sobre la autopercepción y la percepción de los demás.

Los sociolingüistas hablan de la autopercepción o percepción social y de los significados que se dan a las situaciones de cambio porque las experiencias e interacciones – ya sean biológicas, cognitivas o de índole social-constantemente cambian.

De hecho, las imágenes que se tienen de sí mismos como adultos pueden modificarse o ser distintas de aquellas que se tenían siendo niños. La interacción simbólica es una teoría sociológica que explica como las percepciones de sí mismo se originan de la forma en que se interpretan nuestras interacciones con otros (Sheridan, 2002).

El autoconcepto es una reflexión de cómo uno mismo interpreta su propia percepción y creencias, de este modo, estas creencias se continúan desarrollando en respuesta a diversas interacciones. Se desarrolla un sentido del significado en la vida con nosotros desde las interacciones con nosotros mismos, con la sociedad y el ambiente.

Una variedad de aspectos son los que influyen en el desarrollo psicológico del niño y adolescente sordo, uno de ellos es el ambiente en el que se encuentra y las condiciones en las que se presenta. En el caso del ámbito escolar por ejemplo, se presentan condiciones de abuso y maltrato, a pesar de que no se aborda demasiado el tema. Si el niño o adolescente no está provisto de herramientas emocionales suficientes, estas situaciones pueden ser significativamente negativas para su desempeño en la adultez.

En lo que se refiere al aspecto educativo y social, regularmente cuando se es estudiante se sabe que algunos alumnos oyentes y sordos son objeto de abuso o violencia. En la actualidad el fenómeno de estudiantes maltratados y de aquellos que se presentan como abusadores por escuela, ha ido en aumento y las familias se encuentran consternadas por estas situaciones. Estos abusos no son denunciados en su generalidad por temor, venganza y en el peor de los casos por aceptación.

Este tema está compuesto por diversos factores entre los cuales en primera instancia está no reportar incidentes de abuso a los profesores, orientadores o familiares, eligiendo por el contrario ocultar el maltrato en silencio y con vergüenza. Si en estos casos se observa a los niños o adolescentes sordos, se puede asegurar que el número aumenta por las condiciones de vulnerabilidad que les da permanecer resagados en la información por la falta de inclusión a través de un canal comunicativo real con los otros. En contraposición se tienen una serie de mitos e ideas preconcebidas de la sordera, que alimentan la posibilidad de ser víctima de situaciones de abuso en la familia, en la escuela y en la sociedad.

Existen indicadores importantes de las consecuencias que el abuso y maltrato han tenido en eventos tan dramáticos como el de la secundaria en Columbine hace cinco años. En Estados Unidos William McCrone (2004), profesor de consejería en Gallaudet ha desarrollado investigaciones concernientes al desarrollo de un programa que paso a paso detecte el tipo de mensajes que dentro de su cultura promueven la admiración, aceptación y respeto hacia este tipo de violencia y a aquellos que hacen uso de ella. Programas como este están orientados a promover en el joven, el manejo y confrontación de actos de inexplicable crueldad como el terrorismo.

La cultura de los mexicanos, no permanece ajena ante dichos eventos, siendo el país vecino y el que ha estado mayormente expuesto a este tipo de eventos. Además de los altos índices de corrupción que han impactado fuertemente en los medios de comunicación, el entorno social y cultural de México. Actos como la corrupción, el robo, el secuestro, el narcotráfico y la piratería hacen que se quebrante y se pongan en tela de juicio los valores que se intentan promover en sectores tan importantes como la infancia y la juventud.

Las investigaciones concernientes al estudio de los niños sordos han estado dirigidas hacia los efectos que tienen las variables existentes dentro de su ambiente y los procesos en su desarrollo social y emocional.

La aceptación de la pérdida auditiva es un factor importante que contribuye a la salud mental de las personas sordas. La pertenencia a un grupo de coetáneos tiene una función estabilizadora en la personalidad y favorece el proceso de identificación (Montanini, 1993).

### **2.5.1. Desarrollo cognitivo en niños y adolescentes.**

Los primeros años del desarrollo infantil se caracterizan por la progresiva adquisición de funciones como el control postural, la autonomía de desplazamiento, la comunicación, el lenguaje verbal y la interacción social. En la primera infancia, el sistema nervioso se encuentra en una etapa de maduración y de importante plasticidad, por lo que es más vulnerable a las condiciones adversas del entorno y a la vez posee mayor capacidad de recuperación y reorganización orgánica y funcional, de menor crecimiento pero igualmente importante en los años posteriores.

La evolución de los niños con alteraciones en su desarrollo dependerá en gran medida de la fecha de la detección y del momento de inicio de la Atención Temprana; cuanto menor sea el tiempo de privación de los estímulos mejor aprovechamiento habrá de la plasticidad cerebral y potencialmente menor será el retraso. Aquí, cobra mayor importancia la implicación familiar para favorecer la interacción afectiva y emocional así como para la eficacia de los tratamientos.

El niño sordo en su desarrollo cognitivo pasa por las mismas etapas que el niño oyente, aunque se puede observar algún retraso en la adquisición de algunas nociones.

Piaget pensaba que el adolescente construye sus propias formas de pensar basándose en su propio nivel de maduración y en sus experiencias reales. Actualmente se sabe que el desarrollo constituye una interacción entre las posibilidades que ofrece el entorno y las potencialidades que posee el individuo.

El individuo proviene de un período que se apoya en objetos concretos. A partir de los 12 años podemos afirmar que se reemplazan los objetos por ideas o conceptos. El *pensamiento formal es reversible, interno*. El adolescente es capaz de concebir hipótesis (pensar en abstracto), preparar experiencias mentales para comprobarlas, formular definiciones, elaborar conceptos y resolver problemas. El sujeto no es consciente del proceso.



Según lo anterior, el adolescente puede aplicar un razonamiento deductivo indicando las consecuencias de determinadas acciones realizadas sobre la realidad. El uso del pensamiento hipotético-deductivo constituye el núcleo del pensamiento científico dado que no sólo pueden formular hipótesis que expliquen los hechos sino también son capaces de comprobar el valor de cada una de las hipótesis que han trazado.

El pensamiento abstracto tiene un carácter proposicional ("si... entonces") que consiste en utilizar proposiciones verbales como medio ideal en el que expresar las hipótesis y razonamientos, así como los resultados que se obtienen. Para pensar o razonar sobre hechos posibles, el trabajo intelectual no se hace sólo con objetos reales, sino con representaciones de los mismos. El medio de estas representaciones es el lenguaje que desempeña una labor capital en el desarrollo de este pensamiento.

El pensamiento abstracto se basa en esquemas formales y es a través de ellos que el adolescente representa su conocimiento como resultado de la interacción de la nueva información con la propia experiencia. El *esquema* es entendido como un proceso interno, no necesariamente consciente y que descansa sobre la información ya almacenada en la mente. Es una unidad básica a través de la cual es representado el conocimiento. Los esquemas permiten la predicción y así capacitan al individuo para anticiparse a aquellos aspectos del ambiente que le son significativos, acomodándose a las demandas del medio a la vez que integra información nueva.

El desarrollo del pensamiento formal en la adolescencia se produce de una forma significativamente diferente al desarrollo físico. Mientras que éste se produce de una forma progresiva, relativamente rápida (tres o cuatro años) y en una secuencia semejante en la mayoría de los individuos, el desarrollo intelectual tiene lugar con más lentitud (siete u ocho años), en una progresión irregular y con notables diferencias entre unos y otros. De forma concreta, el adolescente, en el desarrollo intelectual y de forma progresiva, adquiere la capacidad de:

1. Valorar distintas posibles soluciones a un problema.
2. Prever las consecuencias de actuaciones presentes.
3. Adquirir capacidad crítica al ser capaz de relacionar realidades concretas con reglas generales o abstractas.
4. Y podrá reflexionar sobre diferentes realidades posibles.

La problemática que estigmatiza y crea mitos sobre la concepción de la persona con discapacidad auditiva, es el planteamiento de enfoques rígidos a partir de la óptica de la persona sin discapacidad y las mismas asociaciones de "sordos", suponiendo que los sujetos con sordera constituyen un grupo poblacional relativamente homogéneo, sin tener en cuenta las diferencias individuales del tipo de pérdida auditiva, edad de aparición de la misma, época de ingreso a la educación, modalidad de la misma, medio social y económico del que proviene, características cognitivas, ocupacionales, comunicativas, emocionales y sociales, entre otras variables.

Pensar que el individuo con sordera no se diferencia de cualquier otro, salvo por el hecho de que no oye bien, significa simplificar al máximo el problema. Pero considerarlo como un ser ajeno a nuestro mundo, menos inteligente que los llamados "normo - oyentes", con un nivel cognitivo inferior de entrada, propicia una percepción distorsionada que los ubica en una posición desventajosa.

La sordera en sí no es la causa de la discriminación, tampoco su capacidad intelectual o su potencial lingüístico, de hecho, son los prejuicios, la ignorancia e incompetencia de los padres, familia, medio social y educativo los que generan consecuencias en su evolución cognoscitiva, afectiva, social y comunicativa.

### **2.5.2. El desarrollo socio-afectivo en niños y adolescentes.**

Hay que considerar también las implicaciones sociales y afectivas producidas por la falta de comunicación que lleva aparejada la deficiencia, puesto que las situaciones de aislamiento y las dificultades a las que el sordo se enfrenta en su desarrollo lingüístico y cognitivo repercuten negativamente en el proceso de integración, de relación social y en el desarrollo afectivo de la persona. De esta forma, la interacción social de la persona sorda se va a ver afectada, influyendo también esto en el ámbito escolar, en cuanto que ésta es un elemento constituyente del proceso de enseñanza - aprendizaje, ya que el mismo se realiza a partir de la acción conjunta de varias personas.

En un estudio realizado por Gregory y col. (1995), en el cual fueron entrevistados algunos jóvenes sordos sobre las personas con las cuales establecían mayor comunicación dentro de la familia, se detectó que un 38 % de los casos reportaron que la comunicación era similar con todos los miembros de la familia, un 25% planteó que la mayor comunicación la tenían con la madre, un 20% con algún hermano. El padre fue citado sólo en un 5% de la muestra y un 7% dijo que no tenían nadie en la familia con quien pudieran comunicarse.

La impresión general según estos datos es que la comunicación con el padre es en muchos casos difícil. Meadow-Orlans (1990) reportaron que la comunicación satisfactoria del padre declina durante la adolescencia. Esta inestabilidad en la comunicación propicia situaciones de estrés dentro de la familia y en ocasiones la comunicación se establece a través de la madre. Luteran (1987) enfatiza que este fenómeno se da porque la madre resulta ser mejor en la comunicación, y puede que ella frecuentemente asuma el rol de intérprete, lo cual tiene consecuencias para la dinámica familiar.

Habitualmente se afirma que el niño sordo tiene una mayor tendencia a ser socialmente inmaduro, retraído, deficiente en adaptabilidad social, rígido en sus interacciones, impulsivo y una serie de características que parecen conformar un tipo de personalidad propia de la persona con deficiencia auditiva. La idea generalizada es que los niños sordos establecen relaciones sociales difusas, poco estructuradas, inflexibles y menos hábilmente orientadas, aunque estos niños tienen un interés social comparable a los oyentes, pero con una falta de habilidades específicas para iniciar y mantener el contacto.

Sin embargo, podemos afirmar que todos estos datos dependen fundamentalmente de la competencia comunicativa en el medio familiar y escolar, así como de los códigos que puedan ser empleados en ambos. Hay que tener en cuenta que los intercambios sociales y la relación de unos con otros se basan en una alta proporción en intercambios lingüísticos, a los que los niños con déficit auditivo difícilmente acceden en sus primeros años de vida.

Además, a esto se unen otros factores como son la dinámica de sobreprotección de las familias, la escolarización o no en contextos de integración, la adquisición temprana de un lenguaje para la comunicación, incluyendo la lengua de signos, las experiencias en contextos vertebrados básicamente por el lenguaje oral o las estrategias educativas empleadas por los padres en relación con la impulsividad - autocontrol y la dependencia - independencia.

En el último período de la adolescencia entre los 20 y 25 años, existe otro factor que puede afectar la relación con los padres y es la dependencia. Durante este período se establece en la mayoría de la gente la independencia de las familias, buscando económica y emocionalmente recursos para poder desprenderse de las familias de origen y crear sus propios hogares. En el caso de los jóvenes sordos no sucede lo mismo, ya que son más dependientes de sus padres de lo que sus coetáneos lo son.

Factores como el lenguaje y el acceso a la comunicación son relevantes, ya que los padres podrán apoyar o facilitarlos a través de la relación que establezcan con sus compañeros. Además tendrán una participación más activa en la búsqueda de oportunidades laborales para sus hijos, explicándoles los aspectos financieros, ventajas y desventajas o información que no esté disponible o accesible (Gregory, 1995).

Todo esto es necesario porque el mundo oyente no está adaptado a los requerimientos que tienen los sordos. Los jóvenes sordos tienen menor acceso a la información a la que ellos necesitan para poder hacer consideraciones sobre los riesgos que existen al tomar decisiones.

Las dificultades de interacción comunicativa y de incorporación de normas sociales van a generar una serie de necesidades educativas en el alumno sordo, como son la necesidad de una mayor información referida a normas y valores sociales, de asegurar su identidad y autoestima y de adquirir y compartir un código de comunicación como la Lengua de Señas, soporte imprescindible que le permitirá estructurar su pensamiento, regular su comportamiento e interactuar con su medio.

Finalmente habría que remarcar, que las dificultades que se han visto en diferentes áreas del desarrollo no se dan aisladamente, sino que influyen unas en otras. De esta manera, se puede afirmar que las deficiencias experienciales y sociales vividas por los sordos ocupan un papel primordial en su desarrollo intelectual y están en el origen de gran parte de sus limitaciones. A su vez, en el centro de esas mismas deficiencias experienciales están el lenguaje, la comunicación y, finalmente, las dificultades en el área cognitiva van a limitar un desarrollo comunicativo y lingüístico óptimo.

### 2.5.3. Desarrollo emocional en niños y adolescentes.

La autoestima, el desarrollo afectivo y la expresión de los sentimientos como la alegría, el coraje y la tristeza son aspectos que conforman el desarrollo emocional de todo ser humano, el cual a su vez, influye directamente en la evolución intelectual. Un desarrollo emocional poco satisfactorio puede tener incidencias en aspectos del desarrollo intelectual como: limitaciones en la memoria, dificultades en la percepción y en la atención, y disminución de las asociaciones mentales satisfactorias.

La opinión de los profesionales llega a afirmar que una atrofia emocional en la infancia puede repercutir en una limitación de la capacidad de abstracción del niño y un desarrollo correcto de las capacidades emocionales produce un aumento de la motivación, de la curiosidad y el aprendizaje, así como la agudeza y profundidad de la percepción e intuición (Moreno, 2002).

El correcto desarrollo emocional supone ser consciente de los propios sentimientos, estar en contacto con ellos y ser capaz de proyectarlos en los demás. Ser capaz de involucrarse con otras personas de forma positiva.

El desarrollo emocional permite enriquecer una capacidad de empatía hacia los demás, de simpatía, identificación y de tener vínculos e intercambios de sentimientos satisfactorios. La conciencia de los propios sentimientos, su expresión correcta mediante la verbalización de los mismos ayuda a tener una clara individualidad, mejor aceptación propia, seguridad y una autoestima sana.

Es bien sabido que la visión y la audición juegan papeles importantes en el desarrollo de las primeras relaciones interpersonales que el ser humano establece. La deficiencia en alguno de estos canales sensoriales tiene como consecuencia experiencias de diferente índole que las que el común de la población tiene. Particularmente en el niño o adolescente sordo, la ausencia de la audición queda fuera de su campo visual, con una experiencia inexistente provocando soledad y aislamiento.

Los bebés oyentes recién nacidos, no tienen la capacidad de moverse autonomamente por lo que tienen restringido el campo visual, pero adicionalmente pueden recibir el input auditivo. Su temprana vocalización está asociada con el doble placer en la producción y la percepción de la resonancia. La voz de la madre es reconocida rápidamente y los sonidos familiares obtienen mayor significado paulatinamente. La visión y la audición están interconectadas y estimulan el desarrollo de la comunicación.

Por otro lado, los bebés sordos recién nacidos están totalmente privados de la presencia de la madre cada vez que ella sale de su campo visual. La comunicación puede depender solamente de sensaciones táctiles, el contacto directo y el input visual.

Estos bebés son incapaces de prever a través de la vía auditiva si hay un sonido de pasos acercándose o la voz llamándole desde la otra habitación. No pueden depender de sus propias voces en busca de atención cuando están asustados, así como no pueden evaluar el poder que posee el medio externo, por lo que pueden desarrollar sentimientos de inseguridad y aislamiento. El proceso de acercamiento-separación en los niños sordos puede desembocar en una separación emocional inmadura (Marschark, 1993).

Ajuriaguerra y Abensur (1972) afirman que el desarrollo de la relación con las madres puede causar en los niños sordos la sensación de "sumirse en un mundo de silencio", si la deficiencia auditiva no es compensada a través de la estimulación visual y táctil. Por otro lado, dar una posición centralizada a través de la visión, puede provocar que los niños sordos permanezcan dependientes de la presencia física de sus madres, mucho más tiempo que en el caso de los niños oyentes. Esto puede tener serias consecuencias en el retraso de la conducta autónoma e independiente.

Los efectos que tiene la sordera pueden afectar el desarrollo de sus primeras relaciones interpersonales, aunado a esto, tales efectos pueden acentuarse con las ideas preconcebidas que los adultos, padres y familiares pudieran tener de la sordera en sí misma. Si se toma en consideración la falta de recursos comunicativos adecuados con las personas sordas, ya sea que no se provean a tiempo o bien, que sean deficientes y el entorno nulifique la importancia de la integración, se tiene como resultado la fragmentación de la información y junto con ella, personas desprovistas de capacidades emocionales.

Los niños deben expresar y experimentar sus sentimientos de forma completa y consciente, o se exponen a ser vulnerables a la presión de sus coetáneos y aceptar sus influencias negativas (Moreno, 2002).

Es entonces, indispensable proveer de estrategias y recursos al niño y adolescente sordo, ya que harán que se exprese y pueda interactuar de forma más saludable y sin alimentar una vulnerabilidad exacerbada en relación al entorno que lo rodea.

El ser humano se mueve a través de su ciclo vital entre dos importantes aspectos: el desarrollo evolutivo orgánico-funcional y psicológico; así como su relación con el medio ambiente natural y social. Vive en un equilibrio dinámico consigo mismo y con su ambiente. La vida es un proceso de aspiración orientado a la búsqueda de un equilibrio estable, que cuando se rompe el equilibrio, motiva a encontrar los requerimientos necesarios para la conservación y desarrollo.

La tarea del hombre consiste en lograr el equilibrio ante los desajustes a los que se enfrenta. Las necesidades humanas propician un estado de alerta y actividad, que se manifiestan a través de la expresión de dichas necesidades. Las conductas sociales y las experiencias son propias de cada sujeto, de allí la dificultad de poder descifrar realmente el verdadero desequilibrio, ya que dependiendo de cada persona, es posible considerar conductas encubiertas.

Maslow (1943) dividió las necesidades humanas en cinco niveles: fisiológicas, de seguridad (ausencia de), sociales, de estimación, y de autorrealización. El autor estimaba en los inicios de sus estudios, que la persona progresaba en la jerarquía al intentar cubrir sus necesidades básicas. En otras palabras, normalmente las necesidades fisiológicas tendrían la mayor prioridad, por consiguiente, si éstas no se han satisfecho o cubierto las personas pueden estar impedidas o no tener interés por trabajar en las necesidades de un nivel superior. Por ejemplo si una persona no ha satisfecho su necesidad de sueño o de alimentación, no podrá dedicarse a estudiar o a compartir socialmente con los demás.

Principalmente su teoría se basa en que el ser humano posee un potencial innato de autorrealización, encontrando además una explicación de cómo las personas se adaptan a determinadas situaciones. Cabe pensar que ninguna necesidad se expresa separadamente; no existen necesidades puramente psicológicas o fisiológicas, si una falla, se altera todo el sistema.

Maslow sostiene que las inadaptaciones y neúrosis están dominadas por las necesidades básicas no satisfechas en el pasado, lo que puede significar que la persona sana es aquella que, una vez satisfechas sus necesidades básicas, puede motivarse para desarrollar y actualizar sus máximas potencialidades.

Según lo anterior, es importante comprender e identificar las necesidades desde que el niño nace, y de este modo, procurar que en los primeros años de vida sean sus padres o cuidadores los encargados de satisfacerlas en forma adecuada y oportuna, para posteriormente enseñarles cómo reconocer y satisfacer sus propias necesidades, logrando independencia a través del desarrollo que brinda la madurez intelectual y motriz necesaria para lograr autonomía, como ocurre en la edad adulta.

Prestar atención a las necesidades emocionales es una tarea urgente dentro del contexto familiar, *escolar* y social. Aprender determinadas habilidades emocionales en los primeros años de vida del niño es una garantía de éxito en el futuro desarrollo escolar y social.

Las habilidades emocionales de los primeros años de vida del niño podrían estar a cargo del trabajo constante de los padres y serían los siguientes:

- a) Conocimiento de sí mismo.
- b) Control del comportamiento impulsivo.
- c) Motivación adecuada positiva.
- d) Empatía. (Habilidad de sentir por los demás)
- e) Habilidades sociales de cooperación y respeto.

La empatía en el niño se desarrolla desde que es un bebé, cuando las emociones del niño son aceptadas y correspondidas por la madre, cuando la madre y el niño están conectados por un vínculo emocional estable y placentero.

Aceptar los sentimientos de los niños, sin mostrar indiferencia por sus emociones, hará que no se inhiban y de esta forma expresen sus sentimientos. A continuación se sugieren algunas habilidades que podrían ponerse en práctica en los contextos educativos con alumnos sordos:

- 1) Atención completa hacia sus alumnos.
- 2) Leer con sus alumnos.
- 3) Aprender a ser un buen receptor de la información.
- 4) Pedir a los alumnos que expresen sus sentimientos y a su vez los maestros expresar los propios, ya que de esta forma los alumnos tendrán otros modelos en la expresión de emociones.
- 5) Aceptar sus sentimientos y emociones.
- 6) Hablar sobre sentimientos y emociones todos los días.
- 7) Ser paciente y positivo.

La estructura intelectual del niño esta inevitablemente unida a su afectividad, por lo tanto se hace necesario *modificar la educación actual, demasiado centrada en los contenidos intelectualistas y muy poco en la vertiente emocional.*

Una de las tareas pendientes de la educación actual, y que no esta contemplada en los programas oficiales, tanto de niños y adolescentes oyentes y sordos, es potenciar y proponer las tareas pedagógicas para conseguir conocer, expresar y controlar la afectividad, sobre todo, los sentimientos, las emociones, las pasiones y motivaciones.

El desarrollo emocional repercute en todos los ámbitos de la vida familiar, académico-laboral y social de los individuos con la riqueza y complejidad que posee el paisaje emocional de cada individuo.

Los autores que abordan el tema del desarrollo emocional, reconocen que es difícil señalar sus componentes, pero señalan que nuestras acciones operan de forma entrelazada en la conciencia cognitiva, afectiva y conductual. Los aspectos estrictamente racionales no son neutros, sino que están cargados de emociones y empujan a actuar en una determinada línea. De esta forma podemos comprobar que el aspecto emocional no puede quedar al margen del tratamiento educativo.

El desarrollo emocional necesita de una escala axiológica, las emociones no pueden quedar al margen de los valores que delimitan la conducta. Frente a un subjetivismo o relativismo axiológico hay que defender una educación emocional defensora de la reflexión, impulsora de la responsabilidad, libertad, creatividad, solidaridad y convivencia. Seria conveniente explicitar en el curriculum escolar el rumbo que ha de tomar cualquier programa pedagógico que tenga en cuenta el trabajo-desarrollo de las cuestiones afectivas.

La necesidad que propone atender el desarrollo emocional en la escuela, nace de la necesidad de atender íntegramente a la persona. El progresivo reconocimiento y afianzamiento psicopedagógico en el aula puede ser de gran ayuda para animar y mostrar a los educadores como mostrar el desarrollo emocional y de esta forma reforzar el desarrollo cognitivo-afectivo-conductual en las escuelas.

El primer punto que se debe trabajar es el ejemplo de los educadores. Los niños aprenden a expresar sus emociones observando como lo hacen los adultos mas cercanos y significativos (padres y educadores). La competencia cognitiva-afectiva del profesor como modelador, influye en el crecimiento intelectual y emocional de sus alumnos.

El segundo punto que debe ser tratado, es el ambiente que se vive en el aula, éste ha de constituir un medio óptimo para el desarrollo de las emociones. El clima social mas apropiado es el que se fomenta en la cordialidad, la comprensión, el respeto, confianza, comunicación, sinceridad y cooperación.

El tercer punto es utilizar un material que favorezca el desarrollo de la inteligencia emocional. De esta manera puede proponerse:

- a) Aprovechar las situaciones de la vida ordinaria del aula para modelar los sentimientos.
- b) Procurar que los alumnos tomen conciencia de que las áreas de trabajo de la educación formal son adecuadas para trabajar la inteligencia emocional, sin desligarlas de los objetivos educativos que éstas persiguen.
- c) Procurar que los alumnos tomen conciencia de su propia personalidad, de su afectividad, de sus emociones, de sus impulsos, para esto la figura del psicólogo o psicopedagogo es de gran ayuda para los niños, mediante pruebas y tests proyectivos.

El cuarto punto es potenciar el razonamiento. La confrontación de opiniones en el aula en un ambiente de reflexión y libertad, contribuye a la mejora del juicio moral, evitando caer en el relativismo axiológico o adoctrinamiento, de ahí la necesidad de buscar un marco axiológico universal y la tutela del educador. Los profesores han de buscar las vías para cultivar la inteligencia emocional, estableciendo objetivos y una acción sistemática, evitando realizarlo de modo inconsciente y con resultados imprevisibles. El proyecto de acción tutorial del centro es de indiscutible valor para conseguir este objetivo.

Los centros escolares han de tomar conciencia de promover el desarrollo emocional de sus alumnos, pues esto favorece el aprendizaje, la maduración y el bienestar personal, avanzando de este modo hacia la autorrealización y la convivencia. Ante la situación de vulnerabilidad de muchos alumnos, expuestos a corrientes de pensamiento, modas, adversidades ambientales, falta de creatividad, relaciones interpersonales empobrecedoras, baja autoestima, fracaso escolar; la educación emocional se presenta como un recurso para potenciar la percepción positiva que el alumno debe tener de si mismo.



Deben ser promovidas herramientas para obtener mayor capacidad para obrar y confiar en su propio juicio, siendo capaces de reconocer sus inclinaciones, tanto positivas como negativas, así como estar abiertos a las necesidades de los demás. Es decir, conseguir el equilibrio cognitivo-afectivo-conductual necesario para enfrentarse a las necesidades que su medio le presente.

A pesar de todo, en los primeros años de vida se forma de manera decisiva el mundo emocional : la confianza en uno mismo, el autocontrol, la actitud abierta frente a lo nuevo, la capacidad de empatía, el saber disfrutar del contacto con otras personas son capacidades elementales que los niños van construyendo ya en el seno de su familia. Son la base del posterior desarrollo emocional.

El grado de estabilidad de estas bases depende, sobre todo, de lo bien que los mismos padres sepan manejar sus propias emociones: por lo general, los padres inteligentes desde el punto de vista emocional, también son eficaces educadores emocionales.

La formación emocional vale la pena : los niños que han aprendido muy pronto a manejar bien sus emociones obtienen mejores resultados en el colegio que otros niños con parecidas capacidades intelectuales pero menos diestros desde el punto de vista emocional. Hacen amigos con más facilidad, tienen una relación relajada y franca con sus padres y son menos susceptibles a los trastornos de comportamiento y a los problemas escolares.

Uno de los orígenes de este modelo cultural de la sordera, se encuentra en el trabajo de William Stokoe (1960), quien publicó la primera concepción lingüística sobre American Sign Language, en donde plantea que el sistema manual empleado por los sordos es un lenguaje gramatical completo que permite el desarrollo lingüístico y la posibilidad de abstracción (Glickman y Harvey, 1996).

#### **2.5.4. Antecedentes de la atención psicoterapéutica con pacientes sordos**

La complejidad del funcionamiento del ser humano se debe en gran medida a la influencia de una serie de características, como la diversidad étnica y religiosa, la herencia cultural, la orientación sexual, la identidad política, el status social, el nivel educativo, o las constelaciones familiares, entre otros muchos aspectos. Muchas ramas de las ciencias como la Psicología, Filosofía y Sociología han puntualizado en toda esa gama de aspectos para dar una explicación amplia al comportamiento humano.

La definición de discapacidad tiene que ver con la carencia de alguna de las capacidades. Aspecto que en el caso de la sordera es evidente en relación a la pérdida auditiva, pero también es cierto que toma un matiz controversial, ya que la ausencia de sonido tiene como implicación principal la afectación en la comunicación.

Contrario a lo que la mayoría de la gente piensa, la sordera no es sinónimo de silencio y ésta no puede describirse en una simple frase como la carencia del sentido del oído para percibir sonidos. La sordera implica el contraste de diversas condiciones. El término es regularmente aplicado a las personas que tienen un grado de sordera profunda, con poca o ninguna audición, o bien a aquellas que tienen una pérdida moderada o leve en la audición (Ogden, 1996).

Es por ello importante enfatizar que los estereotipos que a nivel social ponen de manifiesto ideas sobre ellos como personas silenciosas es totalmente errática. En los últimos veinticinco años ha aparecido una idea radicalmente nueva sobre la sordera. Esta nueva concepción constituye lo que Kuhn (1970) llamó paradigma de cambio.

La vieja y aún dominante idea sobre los sordos, es que poseen una discapacidad desafortunada. En su mayoría, los oyentes piensan que la sordera es una horrible tragedia y es común sentir lastima por los sordos. Baker y Cokely (1980) llamaron a este punto de vista "el modelo patológico médico". En años recientes, la comunidad sorda ha puesto énfasis en un modelo fundamentalmente diferente. Baker y Cokely llamaron a este nuevo modelo, el "modelo cultural", el cual tiene como premisa ver a la Comunidad Sorda como un grupo de personas que comparten un lenguaje y una cultura en común. Este paradigma permite el cambio en la óptica de lo que significa ser sordo dentro de un mundo de implicaciones que tienen que ver con la práctica de la salud mental y de los profesionistas que trabajan con ellos.

Las lenguas de señas son lenguajes nativos para miles de personas sordas y de personas con padres sordos que por tal motivo comparten con ellos su cultura por estar insertos dentro de la misma.

Como resultado del potencial movimiento humano surgido entre los años 60's y 70's, la sociedad experimentó un auge importante en lo que a psicoterapia y al desarrollo y crecimiento grupal se refiere. La atención psicoterapéutica sumó alrededor de 250 tipos de terapia diferentes, desde la orientación psicoanalítica, al desarrollo del insight, la orientación cognitiva, el acercamiento de la orientación ecléctica hasta la atención individual, de pareja, familiar y de grupo (Herink, 1980).

La psicoterapia no tiene que estar centrada solamente en aquellas personas que están "enfermas" o bien tengan un grado de neurosis significativo. Un número representativo de personas comienzan con procesos terapéuticos, porque tienen como motivador el deseo de un mejor autoentendimiento, lo que les proporciona herramientas para el mejoramiento de su salud mental. Si esto es así, entonces es necesario incluir a sectores desprovistos de espacios que promuevan metas de crecimiento en la misma medida, ya que de otro modo, lo que hacemos es ignorar el derecho a la libertad de expresión según las capacidades que posee el individuo.

En publicaciones como *Cultural Affirmative Psychotherapy with Deaf Individuals* (1999) se plantea la necesidad de reforzar la idea en el gremio terapéutico, de la práctica psicoterapéutica con la Cultura del Sordo. En ella deben ser considerados aspectos sociales, étnicos, lingüísticos, entre otros tantos, los cuales desarrollan las habilidades y sensibilidad necesarias como parte del entrenamiento y práctica terapéutica.

Tomando en cuenta todos estos aspectos en los cuales la Comunidad de Sordos pudiera estar inserta, la terapia requiere la comprensión del contexto cultural en el cual se encuentra inmersa, para de este modo entender las características, actitudes, expresiones emocionales y sociales, pensamientos, así como los roles que se desempeñan en relación a los otros.

Por todo lo anterior se hace necesario en primera instancia atender las necesidades educativas y comunicativas que tienen los niños sordos en México, creando escuelas regulares bilingües, con modelos y estrategias específicas para subsanar la falla de la sociedad al proporcionar educación insuficiente y de pobre calidad para este sector vulnerable, teniendo consecuencias como el desempleo debido a la falta de educación, la carencia de servicios básicos dentro de instituciones a las cuales poder recurrir, así como para comprender quién y cómo es la PERSONA SORDA.

Es importante enfatizar que cada uno de estos niños sordos tienen en su haber experiencias en la infancia completamente distintas a las de niños oyentes, y esto va desde la detección de la pérdida auditiva hasta las implicaciones lingüísticas que engloban su desarrollo intelectual y emocional. Todo esto, afectando su situación integral como adultos futuros.

La sordera se relaciona con la comunicación, no con el sonido, pero por su misma naturaleza, la sordera limita el acceso al sonido y al habla. En el mundo oyente, el sonido y el habla son solo medios para un fin y ellos a su vez son rutas de comunicación para otras personas. Al bloquear el acceso a estos conectores, la sordera tiene un profundo impacto en el desarrollo social del sordo, interfiriendo con relaciones que de otra manera, se formarían naturalmente y crecerían en complejidad a medida que el niño madure.

Es entonces, que el psicólogo o terapeuta puede dar una contribución importante a través de programas terapéuticos que promuevan el manejo de sentimientos como el aislamiento social, que sufren sectores como la Comunidad de Sordos, los niños de la calle, comunidades indígenas, así como otros grupos vulnerables.

Por todo lo anterior, se considera de suma importancia abrir espacios dentro de instituciones en el área de Psicología y salud mental que permitan la atención en los aspectos emocionales como facilitadores en la comunicación tanto de niños en edad escolar -y que a través de estas herramientas su desempeño académico y emocional se vea favorecido-, así como facilitadores de procesos similares en el caso de adolescentes y adultos que ven matizado en mucho su desarrollo por el impacto que pueden tener diversas problemáticas, aunadas a la pérdida auditiva que viven (alcoholismo, violencia intrafamiliar, enfermedades terminales, depresión, crisis de identidad, entre otros).

Para dicha atención terapéutica se propone el uso del modelo Gestalt, ya que si relacionamos el origen de la palabra misma -tomada de un participio pasado (yor Augen gestelt) la aproximación a su significado es: "puesto delante de los ojos, expuesto a las miradas"- con la importancia que el sentido visual, táctil, olfativo y gustativo tienen para las personas sordas, ya que proveen no sólo de la posibilidad de asimilación de lenguaje, sino que también son recursos que proporcionan información sobre los objetos y los eventos dentro del ambiente. Puede ser desarrollado un vínculo terapéutico significativo que sea influido en el manejo a estos niveles y represente mejores resultados en el desenvolvimiento integral de la persona sorda.

Uno de los aspectos esenciales en Gestalt fue advertir que en todo campo perceptivo (es decir el campo sensorialmente abarcable), se diferencian un fondo y una forma; y la forma a su vez es una figura dominante que toma su sentido al emerger del fondo, sin embargo la forma no es un hecho objetivo ya que el sujeto es quien aísla la figura de acuerdo con su atención y sus necesidades. Los trabajos de los primeros psicólogos gestálticos vinieron a demostrar que la percepción depende de factores objetivos y subjetivos interdependientes, y que su importancia relativa podía variar. La variación parte principalmente del sujeto, quien -de acuerdo con su relación con el medio- aísla del fondo a las formas dominantes. Así, el aspecto objeto depende de las necesidades del objeto (Sinay y Blasberg, 2002).

Es decir, que para cualquier ser humano existen situaciones que le son representativas de manera diferenciada por el aspecto que puede resaltar en relación a la figura dominante, lo que promueve dichos factores objetivos y subjetivos en cada uno de nosotros a nivel personal y grupal, tomando como medio importante el contexto en el cual nos desenvolvemos así como el énfasis que se da a nuestras propias necesidades. Si contrastamos esta información con las vivencias que proporciona el tener una deficiencia auditiva, entonces se puede entender con más claridad que el medio en el cual están situados, tanto los individuos sordos, como sus comunidades o grupos en el contexto social hacen que tengan una percepción distinta y se resalten aspectos que les son relevantes en cuanto a sus propias necesidades en todos los niveles.

### 2.5.5. Atención del paciente sordo a nivel institucional en México.

Los problemas que suscita la privación de la audición desde edades muy tempranas, las limitaciones en la adquisición del lenguaje oral y la necesidad de un tipo de respuesta ante las demandas externas, han hecho que tanto médicos, psicólogos, pedagogos y lingüistas estén en constante búsqueda de soluciones a todos los cuestionamientos relacionados con todos estos aspectos.

En cuanto a los sordos, podemos caer en el error de generalizar si les consideramos como un grupo homogéneo, puesto que existen las mismas diferencias de habilidad, experiencia y personalidad que en cualquier otro grupo. Por esta razón, no hay estrictamente hablando, una "Psicología del sordo". Sin embargo, hay una nota común que todos ellos comparten en nuestro medio y es la carencia de lenguaje objetiva y medible a la que muchos de ellos están expuestos.

Durante muchos siglos el sordo fue considerado menos inteligente porque no podía expresarse a través de una lengua oral. En consecuencia, cuando se les intentaba ayudar era sobre la hipótesis de que sólo desaparecería su deficiencia si se les enseñaba a hablar. A su vez, este hecho se apoyaba en la suposición de que la habilidad de usar las lenguas orales eran la clave de todo lo abstracto y de lo considerado maduro en el hombre.

A pesar de los avances que se han tenido en relación al desarrollo del sordo, se le sigue considerando en muchos ámbitos como "extraño", este tipo de apreciación se intensifica si notamos que en México aún no se cuenta con una visión menos discapacitante. Excluidos de la sociedad a causa de su deficiencia, tienden a agruparse en sus propias "comunidades" dentro de la gran sociedad y entre ellos se comunican por medio de las lenguas signadas.

Los educadores de escuelas con métodos orales sostienen que un dominio lingüístico oral es prerequisite indispensable para que el sordo lleve una vida "normal" en la sociedad. El hecho es que en el actual sistema de educación, la mayoría de los sordos de nacimiento no llega a adquirir un dominio funcional de la lengua oral, aún con muchos años de aprendizaje.

Si esto es así, entonces ¿Por qué empeñarse en oralizar a los sordos, si estos no van a poder emplear el lenguaje oral como cualquier persona normoyente?, excluyendo o limitando el lenguaje que les es propio, como son las lenguas de señas.

Dichas lenguas ofrecen la posibilidad de tener un desarrollo cognitivo íntegro y la capacidad de interacción entre sordos y entre aquellas personas que crecen dentro de su entorno (padres, hermanos e hijos). De otro modo al restringir y bloquear su proceso lingüístico a través de las lenguas signadas, se propicia la exclusión del sordo en el mundo oyente y la falta de identidad e integración a una comunidad, además de ver afectado de manera considerable su capacidad cognitiva y emocional.

El verdadero lenguaje de los sordos son las lenguas de señas, ya que si se observa de manera cotidiana con modelos educativos que las promueven (como el Instituto Pedagógico para Problemas de Lenguaje IAP), la persona con deficiencia auditiva o sordera puede desenvolverse, aprender e integrarse de manera sana a nivel social, emocional e intelectual.

No es extraño que los sordos, a veces, muestren resentimiento hacia una sociedad que constantemente les recuerda que no deben vivir como lo hacen, sino que deberían aprender a hablar como los demás y relacionarse con los parámetros que ellos esperan. En su gran mayoría los sordos sienten que sin el lenguaje de señas no pueden comunicar más que las necesidades básicas y que no hay posibilidad de pertenecer a una comunidad que se sostiene a través del habla.

De entrada, la atención del paciente sordo implica muchos obstáculos. Uno de los más representativos en el ámbito psicológico es en el momento de evaluar, ya que emplear pruebas de tipo verbal con sujetos que tienen deficiencias del habla, los pone en desventaja inmediata, pues están basadas en destrezas lingüísticas orales y en consecuencia, no nos dan la pauta de la aptitud cognoscitiva real del paciente. Por lo que el cuestionamiento constante que los profesionistas de ésta área tienen, es saber si los resultados indican una deficiencia en el aspecto intelectual o simplemente no tienen la capacidad para entender el lenguaje que se está empleando para su evaluación (Furth, 1981).

Las pruebas de inteligencia se han hecho pensando en un tipo de personas en el cual las personas con deficiencia auditiva o sordera evidentemente no forman parte. El sistema actual de pruebas psicológicas no ofrece resultados satisfactorios o reales incluso para personas con grados de audición normal, un ejemplo es con poblaciones de estratos sociales diferentes, en los cuales influye a su vez en nivel de estimulación.

Una dificultad adicional referida a las tareas no verbales, por su carácter ambiguo, es que no siempre daban impresiones correctas. Esto es particularmente difícil, pues el que los sordos entiendan las instrucciones es esencial para una correcta respuesta. Cuando fallan o realizan inadecuadamente una prueba, se debe considerar la posibilidad de que no entiendan lo que se les ha preguntado.

Si se contempla que las pérdidas auditivas de los pacientes difieren en grado unas de otras, así como contemplamos el nivel de desarrollo cognitivo y las herramientas lingüísticas que poseen, todos estos factores influirán en la acertividad de sus respuestas y en su desempeño.

Por otro lado, es necesario remarcar que en la atención del sordo como en la de cualquier persona, no sólo es importante la valoración psicológica como medio exclusivo que permita detectar sus capacidades intelectuales y su nivel de abstracción, pues sólo es un elemento que respalda el tipo de intervención que pudiera realizarse dependiendo del caso por el que es canalizado el paciente. También es necesario contemplar la intervención con psicoterapia individual, de pareja o familiar, así como contar con grupos de orientación.

Si se nota que a través de la implementación de sistemas adecuados se proporcionaría una oportunidad de atención a este tipo de población, también es cierto que hay todavía una cantidad importante de trabas que imposibilitan la atención psicológica y terapéutica con sordos.

Algunas personas incluso profesionistas siguen creyendo que el número de sordos que requieren de estos servicios es mínimo porque nunca han conocido a uno, o porque han sido casos raros los que llegan a instituciones de atención médica y psicológica. Si esto es así, no es porque no existan o sean demasiado pocos, sino porque entre ellos mismos reconocen la poca importancia que se le da a su problema de no contar con la audición y a la expresión oral como canal de comunicación, y por consiguiente a todos los problemas que están insertos dentro de su situación, como lo es, el que no se les incorpore a la interacción social cotidiana que toda persona necesita para subsistir y cubrir sus necesidades básicas hasta las que presentan un carácter mucho más intrínseco.

Según un reporte verbal informal hecho por algunos profesionales que laboran dentro del I.N.C.H. (Instituto Nacional de Comunicación Humana), institución que pertenece al sector salud, existen 272 pacientes con discapacidad auditiva atendidos en el turno matutino, en tanto que en el turno vespertino se atienden a 162, teniendo en lista de espera 135 casos. Todos estos pacientes contemplan una evaluación que incluye audiometría, valoración médica y psicológica, un resumen clínico informando el diagnóstico y las recomendaciones pertinentes a cada caso en particular.\*

Si bien ésta institución contempla la atención masiva de dichos pacientes y su evaluación, también es cierto que aún no se cuenta con modelos psicoterapéuticos que involucren situaciones ajenas a la sordera. Los programas psicológicos se avocan en gran medida al apoyo a padres para la aceptación de la pérdida que experimentan, así como la atención de niños en el ámbito de la terapia de juego.

Si se suma a esto, el hecho de que no se han profundizado las investigaciones que enriquezcan el trabajo con pacientes sordos, esto en gran medida ha sido imposibilitado por un lado, debido a la falta de recursos que las apoyen, y por otro, el que en su gran mayoría los especialistas que tienen que ver con el ramo de la salud mental como psicólogos y psiquiatras, no están capacitados para comunicarse con ellos a través de su lengua, lo que implicaría un avance importante en la interacción con ellos.

Los recursos existentes han sido regularmente de tipo interpretativo generalmente por alguno de los familiares en cuestión, lo que puede influir en su tratamiento o evaluación.

Es necesario resaltar la importancia que tiene el que dentro de instituciones que contemplen programas que preserven la salud mental, ya sea en tratamiento o prevención, no se haya contemplado la implementación de programas de atención especializada para sordos.

\* Datos proporcionados en el mes de Agosto de 2004 por el Servicio de Psicología del I.N.C.H.

Actualmente existe dentro del IPPLIAP (Instituto Pedagógico para Problemas de Lenguaje I.A.P.) el servicio de Psicología\* que ha contemplado la necesidad de proporcionar apoyo emocional a los alumnos sordos, de tal manera que se logre un mejor desempeño académico, subsanando y dando recursos y herramientas que le permitan una mejor integración dentro de su núcleo escolar, familiar y social. En dicho servicio se atiende a los estudiantes una vez por semana en sesiones individuales o grupales según las consideraciones pertinentes. Al mismo tiempo se promueve el apoyo de los estudiantes haciendo un trabajo de asesoría con los padres de manera personalizada para un mejor manejo de la situación específica que se aborda. Dentro de este contexto terapéutico se encuentran elementos que permiten un abordaje directo con los alumnos, empleando la LSM como recurso comunicativo principal.

Es común ver que aún siendo un problema de salud física, la atención se ve limitada. Cuando se presentan situaciones de una índole con mayor complejidad como lo son los sentimientos, pensamientos y emociones y en donde están inmersos problemas de interacción familiar, de relaciones interpersonales, individuales o sociales, el profesionista no cuenta con los recursos para comunicarse y abordar lo que su paciente considera importante para el desarrollo de su proceso terapéutico.

La imposibilidad para establecer contacto comunicativo, no permite que exista un contacto directo y real entre el paciente sordo y el psicólogo o terapeuta, por lo que la dificultad principal no es la discapacidad que pensamos que tiene el sordo, pues si lo vemos de manera objetiva no es sólo un rasgo perteneciente a él, ya que las personas de su entorno se encuentran de la misma manera incapacitadas para comunicarse.

Se hace necesario enfatizar el compromiso que el profesionista tiene de incorporar al sordo dentro de la vida institucional según sus propias expectativas y necesidades, siendo realmente empáticos a través del canal de comunicación que los sordos dominan: las lenguas de señas.

Es a través de toda esta información que como psicólogos, terapeutas o profesionistas de la salud mental nos planteamos la siguiente pregunta: ¿Cómo el psicólogo puede contribuir en el manejo y expresión de los sentimientos, emociones y necesidades del niño y el adolescente con sordera?

En efecto, la atención emocional en la detección de la sordera es uno de los aspectos que no deben ser subestimados, pero en diversas ocasiones la atención se focaliza en la sordera como síntoma dentro de los núcleos familiares cuando en diversas ocasiones no es la situación más significativa. Para este estudio es importante hacer énfasis en la importancia que tiene proporcionar a los niños y adolescentes con sordera -posterior a darles recursos lingüísticos-herramienta, que le permitan resolver aspectos de su vida cotidiana a través de un modelo terapéutico.

\* Psic. Fabiola Ruiz Bedolla y Psicoanalista Cecilia Echegaray Villegas



## CAPÍTULO III. MODELO TERAPÉUTICO GESTÁLTICO

### 3.1. Orígenes y marco teórico

Definición: La palabra alemana Gestalt no tiene una acepción única en español ya que su significado puede referirse a: Totalidad, configuración, forma, figura, necesidad, patrón, estructura, entre otros.

Puede definirse como el estudio del organismo humano y sus relaciones dentro de un contexto único. Sus precursores fueron Fritz Perls, Laura Posner de Perls y Paul Goodman hacia 1949 en la Ciudad de Nueva York. Su fundamentación filosófica se basa en el movimiento existencialista, junto con el Budismo Zen y el Taoísmo. Se puede decir que Fritz Perls y sus seguidores comparten con el pensamiento oriental, el no sobre estimar la importancia del pensamiento (Stoehr, 1994).

El uso constante de la computadora mental impide realmente ver, oír, degustar y tocar la realidad de la naturaleza. Los filósofos orientales enseñan que hay que vaciarse para poder llenarse y en concordancia con ello, la Gestalt proclama que no basta con conocer algo, sino que es indispensable vivenciarlo. Tanto para el Budismo como para la Gestalt, la respuesta a muchos de los conflictos, está en la integración de los opuestos.

Los conflictos se dan porque no tenemos la conciencia del Todo ya que lo separamos en Día – Noche, Paciente – Terapeuta, Mente - . Cuerpo. Integrar es comprender que no hay día sin noche, maestro sin alumno ni despedida sin un encuentro. En gestalt, cuerpo y mente no se ven como entes separados, sino que son uno y así igualmente las funciones sensorio-motrices, logrando de esta forma la integración de la persona. Esta no tiene un cuerpo sino que se asume como su cuerpo. Laura Perls nos propone claramente su visión al respecto : “ No es la utilización del cuerpo. Esta es ya una actitud parcial. Tú estás aquí arriba en tu cabeza y tienes un cuerpo allá abajo en alguna parte”.

Perls retoma para la Gestalt los conceptos de Goldstein de “*autorregulación orgasmónica*” y el de “*auto actualización*”: Ser lo que se es y no pretender ser otra cosa. De la psicología de la Gestalt retoma la idea de figura-fondo, entendiendo por figura a aquella que llama nuestra atención, dependiendo de la necesidad que es predominante para nosotros en ese momento, emergiendo ésta de un fondo indiferenciado dinámico.

Existen en el organismo diversas necesidades o gestalten que requieren ser satisfechas, principalmente las biológicas ya que su no satisfacción lleva a la muerte de dicho organismo, mientras que las necesidades psicológicas o espirituales no satisfechas originan la neurosis y en casos extremos la psicosis.

Por eso se mencionó al inicio, que la psicoterapia Gestalt se ocupa de cerrar asuntos pendientes en el aquí y ahora existencial. Conceptos como el aquí y ahora, lo obvio y el darse cuenta son elementales para comprender la psicoterapia Gestalt.

Esta corriente humanista incluye de Erich From, su concepto de *Psicología del Ser versus la psicología del Tener*. El modelo de trabajo de la escuela humanista básicamente es, Persona a Persona. Esto determina un tipo de relación diferente ya que en terapia gestalt nadie sabe más de sí mismo que el propio consultante; el terapeuta es un facilitador y acompañante en este proceso de crecimiento que favorecerá el auto apoyo del consultante. A su vez la psicoterapia gestalt se ubica en la *doctrina holística* la cual atiende la existencia total del individuo, sin perderse en cada síntoma e incluye el campo o ambiente afectándolo y siendo afectado por éste.

La escuela de la Gestalt postula a diferencia del asociacionismo que los objetos son percibidos en su totalidad como forma o configuración y no como la suma de sus partes constitutivas. En las configuraciones receptivas, el contexto juega un papel fundamental.

Hacia el año de 1910, los investigadores alemanes Max Wertheimer, Wolfgang Köhler y Kurt Koffka rechazaron el sistema de análisis que predominaba en la psicología asociacionista (los estímulos se reciben primero aislados como "sensaciones" y después se organizan en imágenes perceptivas más complejas), a principios de siglo. Max Wertheimer comienza a cuestionarse la naturaleza de la percepción. Las explicaciones convencionales de la psicología, basadas en un supuesto mosaico de sensaciones combinadas o asociadas, no justificaban el dato psicológico tal como se da inmediatamente. Dejaban a un lado la totalidad y fluidez de la experiencia perceptual. Los psicólogos ortodoxos se dejaban absorber por la cotidianidad del fenómeno, dándolo por algo que no necesitaba ser sometido a juicio.

Los psicólogos gestaltistas descubrieron que la percepción es influida por el contexto y la configuración de los elementos percibidos; las partes definen su naturaleza y su sentido global. De esta forma no pueden ser disociados del conjunto, ya que fuera de él pierden todo significado.

El enfoque de la Gestalt se ha extendido a la investigación en áreas distintas de la psicología; como el pensamiento o la estética. También algunas situaciones problemáticas de la psicología social se han estudiado desde el punto de vista estructuralista de la Gestalt, como los trabajos de Kurt Lewin sobre la dimensión, sin embargo, es en el área de la percepción es donde ha tenido mayor influencia.

Diversos métodos actuales de psicoterapia se autodenominan gestaltistas porque se llevan a cabo siguiendo ideas similares a los de esta antigua escuela de la percepción. Los seres humanos son considerados como conjuntos que responden a la expresión configurada de modo global, con la que la separación cuerpo-alma será artificial.

Según la interpretación de la Gestalt, la percepción adecuada de las necesidades personales y del mundo exterior es vital para equilibrar la experiencia personal y cerrar una Gestalt positiva. Los terapeutas gestálticos intentan restablecer el equilibrio armónico natural del individuo mediante un fortalecimiento de la conciencia. El énfasis se hace en la experiencia presente, más que en la indagación de las experiencias infantiles propias del psicoanálisis clásico.

### Fundamentos filosóficos occidentales

Como se ha mencionado anteriormente la Psicoterapia Gestalt se ubica dentro de la corriente Existencial, en donde la palabra "*existencial*" ha dejado de tener la aceptación clásica del mero existir y se ha convertido en la expresión del modo de existir humano, del Ser existente en el momento presente, en el Aquí y Ahora en términos de Gestalt. Estos conceptos son retomados de J.L. Moreno con el Psicodrama y de la filosofía del Budismo Zen originariamente. (Calhoun y Solomon, 1989 )

La filosofía existencial se niega a tratar a la persona como objeto; las cosas son mientras la persona "existe". Su Ser es constituirse a sí mismo, vivenciar, mas no explicar, lo cual dará a la persona la experiencia necesaria. Con el Existencialismo, se recupera la importancia del Ser Humano, siendo éste único e insustituible en el universo y por lo tanto le imprime responsabilidad a su vida.

Así, el primer objetivo de la Psicoterapia Gestalt es facilitar al individuo el que asuma la responsabilidad de sus actos, de sus emociones y de su experiencia.

... "Los existencialistas mencionan que no hay naturaleza humana ni determinismo que explique o justifique lo que es un Hombre. En Psicoterapia Gestalt la persona se encuentra en libertad de ser ella misma, descubriendo lo que no es y pudiendo elegir lo que quisiera ser." (Salama, 1996) pág.---

Como principales representantes se hallan a : Kierkegaard, Heidegger, Jaspers, Marcel, Sartre y Husserl; a éste último se le reconoce como el creador del método Fenomenológico.

Los seguidores de Husserl llevaron los métodos de descripción fenomenológica hasta el terreno afectivo. Francisco Brentano, maestro de Husserl, desarrolló una " Psicología descriptiva" y una clasificación de los fenómenos psicológicos. El punto fundamental de su pensamiento es la *intencionalidad*, es decir la direccionalidad hacia un objeto. Su influencia será contra el atomismo psicológico, buscando considerar al "todo no analizado" (Salama, Idem).

La Psicoterapia Gestalt retoma de Heidegger su concepto de ver al hombre como *Ser en el mundo*, que en esta corriente se traduce al concepto de "campo" (individuo más ambiente). Subraya la realización personal de la existencia en el ejercicio de la propia libertad.

Se refiere a la existencia inauténtica como disolución del Yo en el Ser. En lugar de tener el sujeto al yo ( yo soy, yo hago), éste tiene por sujeto el Se ( se dice, se hace ).

Entre las características de esta existencia inauténtica, una que observó Perls , es la *palabrería*, con la que se sustituye la realidad y la profundidad por la apariencia y la superficialidad cayendo en lo que en Gestalt se conoce como la segunda capa de la neurosis o llamada también " Como Sí ". (Salama, Idem)

Jaspers se opone al giro ontológico de la filosofía existencial. El hombre está siempre en camino y en la autorrealización existencial se supera constantemente a sí mismo. Supone la libertad a través de la cual podemos trascender; así, ante situaciones limítrofes tienen que tomar una decisión.

En Gestalt estas situaciones se denominan *Callejón sin Salida o Atolladero* y corresponde a la tercera capa de la neurosis. (Salama, 1996)

Sartre consideraba al hombre como condenado a ser libre. Argumenta que somos responsables de todo lo que hacemos y de lo que somos, sin dejar de lado las emociones.

Cuando los caminos trazados se vuelven demasiado difíciles o cuando no vemos un camino, no podemos seguir viviendo en un mundo tan urgente y difícil. Todos los caminos están obstruidos y sin embargo, debemos actuar. Por eso tratamos de cambiar el mundo, o sea, de vivir como si la conexión entre las cosas y sus potencialidades no fueran gobernadas por procesos determinísticos, sino por la magia." (Friedman M,1990 ) pág ----

Marcel diferencia entre el ser y el tener. Para él, la existencia está ligada a la encarnación, al hecho de estar vinculado a un cuerpo que verdaderamente no se puede decir que " se posee sino que se es "...

Este concepto de ser total es tomado por Perls quien afirmaba: " Yo no tengo un corazón sino yo soy mi corazón"

El *haber* separa, opone, subordina: al Ser que concilia, aproxima, iguala. El proceso terapéutico en Gestalt se orienta mediante la vivencia al reconocimiento del Ser.

La gran diferencia entre Marcel y otros filósofos existencialistas, radica en que éste no funda la existencia en la angustia y la desesperación, sino en la esperanza. (Hycner, Richard , 1990)

Martín Buber es quien mayor influencia ha tenido en la Psicoterapia Gestalt. Para él las raíces del hombre se hallan en que un Ser busca otro Ser, encontrando una esfera común a los demás, pero que sobrepasa el campo propio de cada uno. Esta esfera se denomina esfera del "entre ", ámbito que se logra en el encuentro Yo-Tú; y que se diferencia de la relación Yo-Esto.

La primera significa apertura, reciprocidad, la segunda es la relación sujeto-objeto, conocimiento, uso, manipulación.

No hay nada de malo en el Yo-Esto, siendo que es necesario para vivir, pero si morimos en él, no seríamos humanos. (Fadiman y Frager,1979).

## Fundamentos orientales

Perls tomó elementos tanto del Budismo como del Taoismo. El Budismo Zen se ocupa de orientar a la persona a que comprenda las enseñanzas de Siddharta Gautama, el Buda.

El término Buda significa " el Iluminado", el que comprende, todas las personas tienen el potencial para llegar a ser un Buda, poseen la capacidad de desarrollarse en un ser humano completo. (Susuki, 1981)

La palabra Zen viene del sánscrito y significa meditación. Meditar significa buscar la tranquilidad interior y el equilibrio. (Baumgardner, P. 1987 )

En la meditación sentada (zazén) se permite que los pensamientos vayan y vayan, sin detenerlos, sin poner atención a lo que dicen, sino que toda nuestra atención se ocupa de la forma en que respiramos, así permaneceremos en constante atención al aquí y ahora, espacio y tiempo dinámico en que se apoya la Psicoterapia Gestalt.

El Budismo Zen logra llevar a la persona a una apreciación entre lo ideal y lo real y con esto reconocer la tensión que se produce entre ambos, esta tensión por su parte conduce a los individuos al atolladero (Susuki, 1981) entre lo que "deben ser y lo que son".

Uno de los valores en Psicoterapia Gestalt " la honestidad" se retoma del budismo, ya que el maestro budista reconoce sus propias limitaciones y las confiesa a sus estudiantes. Tratar de mantener un papel de perfección entre los discípulos lleva inevitablemente cierta dosis de hipocresía.

Así reconocemos que en Gestalt no es función del terapeuta, como no lo es del maestro zen el "curar" o "enseñar" ; Sólo se trata de facilitar el que la persona descubra por sí misma cómo se bloquea y mostrarle el camino para superarse.

El terapeuta gestalt, como el maestro Zen, no tiene nada que enseñar, fuera del hecho que no hay nada que enseñar. Y todas las técnicas Zen y Gestálticas están ahí meramente para evocar la comprensión de uno mismo y del mundo como el proceso del aquí y ahora.( Stevens, 1987)

El Taoismo se deriva de las enseñanzas de Lao Tse, una de sus contribuciones que retoma Perls, es su concepto de la *unidad de los opuestos*, que en Psicoterapia Gestalt es la integración de las polaridades:

- Ser y no ser independientes en el crecimiento.
- Lo difícil y lo fácil son interdependientes en la ejecución;
- Lo corto y lo largo son interdependientes en el contraste;
- Lo alto y lo bajo son interdependientes en la posición;
- Los tonos y la voz son interdependientes en la armonía;
- Delante y detrás son interdependientes en la compañía. (Rajneesh, 1988)

### Visión Clínica con niños y adolescentes sordos:

La visión clínica implica una abstracción de síntomas donde hacemos "figura" lo que está enfermo, yuxtaponiéndolo a la realidad, haciendo "fondo", dejando de lado lo que está sano. Es así como la mayoría de las personas que acuden a consulta saben muy bien lo que hacen mal, lo que es sancionado, lo que es enfermo; pero no tienen la más mínima idea sobre lo que hacen bien, sobre lo "sano". Cuando la familia detecta la pérdida auditiva en uno de sus miembros, regularmente acude entonces a consulta para el restablecimiento de esta condición porque su realidad en ese momento es la sordera. Es entonces, cuando la sordera justifica la patología que con antelación podía haber estado presente, aunando a su vez la dificultad para observar los recursos y el lado sano que les permita crear nuevas pautas de interacción.

Pero para poder reconocer que estamos enfermos debemos ser muy sanos. La Gestalt no ve a la visión clínica como una descripción clínica de la vida, sino como una interrupción natural del crecimiento y del desarrollo. Esta interrupción en el caso de la sordera se da a raíz de una carencia física que provoca situaciones de estrés tanto para la persona con deficiencia auditiva como para su entorno.

La neurosis para la Gestalt no es una enfermedad; es una forma de ser, de estar en el mundo; es una forma de existir. No tengo una neurosis; soy un neurótico. No existen las neurosis; existen los neuróticos.

En la concepción clásica la neurosis sería como la persona más la enfermedad, con lo cual al eliminar la enfermedad tendríamos a la persona sana. En cambio, la **concepción gestáltica** considera que la neurosis es la máxima riqueza de una persona y al mismo tiempo, su máxima pobreza. Su máxima riqueza es la forma en que logró sobrevivir a lo largo de su historia de vida. Y es su mayor límite, lo que le impide vivir plenamente su vida; por ello no le podemos quitar nada. Lo que tenemos que hacer es desestructurar y volver a estructurar de una distinta manera las mismas piezas, variando la figura de acuerdo al orden que demos a las mismas (Pastorini, 2004).

La "cura" estaría no en hacer algo, sino en dejar de hacerlo. Dejar de hacer aquello que repito día a día.

El comportamiento neurótico es totalmente predecible. Al estructurar un carácter vemos y repetimos siempre las mismas cosas.

El "cómo" incluye al "porqué", pues al descubrir el "cómo" descubrimos el "porqué". El "cómo" es liberador, lo que no sucede con el "porqué".

La neurosis nos permite ser irresponsables en tanto que alienamos parte de nuestra personalidad ("yo soy así"; "quiero, pero no puedo"; etc.). Siempre hay una razón para que sigamos manteniendo el modelo neurótico de persona que somos. Y así las resistencias nos estancan porque queremos y no queremos al mismo tiempo.



Las resistencias se constituyen a partir del interjuego dinámico entre ambas fuerzas, y estas deben ser ayudadas y no enfrentadas, pues cuando más atacamos a las resistencias, más rígidas se ponen y más eficientemente cumplen con su función.

Un paso terapéutico importante sería el llegar a conocer la intencionalidad de la conducta, en tanto que toda conducta tiene un significado, ya sea consciente y/o inconsciente. Decía Fritz Perls que todo paciente viene no a curarse sino a confirmar su neurosis.

Una vez que surge la Terapia Gestalt en los años cincuenta, sus fundadores tienen como objetivo desarrollar una teoría y un método propios con una perspectiva holística en contraste al psicoanálisis. La dificultad radica no en el método, sino en la visión y hacia dónde son proyectados los tratamientos, ya que no se cuenta con una gama amplia en el tratamiento con niños y mucho menos con la definición de una terapia para adolescentes como tal. Los esquemas terapéuticos regularmente están planeados para trabajar con adultos.

Si se observa detenidamente, los niños, de una manera general no son responsables de su comportamiento, los padres o los adultos que tienen el papel de tutor, son en gran medida responsables de la forma en que los niños a su cargo respondan de manera congruente a lo esperado por el exterior. Sin embargo, los niños aprenden de los adultos y del mundo que les rodea sin cuestionarlo, asimilan lo que hay a su alrededor y toman del contexto las herramientas necesarias para desarrollarse. Se crea una relación desigual entre el niño y el adulto, en la que el niño espera y necesita recibir y el adulto desea y necesita darle.

Los adolescentes de otra forma, están, descubren y crean su identidad, a través de las experiencias y el contexto en el que se encuentran. En la medida en que el niño crece, adquiere una mayor movilidad. Aumentan sus relaciones personales, comienzan a hacer distinción entre intención y compromiso, entre elecciones y consecuencias, entre lo que se imagina y lo que se hace. Los adolescentes son aprendices de adultos.

En la adolescencia los cambios que se producen son de una gran intensidad. Es en este período de la vida de los seres humanos, donde el proceso se hace más evidente. Es fácil darse cuenta de sus cambios, aumentan en estatura, en fuerza, les cambia la voz, pueden dejar de contar sus experiencias, rechazan lo que hasta el momento les gustaba, etc. Cambian sus intereses, quieren salir con los amigos, dejar de ir a las reuniones familiares. Se dan cuenta que han dejado de ser niños, y a la vez que aún no son adultos.

Pasan de la dependencia de los padres a ensayar una autonomía progresiva. Convertirse en adulto es aprender a ser autónomo y ser capaz de ser independiente. Una persona autónoma puede hacer elecciones y rechazos.

En este proceso de cambio, de pasar de la niñez a la edad adulta, el adolescente necesita tener oportunidades, experiencias para comprobar lo que sabe de él hasta el momento, adquirir nuevas destrezas, nuevos recursos. El mundo se convierte en un lugar muy interesante, lleno de retos, con multitud de posibilidades de tener experiencias nuevas para compartir.

Los adolescentes dejan en algunos momentos, la seguridad de lo conocido, arriesgándose en lo desconocido. La familia, los padres, pierden la relevancia que tenían y la pasan a los amigos, con los que contrastan sus descubrimientos y comparten sus nuevas experiencias. Cada adolescente es único, diferente, y en ocasiones puede aparecer como rebelde, desafiante, sentirse abandonado, irresponsable, pero también puede ser cercano, interesado genuinamente por el otro, tierno o responsable,.

Goodman dice que educar a un hijo adolescente, consiste en *"proporcionarle seguridad, audiencia para las proezas, consuelo para las heridas, sugerencias y equipamiento material para el paso siguiente, y respuestas cuando pregunta"*(Store, 1997), y desde una relación igualitaria, apoyarle como ser humano.

A veces surge un problema entre el adolescente y sus padres, y no saben como resolverlo. Cuando esto ocurre, cuando se dan cuenta que no tienen estrategias para solucionarlo, los padres suelen llevar a su hijo/a a terapia.

Cuando un adolescente llega a terapia la mayor parte de las veces no sabe que hace allí, no es consciente que tenga un problema que no sepa resolver. Puede haber tenido experiencias negativas con otros adultos que supuestamente estaban interesados en el/ella y necesita sentir la confianza antes de empezar a contar lo que le preocupa.

El trabajo terapéutico con adolescentes consiste en apoyar el proceso natural de su desarrollo cuando éste se ha interrumpido. No se puede dar por sentado la relación terapéutica, es necesario en primer lugar crearla y esto puede llevar algún tiempo. Esta relación es el apoyo terapéutico, parte indispensables del proceso terapéutico.

Todas estas sensaciones también son vividas por los niños o adolescentes sordos, pero en la mayoría de los casos, este proceso se ve afectado a su vez por la larga cadena de duelos pasados que no sólo han experimentado ellos, sino también sus respectivas familias en relación a la sordera. Dependerá de los la calidad de los recursos y la rigidez o flexibilidad del contexto familiar para promover en el adolescente la posibilidad de hacer un pasaje más sencillo del entorno familiar a la vida en el exterior.



Dentro de esta visión clínica en Gestalt se destacan cinco aspectos que son observados y elaborados dentro del marco de tratamiento con cualquier paciente y son los siguientes:

<b>SALUD Y ENFERMEDAD</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se debe dilucidar cuáles son las concepciones y prejuicios consciente o inconscientemente que se poseen como profesionales.</li> <li>- Modificar la orientación de una lógica de la enfermedad a una de la salud (no hacer "figura" o destacar lo que está mal). Destacar lo sano.</li> </ul>
<b>AQUÍ Y AHORA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se hace énfasis en el momento presente.</li> <li>- El contacto y la experiencia son revalorados en la situación actual en la que ocurre, no en la que "debería" o "fue".</li> </ul>
<b>DARSE CUENTA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reestablecer el flujo del darse cuenta.</li> <li>- Percatarse del flujo ininterrumpido de la experiencia.</li> <li>- Vivir la experiencia plenamente.</li> <li>- Dejar las conductas previsibles, rutinarias y compulsivas,</li> <li>- Promover el crecimiento como un proceso orgánico.</li> </ul>
<b>CONTACTO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dar entrada a lo nuevo, diferente y espontáneo, lo que lleva al proceso de asimilación de lo que es nuevo o no-yo.</li> <li>- Promover el acercamiento y la relación con otros, haciendo crecer la identidad propia a través de la identificación-diferenciación.</li> <li>- Ampliar la experiencia personal a través de la relación con los otros, que lleva al cambio tanto interno como externo.</li> </ul>
<b>EVITACIÓN DEL CONTACTO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Modificar la respuesta estática, ya que de este modo se modifica la "figura fija" que se tiene ante determinadas situaciones, que impiden el cierre de una situación inconclusa.</li> <li>- Promover el cierre de situaciones inconclusas, que concentren cúmulos de energía que impidan la apertura hacia nuevas situaciones. No cerrar tiene el aspecto negativo de la compulsión y repetición.</li> </ul>

### Salud – Enfermedad en relación a la sordera

Regularmente la visión "clínica" de la enfermedad es orientada hacia la lógica de la enfermedad, no apuntando hacia la lógica de la salud, lo que conduce a hacer "figura" lo que está mal, lo que provoca que la persona sea consciente de sus dificultades, de lo que no hace bien, pero sin tener idea de lo que sí hace bien y que le ha permitido sobrevivir. La importancia radica en hacer énfasis en lo que está "sano", en lo que es "salud".

En el caso de la sordera, la persona con deficiencia auditiva es claro que detecta cuál es el aspecto del cual se encuentra carente, sin embargo, la apreciación en cuanto a ello se destaca, sin permitir concentrar la atención en aquellos elementos que puede enriquecer y que le pueden promover aceptación de sí mismo y de su condición de manera más integrada y sana.

**Para la Gestalt, la psicopatología sería la interrupción en el proceso natural de crecimiento.** Todo lo que está vivo crece y se desarrolla como forma de actualización de sus potencialidades a través de un proceso complejamente dinámico. De esta manera la identidad se va conformando a través de una discriminación dinámica del "yo" – "no-yo". Es en relación al medio que el ser humano crece; asimilando cosas es que se descubre a sí mismo. Y ello implica también una lucha por sobrevivir en las circunstancias que se vivan.

Relacionando esta visión con la sordera, el niño o adolescente sordo tendría que ser provisto de herramientas que permitan un constructo en el cual pueda hacer una identificación con el hecho de escuchar y no escuchar, el "yo sordo" con las particularidades que esto le representa y el "no-yo", en contraste a los oyentes con una visión y perspectiva de vida distintas, ya que a la persona con deficiencia auditiva, el medio le demanda condiciones y circunstancias diferentes para la adaptación a su entorno familiar y social.

Cuando estos mecanismos se bloquean o no se ponen en función, se interrumpe u obstaculiza el desarrollo en relación al transcurso de un proceso natural. A veces puede suceder que la necesidad más apremiante en determinado momento no sea el relacionarse con, sino el alienar a (una parte del ser) y esa alienación de una parte propia es la forma de cumplir con las exigencias que demanda el mundo social, presentandose el primer obstáculo al crecimiento personal. De esta forma se constituye una zona con la cual no se hace contacto y se continua creciendo sin tener contacto con esa parte del ser, ajustando la existencia personal a la carencia de la misma.

Esta alienación se representa claramente en la sordera, ya que de inicio al no cumplir con las demandas que el medio impone, se cumple con la exigencia social de alienar una parte de sí mismo. El problema radica en que esto se vuelve extensivo a la totalidad de la persona sorda, ya que se ve obstaculizada en su crecimiento personal además de crearle una gestalt fija que le impide experimentar la multiplicidad en todos los ámbitos, desde la interacción familiar, escolar, laboral y del establecimiento de nuevos vínculos y relaciones. Literalmente no sólo pierden comunicación, sino contacto con el mundo. Es así como se hiperdesarrolla una función para compensar a la que alieno. Por ejemplo la carencia de información, promueve una mayor actividad en las inferencias y especulaciones que hace del mundo.

En el caso del sordo, a pesar de la carencia de uno de sus sentidos y su identificación, no es posible volver a la situación original ya que ella no existe y, además, se han puesto en acción un sinnúmero de mecanismos y acciones que han ido convirtiendo a la persona en lo que es.

Es entonces que en el proceso de consulta se busca re-conectar la parte alienada de la persona actual, lo cual va a implicar una transformación total de esa persona. Así que en cierta forma toda patología es un bloqueo energético.

La homeostasis o autorregulación orgánica es un proceso natural, permanente y dinámico de todo ser, en el cual no intervienen las funciones conscientes. Trasladado a la vida psíquica y a la vida de relación, cuando está función actúa correctamente tenemos orientación y sentido de la vida; en cambio cuando se encuentra interrumpida experimentamos tensión y nos estancamos en algún lugar.

Lo que en determinado momento necesitamos moviliza todo nuestro ser. Tenemos un proceso homeostático con el mundo y con nosotros mismos.

### **La sordera aquí y ahora**

El concepto de aquí y ahora, hace referencia al trabajo con el momento presente. El contacto y la experiencia ocurren y transcurren en el aquí y ahora. En general, la persona no contacta con el momento presente y por lo tanto vive en una fantasía socialmente acordada, pero ilusoria realidad al fin.

El contexto cultural, de manera particular fomenta pre-ocuparse y no ocuparse, negando de esta forma el momento presente. El pasado integra el presente y en consecuencia no importa cuando se generó un problema, pues persiste vivo en el aquí y ahora. Y si hay algo para resolver sólo lo podemos solucionar en el aquí y ahora.

En este sentido, la persona neurótica mantiene inconsciente el cómo hace para sostener esa estructura y si deseamos frustrar los mecanismos defensivos que sustentan la resistencia al cambio, sólo lo podemos lograr en el momento presente.

### **Darse cuenta de la sordera**

El darse cuenta que el continuum de la experiencia, es el flujo ininterrumpido de la experiencia; es lo que vivenciamos en el aquí y ahora. Es el experimentar plenamente una situación presente; es vivirla en y con todos sus matices. Nos podemos dar cuenta de diferentes cosas: de estar pensando, de estar fantaseando, de estar sintiendo, etc.

El flujo del darse cuenta es permanente, pero podemos interrumpirlo y bloquearlo; evitar en forma selectiva el darnos cuenta o no de determinados sucesos o acontecimientos.

Una de las metas del proceso terapéutico gestáltico sería el re-establecer el flujo del darse cuenta, de re-poseer mi propia libertad y dejar así de lado aquellas conductas compulsivas, previsibles y rutinarias.

Hacer énfasis en el darse cuenta, implica ir en contra de nuestras costumbres y de nuestro modo de vida anquilosado, para transformarlo en un proceso orgánicamente vivo de continuo crecimiento.

## Contacto

Queremos crecer, queremos desarrollarnos, pero que no nos duela, que no se nos mueva el piso, que no sea difícil. Todos tratamos de introducir lo nuevo dentro de los viejos esquemas y si lo logramos no va a pasar nada, pues vamos a continuar con los viejos esquemas. Por ello, en Gestalt se busca la frustración de los mecanismos neuróticos que buscan la evitación del contacto. El **contacto** para la Gestalt sería el lugar de lo nuevo, de lo diferente, de lo espontáneo, de lo que nos sorprende, de lo que nos permite el "**awareness**" o "darse cuenta". El contacto nos permite llevar a cabo el proceso de asimilación y digestión de lo nuevo, de lo que es no-yo.

El ser humano es un ser en relación. Nuestra identidad crece poco a poco, a través de un proceso de identificación, de diferenciación, ampliándose en relación a nuevas experiencias. Y este cambio es a un mismo tiempo interno y externo.

Gran parte de mi identidad es re-descubierta en nuestra relación con lo que no soy yo y esto se da en forma permanente. La relación es siempre subjetiva. Sólo es posible el crecimiento si hay contacto con lo nuevo, con lo que no soy yo. Hay intercambio y es en el contacto donde descubro y me descubro. El contacto implica una profunda diferenciación donde yo soy yo y lo otro es lo otro. No importa que tipo de contacto tengamos, que parte del o de lo otro "toquemos", lo que se va a modificar es el todo y ello hace que no importe que tipo de contacto hagamos, sino que lo importante va a ser, el contacto en sí.

### Evitación del contacto.

La vida es una experiencia a ser vivida y no un problema a ser resuelto y es por ello que necesitamos el cómo y no el porqué, además de que este último se encuentra englobado en el primero.

Cuando tenemos una respuesta estática, que es siempre la misma, que se repite, entonces tenemos una figura fija, una gestalt fija, una situación inconclusa.

Todos tendemos a "cerrar", a convertir lo que vemos en algo cognoscible. Estructuramos así el mundo, de acuerdo a ciertas leyes de la percepción y cuando no podemos cerrar una "gestalt" se genera una situación inconclusa, una gestalt "abierta".

La situación inconclusa es una situación natural y no necesariamente patológica. Constantemente estamos abriéndonos ante situaciones nuevas, generando situaciones inconclusas y es gracias a ello que tenemos energía para vivir. Mientras la gestalt está abierta hay energía, y cuando se cierra, se hace "fondo".

En el plano psicológico, si mantenemos una situación inconclusa, hay un quantum de energía disponible. Esto tiene un aspecto negativo dado por la compulsión a la repetición y por otro lado, tenemos la posibilidad de resolución en tanto, se mantiene abierta, ya que existe la oportunidad de resolverla.

Debemos tener en cuenta que un conflicto puede haberse generado hace ya tiempo, pero la energía que lo inició, hoy, en el aquí y ahora mantiene todo su potencial energético. Y es en el aquí y ahora, en el momento presente donde esa situación inconclusa puede llegar a cerrarse, concluirse y pasar a ser "fondo". Y para cerrar esa situación inconclusa necesitamos utilizar la misma energía disponible que esa situación generó y genera. De esa manera, debemos tener siempre presente que las fuerzas para el cambio, para la salud no provienen de nuestra persona como profesionales sino del mismo consultante.

Hay que tener muy en claro que lo malo no es defenderse sino el vivir defendidos.

### **3.2. Manejo terapéutico.**

Es necesario tener presente que es responsabilidad de todos y cada uno reconocernos frente a otro. Tarde o temprano nuestra condición será la de ser pacientes y requerir de la intervención de los demás, con o sin nuestra voluntad, para enfrentar aquellas cosas que nos desagradan o que son difíciles de sobrellevar. Para ello es necesario saber qué es un paciente y hasta dónde la intervención de propios y extraños puede involucrarse en la condición de su estado emocional. El paciente es un ser humano que está sometido a un tratamiento determinado, en donde ser paciente, es padecer para conseguir sanar las molestias.

Ante todo, el terapeuta debe tener conciencia de sus propias fuerzas y debilidades, sus limitaciones como persona antes que como terapeuta. Un buen terapeuta no es precisamente aquel que puede trabajar con cualquier paciente, sino aquel que en función de su personalidad, de sus intereses y de sus motivaciones, reconoce con qué tipo de personas es capaz de empatizar, con las que se siente mejor o está más cómodo. Como terapeuta debe haber pasado él mismo por un proceso de terapia personal, que le haya puesto en contacto con su propio potencial, y que le permita desarrollar ese potencial en el proceso de psicoterapia que aplica a su cliente, es decir: "No puede llevarse al cliente más lejos de lo que el mismo terapeuta ha llegado" (Castanedo, 1988)

Para aclarar lo anterior, es necesario mencionar que todos por principio somos seres humanos y nos define nuestro ser y hacer. Podemos utilizar cualquier calificativo que nos distinga con los que compartimos la vida, y en la medida de lo posible, la libertad de vivirla. La psicoterapia ayuda al humano a retomar su libertad emocional, psicológica, a que ejerza su voluntad, así como sus decisiones morales y espirituales.

En el otro lado, tenemos al Terapeuta, quien es la persona que acompaña al paciente a lograr sus cambios. De ninguna manera, el terapeuta es un elegido de Dios, ni el que todo lo sabe y todo lo resuelve, ni mucho menos el que otorga la paz interior del paciente. Tampoco es el que lo somete. Sin embargo, la sociedad hace de los psicoterapeutas los depositarios plenos de la salud psicológica de sus pacientes, y hasta no demostrar lo contrario, el paciente lo asume y lo acepta por encima de sus propias limitaciones.

Esta situación, lejos de ser privilegiada, compromete de tal forma la relación entre ambos, que la coloca en un riesgo mayor, y que de no ser resuelto el conflicto de su paciente, será culpable ante su conciencia. Las expectativas que generalmente se tienen al asistir a una sesión terapéutica, de generar cambios rápidos y sin dolor, alteran los sentidos cuando las relaciones entre paciente-terapeuta mantienen una dependencia, o lo que es peor una codependencia.

El terapeuta puede en ocasiones intentar apoyar demasiado al paciente, y en ocasiones hacer aseveraciones en respuesta a la situación de conflicto, obligando al paciente a dar alguna respuesta que concilie ambos lados. El ejercicio terapéutico y los frutos en relación al proceso que enfrente el paciente, se verán reflejados en el auto apoyo que posea y a la confrontación de su propia realidad. De otra forma, se propiciaría la creación de falsas expectativas, los abusos, los excesos que trascienden en errores de procedimiento, que requiere más que nunca de aciertos.

Este confrontar y conciliar las realidades derivarían en una buena terapia, la mínima esperada entre paciente-terapeuta. Es algo que parece que el psicoterapeuta entiende, sin embargo, por "deformación" (que también compete a los pacientes), a veces las sensaciones de superioridad o de ser indispensables lo colocan en una posición contradictoria.

Precisamente el conflicto principal del terapeuta frente a su paciente, es poder conciliar con un orden que no le corresponde; sólo le queda esclarecer hasta donde le sea posible la realidad de los hechos. Su labor profesional frente al paciente consiste en integrar al ser humano que tiene enfrente, lo más apegado a la metodología y consecuentemente con conocimiento de causa, ofrecer los lineamientos de una mejora continua. Profesionalmente hablando, esa es su tarea; sin embargo, muchas veces asume o acepta responsabilidades que no le competen, como crear una figura de protector, padre o madre, o una red de apoyo que está presente ante cualquier circunstancia.

Por otro lado, como personas con una vida privada, se tienen límites que no pueden sobreponerse a las demandas de los pacientes. Pudiera ser que los límites no se establezcan bien debido a la forma en cómo se estableció el contrato, más que en poner límites entre ambos.

Si bien es cierto que existe un contrato hablado entre paciente-terapeuta, ambos se comprometen también a otros valores intrínsecos para que se de una buena relación terapéutica. Debe existir la confianza suficiente entre ambos para que se promueva la posibilidad de ayuda. También existen otros factores como la constancia del consultante, que a corto y mediano plazo se verán los resultados y el crecimiento de los dos juntos.

La relación de confidencialidad o intimidad que exista entre paciente-terapeuta, es una manifestación plena y desinteresada por parte del paciente, pues éste se abre, expresando desde lo más vulnerable, hasta lo más noble de su ser.



No es de dudarse que el paciente transfiera sentimientos, o haga transferencias de seres queridos con el terapeuta, o le de un valor emotivo más allá de lo esperado. Este tipo de transferencias no sería poco probable, pues en él o ella descarga sentimientos, emociones, comparte todo su ser interno sin ser juzgado, culpado, criticado o señalado.

No toda la responsabilidad recae en el paciente, en muchas ocasiones el terapeuta puede dar pauta a que las sesiones ya no sean tan emotivas como antes, o que ya no tengan el efecto de lograr cambios y madurez en el paciente. Las causas pueden ser porque el terapeuta puede confluir con su consultante, éste ya no avanza por cualquiera que sea la razón, el terapeuta no respeta el ritmo del otro, cuando se cambian los roles de terapeuta a paciente, se mezclan sentimientos de amor o pasión entre alguno de ellos, porque no lo estimula cuando tiene algún logro o porque ha incurrido en algún error, como de criticar, juzgar o censurar.

Otro suceso lamentable podría ser por la cuestión económica, que no lo deje "volar", pues sus ingresos se podrían ver afectados. Sería fácil caer en el círculo vicioso de la codependencia cuando terapeuta y paciente juegan el mismo juego, les funcione y de alguna manera lo sepan y continúen con ello, para disfrazar alguna situación que ambos no quieren ver, o por costumbre de asistir a un lugar en donde me escuchan, pago y hago como que hago sin obtener alguna ganancia secundaria.

La relación entre ambos es conveniente que termine cuando el paciente sienta que ya ha llegado a las metas que se planteó, y puede seguir logrando más. Y por parte del terapeuta, cuando ve en el consultante el auto apoyo por el cual llegó y la madurez de saber discernir quién es él, y quién su medio; lo que le pertenece y lo que no quiere.

Haley (1986) plantea que hay 4 etapas por las cuales pasa la relación paciente-terapeuta:

<b>Indiferenciación</b>	Es el estado de ansiedad y angustia de ambos, ya que aún no hay contacto pleno.
<b>Identidad</b>	Se inicia el conocimiento entre ellos, comienzan a usar un lenguaje común y a encontrar sus semejanzas o ideas que comparten.
<b>Influencia, control o competencia</b>	Generalmente se da con quien necesite afianzarse, y paradójicamente, se busca la fusión con el otro.
<b>Intimidad o colaboración</b>	Se conocen, se aceptan como son y se hace terapia realmente.

Las cuatro etapas son descritas con la finalidad de no confundir la dependencia y codependencia con las fases normales por las que pasan los integrantes de la terapia. Para evitar esto, no hay que olvidar estar aquí y ahora con el paciente con amor, respetando su individualidad, interesándose por su crecimiento, madurez, dándonos cuenta de cómo hacemos también las cosas.

### **3.3. Elementos del proceso terapéutico.**

En cada proceso psicoterapéutico es necesario establecer claramente cuál es la función y el objetivo del terapeuta, ya que permite enfocar de manera más precisa el tipo de relación que se establece con los pacientes, sin perder de vista los lineamientos éticos.

Fijar a su vez el marco en el que se llevará a cabo el tratamiento, permitirá la emancipación de falsas expectativas o distorsiones en relación al mismo, llevando además un contrato terapéutico, que comprometa tanto al terapeuta como al paciente en la búsqueda de respuestas que logren el alcance de estrategias en relación a su problemática y a su desarrollo personal.

Es necesario a su vez, poner especial atención a los aspectos que promueven la ineficacia del tratamiento.

La observación es el corazón de la experimentación en Terapia Gestalt, y ésta se concentra en el significado que tiene el evitar "darse cuenta"; lo alienado o inaccesible que está el paciente. Cuando el paciente muestra incongruencias prestando únicamente atención a un aspecto de su comunicación total y no a otro más importante de la misma, se le comunica.

La observación del terapeuta, mientras el paciente relata su "darse cuenta", puede proporcionar algunos datos para verificar la observación interna; lo que existe internamente en un organismo es generalmente reflejado, de alguna forma, por su conducta externa. Debido a que el terapeuta y el paciente se encuentran observando el mismo organismo, desde diferentes ángulos, el ojo simultáneo de ambas observaciones puede aportar alguna luz al proceso básico (Castanedo, 1988).

Aunque en Terapia Gestalt se permite al terapeuta ser espontáneo, éste se autoempeña en incrementar el "darse cuenta" del paciente, utilizando para lograr este objetivo las técnicas de experimentación.

#### **3.3.1 La función y el objetivo del terapeuta.**

Es un tanto complejo determinar tal vez en una sola palabra o aún más en una sola frase, cuál es la función y el objetivo del terapeuta, pero tratando de llevar esta concepción en términos concretos, se puede decir que el terapeuta es una especie de acompañante del individuo o familia en el proceso de cambio al que se encuentran confrontados y en el que están sumergidos de acuerdo a la etapa de desarrollo personal, que seguramente les ha sido más difícil de superar por sí mismos (no olvidemos que las personas nos vinculamos a través de nuestras necesidades individuales).



Siendo más específicos, el terapeuta es copartícipe en el cambio que experimenta el individuo o la familia que asiste, ya que la relación terapéutica se establece a través de un binomio en cuyo intercambio se experimentan cambios gracias a las intervenciones que hacen tanto el terapeuta como el paciente.

La psicoterapia es una experiencia humana, la cual es reconstructiva y a través de ella, terapeuta y paciente co-crean una nueva perspectiva que incluye a ambos sistemas.

Es un tanto complejo intentar basarse en una única perspectiva o modelo para orientar la actividad que como terapeuta debe ser realizada, por tal motivo, algo de importante consideración es que efectivamente el terapeuta debe tener un acervo amplio en relación al modelo que maneja.

Como es de todos sabido, el terapeuta debe crear su propia práctica y estilo individual acorde a su modo de ser, a su experiencia personal y al caso que se le presente, ya que de otro modo, lo que propiciaría sería regirse bajo un parámetro irreflexivo e inflexible de normas, imitando al terapeuta que nos ha otorgado parte de lo que él maneja y vivencia en los albores de la terapia.

No es sencillo saber específicamente cuál es, ni cómo debe ser desarrollada la labor del terapeuta, pero independientemente de la posición o postura que adopte dentro de su núcleo social, éste debe en primer lugar definir con claridad las condiciones en que se presenta el individuo en la búsqueda de un cambio; y en segundo lugar, que el terapeuta pueda proveer de recursos que lo lleven a resolver el problema por el cual acude a tratamiento. La eficacia que el terapeuta posea será medida en los resultados que se obtengan a través de la terapia que proporciona.

La labor terapéutica resulta delicada y difícil, ya que por un lado debe presentar la práctica y formación que debe tener el terapeuta bajo una supervisión seria que permita crear su propio espacio para maniobrar en el terreno de la terapia; así como posteriormente observar el medio social en el que estaría inserta su labor como terapeuta, como son el lugar y las condiciones que se le presenten en su desempeño, ya sean apropiadas o en alguna medida adversas.

Esto en el ámbito de la sordera resulta muy importante destacarlo porque puede ser que el terapeuta en cuestión posea recursos terapéuticos muy valiosos, pero los cuales pueden ser infructíferos si hay desconocimiento de las situaciones que involucran y en las cuales se desenvuelve el individuo y la familia de sordos.

Nevis (1976) explica que hay una serie de aspectos a considerar en relación a las características que debe tener el terapeuta Gestalt y crea un instrumento con el fin de ayudar a los terapeutas en formación: *El Cuestionario de Autoanálisis*. A continuación se muestran los 12 aspectos que promueven la detección de capacidades conductuales, estilo personal, trabajo profesional y destrezas.

<p><b>1. Habilidad para decir las cosas en forma precisa, concisa, clara y directa</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Utilización de un lenguaje fresco y claro</li> <li>- Ser comprendido fácilmente por los otros.</li> <li>- Uso de metáforas y otras formas poéticas.</li> <li>- Utilización del color y la fuerza en las oraciones.</li> <li>- Congruencia entre las palabras, el movimiento corporal y los gestos.</li> <li>- Ser breve y conciso.</li> <li>- Hacer observaciones sobre el tema.</li> </ul>
<p><b>2. Habilidad para enfocar en la orientación del "aquí y el ahora", quedándose en el presente.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Darse cuenta del presente y de sus inmediatas calidades transaccionales (qué es lo que quiere una persona de mí y de los otros).</li> <li>- Darse cuenta de la conducta defectiva propia y la de los otros (distracción, cambiar de tema, contar historias o "chistes").</li> <li>- Darse cuenta de los resultados, en el contexto grupal, cuando se trabaja con un individuo del grupo; capacidad para utilizar el grupo o relacionar el trabajo al grupo.</li> <li>- Mencionar quién habla a quién en el grupo.</li> <li>- Mencionar quién está fuera del grupo.</li> </ul>
<p><b>3. Sensibilidad sensorial y funcionamiento corporal.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Capacidad discriminativa sensorial.</li> <li>- Darse cuenta de las zonas sensoriales "ciegas" o de las facultades subdesarrolladas (por ejemplo, usted es mejor viendo que oyendo)</li> <li>- Aceptación del funcionamiento del cuerpo.</li> <li>- Darse cuenta de gestos, posturas, movimientos.</li> <li>- Comprender la diferencia entre excitación y tensión. Poder trabajar con ambas cuando se presenten.</li> <li>- Demostrar la toma de conciencia de la respiración y concentración como funciones de soporte propio y de los otros.</li> <li>- Habilidad para diferenciar la calidad o el tono de voz, del contenido verbal de las palabras, identificando las diversas calidades (En el caso del sordo, poner especial cuidado en la diversidad que existe en la tonalidad de las expresiones y sus manifestaciones).</li> <li>- Capacidad de oír (de prestar atención y concentración en la presencia del otro).</li> <li>- Darse cuenta de los indicadores de tensión en el grupo.</li> </ul>
<p><b>4. Contacto con las emociones propias y habilidad para servirse de la toma de conciencia, en forma directa y abierta con los otros.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Toma de contacto con sus propias emociones.</li> <li>- Darse cuenta de sus puntos "ciegos" emocionales, las emociones subdesarrolladas o las áreas de negación.</li> <li>- Habilidad para expresar sus emociones en forma auténtica, sin caer en un juego intelectual terapéutico.</li> <li>- Habilidad para darse cuenta de cuándo el expresar sus emociones es disfuncional; retener cuando sea necesario y evitar dificultades que pueden resultar de una sinceridad extrema.</li> <li>- Uso mínimo de sarcasmo o el ridículo como formas de evitar sus verdaderas emociones.</li> </ul>
<p><b>5. Habilidad para diferenciar los datos fenomenológicos observados y la interpretación.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estar abierto a la experiencia que surge; dejar que las cosas fluyan sin establecer juicios.</li> <li>- Capacidad para diferenciar entre la observación descriptiva y evaluativa, en sí mismo y los otros.</li> <li>- Capacidad para expresar diferentes puntos de vista, en oposición a las "verdades" dogmáticas.</li> <li>- Habilidad para tener claras las suposiciones o prevenciones desde las cuales uno mismo opera.</li> </ul>

<p><b>6. Darse cuenta de sus intenciones, de qué es lo que uno mismo quiere hacer o decir, unido a la habilidad de ser claro haciendo ver a los otros qué es lo que quiere de ellos</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Claridad para dar instrucciones.</li> <li>- Darse cuenta de qué es lo que está haciendo, incluso cuando está confuso o inseguro.</li> <li>- Capacidad para plantear problemas o metas en forma clara.</li> <li>- Comprender y conocer cómo utilizar los dilemas del aprendizaje que tienen un significado de intenciones transferidas (frustración creativa).</li> <li>- Habilidad para ayudar a los otros a que obtengan algún significado de su experiencia.</li> <li>- Habilidad para dar en el "clavo" de los problemas; darse cuenta y utilizar la esencia de las cosas.</li> </ul>
<p><b>7. habilidad para darse cuenta de dónde la gente está situada en un momento dado, respetando dónde se encuentren cuando se está trabajando con ellos</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Habilidad para oír, ver, sentir lo que la gente pregunta en un momento dado.</li> <li>- Habilidad para edificar sobre los "quiero", toma de conciencia, tensiones, entre otras cosas, sin llegar a ser violento, ni maltratar.</li> <li>- Sensibilidad y habilidad para avanzar al mismo paso que los otros, son la misma velocidad y fuerza.</li> <li>- Habilidad para retener las necesidades propias con el fin de dejarse ir con los otros.</li> <li>- Evitar la conducta competitiva con los clientes, los miembros del grupo o los co-líderes.</li> </ul>
<p><b>8. Centrarse en el continuum del proceso, de tal forma que sus capacidades y creencias sigan su propio camino de la experiencia, con la expectativa de que algo importante se desarrollará y se llegará al cliente.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aceptar la responsabilidad mutua; terapeuta y paciente(s).</li> <li>- Capacidad para tolerar el sentirse confundido sin acelerarse para eliminar la confusión de la existencia.</li> <li>- Habilidad para confiar en la fuerza y potencial disponible en las personas que parecen poco dispuestas a trabajar.</li> <li>- Capacidad para ver y considerar su trabajo como un proceso educativo, más que como un proceso curativo de enfermedades.</li> </ul>
<p><b>9. Capacidad para ser ambas cosas en una misma sesión: suave y rudo.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Capacidad para expresar o manifestar sentimientos afectivos cálidos.</li> <li>- Capacidad para tocar a la gente (físicamente), cuando este contacto físico pueda ayudar, así como, capacidad para saber cuándo no es conveniente hacerlo.</li> <li>- Capacidad para expresar reconocimiento o aprecio por lo que los otros han hecho.</li> <li>- Capacidad para poder decir a alguien, "Haga esto", en forma directa, firme y, sin embargo, cariñosa.</li> <li>- Capacidad para empujar a alguien a hacer algo sin dejarse convencer fácilmente por su fragilidad aparente.</li> <li>- Capacidad para estar en desacuerdo abiertamente con alguien.</li> </ul>
<p><b>10. Habilidad para enfrentar y aceptar situaciones emocionales que se dan entre el terapeuta y los otros.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Habilidad para enfrentar los conflictos y la cólera.</li> <li>- Habilidad para enfrentar situaciones afectivas.</li> <li>- Habilidad para soportar el silencio.</li> <li>- Habilidad para tolerar la tensión.</li> <li>- Habilidad para saber cuándo frenar <i>versus</i> incrementar situaciones emocionales.</li> <li>- Capacidad para tolerar críticas sin ponerse a la defensiva.</li> <li>- Capacidad para defender los derechos de los individuos frente a la presión del grupo.</li> </ul>

<p><b>11. Habilidad para presentarse en forma atractiva, sin necesidad de imponer una presencia carismática.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identidad propia clara, sin que llegue a ser abiertamente dominante.</li> <li>- Alto nivel de tolerancia para aquellos que son significativamente diferentes.</li> <li>- Relativamente pocas proyecciones de sus propias necesidades sobre los otros; sin embargo "levantar la frente" en lo que se refiere a sus principios, normas, valores y lo que está enseñando.</li> <li>- Capacidad de compartir sus experiencias en forma enriquecedora.</li> <li>- Permitir espacio para que los otros influyan en lo que está ocurriendo, sin abdicar su liderazgo. Habilidad para ser creativo e innovador en su propio estilo de vida.</li> </ul>
<p><b>12. Darse cuenta de los aspectos trascendentales y creativos de su trabajo.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Poseer cierto sentido de reverencia y respeto hacia lo que está ocurriendo.</li> <li>- Un fuerte sentido de curiosidad frente a las cosas que ocurren en la vida.</li> <li>- Habilidad para utilizar paradojas, metáforas, enigmas y humor.</li> <li>- Habilidad para integrar algo de misticismo con un enfoque cognitivo o racional.</li> <li>- Capacidad para verbalizar las semejanzas entre el arte, la música, el teatro, etc.</li> <li>- Habilidad para tomar y usar una gran variedad de opciones.</li> <li>- Abierto a un punto de vista colectivo, evitando ser dogmático.</li> </ul>

### 3.3.2. La fijación del marco de tratamiento.

Suele considerarse que el tratamiento se ha iniciado hasta que el paciente acude a su primera cita, e incluso, hasta después de haber tenido con él algunas sesiones para de este modo hacer una división entre lo que sería su diagnóstico y lo que es necesario para su tratamiento. Para algunos modelos es por el contrario, ya que cualquier contacto que se establece con el paciente proporciona información que influye en la intervención dentro del tratamiento.

Algunas veces, alguien trata de concertar una cita a otra persona que en apariencia tiene el "problema", buscando un encuentro entre el terapeuta y el individuo "problemático", y así iniciar una solución en relación al mismo.

Esto parece ser una situación repetitiva en el contexto terapéutico con sordos, ya que por un lado hay una base física que puede evidenciar la necesidad de un tratamiento en base a la situación "problema" y a las consecuencias que ésta causa dentro de la familia y en el individuo, sin reconocer ni darse cuenta que el aporte importante a la situación en gran medida es y ha sido matizada, por la dinámica familiar y los aportes que la misma ha hecho para agravar la situación que los apremia. Se hace necesario poner de manifiesto que en la mayoría de estos casos, "la persona más decidida a buscar un cambio, es aquel miembro del sistema que se halla más perturbado por el problema. En consecuencia, el solicitante es también quien mejor colabora en el tratamiento" (Fisch, R. & Weakland, J. & Seagal, L. 1982).

Bajo esta perspectiva, lo más adecuado sería tratar de establecer la primera cita con la persona que ha demostrado el interés en la resolución del problema, aún cuando éste piense que el problema es del otro, ofreciéndole en primer lugar, tratar de conocer su punto de vista con respecto a la situación, de tal modo, que el terapeuta pueda plantear algunas alternativas para resolver su problema, haciendo que de esta forma, tenga una participación activa en su tratamiento y en su interés por él.

En el caso de los pacientes con pérdida auditiva o sordera, es común tener una posición dentro del contexto familiar o social como enfermo o bien carente de una de sus funciones que necesita ser reparada en lugar de ser aceptada. Esto provoca efectivamente situaciones que golpean el estado emocional del individuo sordo o con pérdida auditiva, las cuales en diversas ocasiones no pueden ser confrontadas terapéuticamente de manera personal, porque nuevamente este sería un señalamiento a la constante que indica que el problema es él y dicha apreciación afianzaría la necesidad de ser reparado y no aceptado.

Cuando el problema es abordado a través del solicitante esto puede matizar de manera diferente el tratamiento, ya que se observaría por medio de la dinámica que la familia o de la relación que el solicitante mantiene con el individuo sordo, ya que esto ayudaría en algunas ocasiones que la etiqueta de imposibilitado se atenúe o desaparezca.

Es probable que si con anterioridad la persona que se comunica para establecer una cita ha tenido algún otro tipo de tratamiento terapéutico y desea continuarlo a través de un nuevo terapeuta, concerte una cita sugiriendo al actual terapeuta que contacte con el anterior para esclarecer los puntos más importantes en relación a su tratamiento. Si el nuevo terapeuta accede a tal petición, se estaría dando por sentado que el nuevo tratamiento es la continuación del que tuvo previamente y que la forma de trabajo realizado por uno y otro son similares. Ello propiciaría que el tratamiento se iniciara de manera problemática, por la incongruencia que puede existir entre ambos puntos de vista. Además se permitiría que el paciente tomará un papel parsimonioso en tratamiento, y en cierto grado no existiría la apertura y franqueza necesarias e indispensables en el desarrollo del mismo (Fisch, R. & Weakland, J. & Seagal, L. 1982).

También es necesario mencionar que otras veces, van a existir peticiones por parte del paciente que indiquen de qué forma y a quiénes se debe incluir en el asesoramiento familiar, así como observaciones en cuanto al tipo de labor o tratamiento específico que debe llevarse a cabo. El terapeuta debe permanecer atento ante tal situación y continuar el tratamiento, configurándolo con la plena convicción de que él mantiene las decisiones en relación al trabajo realizado y a la capacidad de maniobra que posee, ejerciendo el criterio o criterios que crea más pertinentes.

Esto no quiere decir que haya una parte inflexible dentro del tratamiento, pues puede valorarse conforme al transcurso del este, las peticiones que pudieran existir por parte del paciente a la invitación de algunas figuras que sean representativas para el mismo, siempre y cuando el terapeuta valore que las condiciones sean propicias y beneficien el tratamiento.

Resulta importante esclarecer con el paciente, el ritmo del tratamiento. El terapeuta debe manifestar que no comenzará el tratamiento en los términos propuestos por el solicitante, sino por el contrario, deberá ajustarse en cierta medida a los arreglos a los que ambas partes lleguen. En palabras de Papp: "si se permite que la familia determine las condiciones a partir de su propia definición del problema, el terapeuta estará perdido, ya que la definición de la familia es la que está manteniendo el problema" (Papp, 1983). El terapeuta debe crear una estrategia que norme desde el principio su relación con la familia o el individuo.

### 3.3.3. El contrato terapéutico.

Es necesario hacer énfasis en lo importante que es considerar a la terapia no sólo clínicamente como un campo para ejercer una profesión tan delicada como es trabajar con individuos; sino también todas las implicaciones que trae consigo llevarla a cabo de una forma satisfactoria y a la vez comprometida consigo mismo como terapeuta, como con quien recurre a nosotros en la búsqueda de una solución. Si bien nuestro campo es objeto de análisis e investigación, también se considera a la terapia como un arte que recae en la ejecución que el terapeuta haga, de tal manera que necesita de un recurso tan valioso como lo es la *improvisación*. Es por ello que debido a que nunca se puede saber lo que dirá la persona que tengamos en tratamiento en cualquier momento del transcurso del mismo, no puede ni debe basarse en diálogos ya preestablecidos.

Los diferentes modelos y escuelas existentes nos ayudan como guía para llevar a cabo la labor terapéutica, pero si nos dedicamos a trabajar inflexiblemente bajo una sola postura, esto además de restarnos capacidad de maniobra, puede ser un factor que nos hable de la falta de creatividad que puede existir en el terapeuta en relación a la casuística que se le presente, ya que es posible que lleguen a terapia individuos con los que se pueda trabajar fluidamente en la búsqueda de soluciones siendo ellos mismos participantes activos del cambio, o bien en contraparte, tener pacientes un poco más "resistentes" en la búsqueda de nuevas alternativas para su desarrollo personal.

Es por ello que el modelo gestáltico parece un modelo propicio, ya que proporciona recursos terapéuticos que permiten el manejo desde una perspectiva holística, observando al individuo dentro de una visión totalizadora, tomando en cuenta el desarrollo personal, familiar y social.



Muchos pacientes en diversas ocasiones pueden ser los causantes de que los esfuerzos que se realizan a nivel terapéutico se vean obstaculizados, ya sea por la angustia que les causa enfrentarse a una situación distinta a la que conocen dentro de su dinámica familiar, o porque se encuentran exponiendo su problemática a una persona ajena a su contexto familiar. Junto a este sentimiento, se encuentra el temor a que la situación que le está causando conflicto pueda empeorar.

Es por tales motivos que se hace una distinción entre cuál es la mejor forma de actuar en el tratamiento, y cuál es el margen de libertad para actuar en el contexto terapéutico de la forma en que cada uno considere más adecuada. A esto algunos autores le llaman: *capacidad de maniobra*, según Fisch, Weakland y Seagal (1982) ella da la posibilidad de iniciar el tratamiento con acciones dotadas de un propósito, sin importar los inconvenientes u obstáculos que se presenten durante el proceso.

Papp (1983) considera que para poder desarrollar un acuerdo terapéutico, el terapeuta debe estar alerta y dar importancia a la posibilidad de que existan proyectos encubiertos y contraindicaciones de los requerimientos que les han sido presentados; y que debe redefinir lo más pronto posible el problema en términos solucionables.

El tratamiento es la responsabilidad que en esencia tiene el terapeuta y claudicar a ella provocaría daños en el paciente. Algunos autores sostienen que es necesario que el terapeuta no pierda de vista las opciones que tiene para maniobrar en terapia. Fisch, Weakland y Seagal (1982) explican que cualquier cosa que haga el terapeuta, al intervenir en la solución de un problema o al dar dirección al tratamiento, tiene como base la sencilla opción de dar término al tratamiento si es necesario, sintiendo toda la capacidad y autoridad para tomar esta decisión.

Si el terapeuta declinara prontamente a la petición que se le hiciera en contra de algún tercero, esto provocaría que su capacidad de maniobra se viera menoscabada, ya que su poder de elección en relación a quién tiene que ver, cuándo, dónde y el horario correspondiente a las visitas no se presentarían como alternativas que él pudiera definir. Esto podría ser un factor inicial desencadenante de fracaso en el tratamiento.

Es por todo lo anterior, que para Fisch, Weakland y Seagal la capacidad del terapeuta radica en gran medida, en la posibilidad de discernir qué estrategias se llevan a cabo, y si se percata de que no están siendo las más adecuadas con respecto al problema que se atiende en ese momento, buscar nuevas alternativas sin aferrarse a determinadas prácticas a costa de lo que sea.

Es decir, que el terapeuta debe cambiar el curso en cuanto aparezcan indicios de que dichas estrategias no están siendo las más adecuadas para lograr el cambio en el paciente en cuestión. Es entonces que el terapeuta deberá de conformar la prudencia y el ritmo en los comentarios que haga a las respuestas que proporcione el paciente.

La forma en que el terapeuta tenga, en gran medida depende de que no se ejerza cierta presión para que actúe inmediatamente en la resolución del problema. Si esto llegara a ocurrir, el terapeuta debe definir la importancia que tiene el hecho de tomar el tiempo necesario para clarificar y pensar bien lo que se va a hacer en relación al problema.

Una buena intervención requiere que se ayude al paciente a comprometerse con su problema definiéndolo lo más claramente posible, ya que si no se le pide al paciente que sea explícito y concreto, podría conducir la situación de la manera que más le convenga promoviendo informaciones difusas, obstaculizando mucho más el proceso terapéutico y por ende su avance.



## CAPITULO IV

### MODELO PSICOTERAPÉUTICO GESTÁLTICO COMO FACILITADOR EN LA COMUNICACIÓN DE NIÑOS Y ADOLESCENTES SORDOS

Para el terapeuta gestáltico una de las metas primordiales dentro del tratamiento es que el paciente pueda darse cuenta de la relación de totalidad que su organismo guarda consigo mismo, con sus experiencias, emociones, expectativas y los constructos que hace de la realidad.

Desde cualquier enfermedad que nos aqueje podemos rescatar los aspectos más negados, olvidados y combatidos de nosotros mismos (Schnake, 1995).

Dossey (1986) en relación a la enfermedad y la forma en que se llevan a cabo el tratamiento explica: "Por lo que respecta a las estrategias de la salud, las mejores son las que nos hacen más sabios. Toda intervención en relación con la salud, que no aumente nuestra complejidad psicofísica ni nuestra sabiduría interior para afrontar las perturbaciones que la amenacen, pertenece a un orden terapéutico inferior" .(pág. --)

Es menester recalcar que si bien se propone el modelo Gestalt para enriquecer los aspectos psicológicos y comunicativos del paciente sordo, no se habla del tratamiento de una enfermedad en específico. Por el contrario, tomando en consideración las características descritas en capítulos anteriores que tienen que ver con la visión particular que la comunidad de sordos posee, se propone un camino como facilitador en la intervención terapéutica para abordar diferentes problemáticas.

## METODOLOGÍA

### OBJETIVO GENERAL:

Promover en el niño o adolescente sordo estrategias comunicativas que permitan un mejor desarrollo integral, apoyando sus procesos de adaptación dando herramientas emocionales a través de la psicoterapia Gestalt.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Promover en el psicólogo una participación más activa en la ampliación de su conocimiento en relación al niño y adolescente sordo, proporcionando herramientas comunicativas que permitan mayores avances en el tratamiento terapéutico.
- Valorar la importancia que tiene la implementación de un tratamiento terapéutico que permita el establecimiento de herramientas comunicativas para personas sordas.

- Proponer la terapia Gestalt como modelo de atención para pacientes sordos debido al planteamiento principal que es la integración de todas las partes como un todo.
- Elaborar un modelo de atención terapéutica para niños y adolescentes sordos.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La carencia constante de comunicación a través de un canal de fácil acceso como las lenguas de señas, hace de los sordos un grupo vulnerable y especial.

Las lenguas de señas son lenguajes nativos para miles de personas sordas y de personas con padres de sordos, que por tal motivo comparten su cultura al encontrarse inmersos en ella. Es necesario enfatizar que no existe una lengua de señas universal, ya que las lenguas se encuentran determinadas por la cultura, por lo que las lenguas de señas dependen en mucho de los contextos culturales donde se desarrollan.

Es interesante señalar que el canal visual cobra una doble importancia para los sordos, ya que por una parte es empleado como canal para la asimilación de lenguaje (símbolos y significados), y por otra parte, se convierte en un recurso que provee de información sobre los objetos y los eventos en su contexto ambiental.

Conforme se desarrolla la intervención terapéutica con el modelo gestáltico, aumentan los aspectos comunicativos del niño y del adolescente sordo, a través de diversos canales como son las herramientas lingüísticas, de percepción visual, de las emociones y de la construcción global de las experiencias y vivencias que se han tenido en el transcurso de su vida.

A través de todos los elementos que se presentan en las dinámicas sugeridas, el paciente hará una serie de inferencias y construirá la propia historia por medio de la integración de recuerdos, vivencias y concepciones encaminadas a la resignificación de sus experiencias.

## **ASPECTOS Y CARACTERÍSTICAS DEL MODELO GESTALT**

- El uso del modelo gestáltico como estrategia terapéutica en el tratamiento de niños y adolescentes sordos, tiene como finalidad, proponer la aplicación del modelo gestáltico como herramienta de atención terapéutica para niños y adolescentes.
- Los aspectos comunicativos del niño y adolescente sordo serán representados a través del modelo gestáltico. Buscando promover el fortalecimiento de estrategias comunicativas que le permitan expresar sus necesidades, emociones, sentimientos y pensamientos.

## **PROPUESTA DE UN PROGRAMA PSICOTERAPÉUTICO CON ENFOQUE GESTALT COMO FACILITADOR EN LA COMUNICACIÓN DE NIÑOS Y ADOLESCENTES SORDOS.**

Este capítulo tiene como objetivo presentar un modelo de intervención con enfoque Gestalt, que promueva la atención terapéutica especializada y de manera temprana con niños y adolescentes sordos.

El interés surge por la carencia constante de las personas con discapacidad auditiva de comunicación a través de un canal de fácil acceso como las lenguas de señas, que propician la vulnerabilidad de los sordos, ya que junto con la carencia lingüística está la limitación de información esencial.

Las lenguas signadas son lenguas nativas para miles de personas tanto sordas como de personas que están relacionadas con la comunidad de sordos (hijos y familiares).

Es interesante, pero además necesario enfatizar que el canal que predomina en las personas con deficiencia auditiva, es el visual. A su vez, cobra una doble importancia porque por un lado, es usado como un canal para asimilar lenguaje y con ello el empleo de símbolos y significados; y por el otro lado, se convierte en un recurso que provee de información sobre los objetos y los eventos en su contexto ambiental.

### **I. EVALUACIÓN**

#### **1) HISTORIA CLÍNICA.**

Proporciona datos de identificación como nombre, escolaridad, estado civil, ocupación, domicilio, teléfono, miembros que integran su familia, entre otros datos. Tiene como finalidad indagar sobre la problemática que lleva a tratamiento al niño o adolescente con sordera, conociendo el motivo de consulta y cómo es referido al espacio de terapia. A través de esta entrevista se indagan aspectos concernientes a su desarrollo individual, ambiente familiar y social, así como conocer el apoyo que recibe para potencializar el recurso de la terapia.

La mayor parte del diagnóstico y tratamiento es planeado a partir de las observaciones y conclusiones que se obtienen del bosquejo general que se obtiene de la entrevista clínica inicial.

Las características lingüísticas o socioculturales del paciente sordo o persona con deficiencia auditiva pueden diferencialmente impactar algunos de los aspectos dentro de la entrevista clínica. Si estos no son detectados pueden provocar serios errores de percepción u omisiones. Por tal motivo se propone hacer uso de los componentes de la entrevista clínica estandar y el examen del estado mental (Mental Status Examination MSE).

Este contacto inicial permite obtener las primeras hipótesis en relación a la situación y a su vez promueve sobre esta base tomar recursos para las primeras intervenciones terapéuticas; así como en su defecto descartar aquellos casos en los cuales la efectividad del tratamiento pudiera verse afectada. En este apartado se verían algunos rasgos de inclusión y exclusión.

**Consideraciones especiales en la entrevista clínica y el Examen del Estado Mental (MSE) con pacientes sordos\***

Aspecto a evaluar	Consideraciones especiales
Presentación inicial	Indagar sobre las experiencias anteriores con servicios médicos y de atención, que proporcionen datos sobre la fluidez en señas u oralmente. Fuente de canalización. También proporciona información en relación a la actitud que el paciente tendrá en cuanto al posible tratamiento.
Motivo de consulta	La sordera en sí misma raramente es el motivo real por el que se asiste a consulta, sin embargo matiza de manera importante la problemática, ya sea que se muestren patrones de sobreprotección, discriminación, inaccesibilidad a los servicios de atención.
Lenguaje/Comunicación	Raramente la comunicación a través de la lectura labiofacial o la escritura son adecuadas por ser herramientas que dependerán del talento del paciente, además de no ser la forma de comunicación primaria para los sordos. Se puede recurrir a la intervención de un intérprete, teniendo como riesgo la triangulación del vínculo terapeuta-paciente, así como la dificultad que tiene la certificación de intérpretes en México que cuenten con los recursos necesarios para la interpretación de procesos emocionales.
Tono afectivo	Es necesario observar a través de la fluidez en el discurso y en la tonalidad que toma a través de la expresión facial y corporal, ya que estos son factores que proporcionan información sobre aspectos depresivos o ansiosos.
Psicosis	Las alucinaciones auditivas son poco comunes en el paciente sordo. La desorganización y las alucinaciones visuales son más comunes. Es posible que siga con disrupciones psicóticas, pero es difícil su identificación.
Orientación	Nombres de personas (en Español deletreando o como señas particulares) y lugares pueden funcionar como descriptores.

**Consideraciones especiales en la entrevista clínica y el Examen del Estado Mental (MSE) con pacientes sordos**

Aspecto a evaluar	Consideraciones especiales
Sensación/Percepción	Es necesario indagar si además de la deficiencia auditiva, también se presenta algún problema de visión, ya que en algunos casos se asocian ambas deficiencias.
Cognición	Incidencia en desordenes del desarrollo e indagar si existen problemas de aprendizaje o bien evaluar la situación académica actual, que no es de ningún modo equivalente al Coeficiente intelectual, sino que dependerá de la intervención y estimulación.
Inteligencia	Puede ser un aspecto difícil de evaluar si el paciente no cuenta con recursos lingüísticos suficientes. De no ser así, sería necesaria una evaluación especial.
Fuente de información	Observar la cantidad y la calidad de la información que el paciente recibe de su entorno, ya que esto proporciona un espectro de las condiciones sociales o de aislamiento en que se encuentra.
Razonamiento abstracto	Es necesario considerar aspectos concernientes a lenguaje y a los factores sociales, educativos y culturales en los que se desarrolla la sordera, ya que pueden presentarse falsas concepciones y asumir que la sordera se asocia a procesos de pensamiento concreto.
Juicio/Capacidad de insight	La limitación en el desarrollo pueden estar presentes debido a contextos educativos empobrecidos, lo cual se verá reflejado en la capacidad de insight y juicio.

\* Tomado de "Psychological Perspectives on Deafness" Vol. 2. Robert Q. Pollard, Jr. University of Rochester Medical Center.

## 2) EXAMEN FÍSICO

Es conveniente como medida preventiva observar la situación médica general del paciente, ya que este tipo de aspectos pueden influir en el tratamiento. También es importante porque se obtiene un espectro representativo en relación a su estado anímico y al manejo que hace de sus emociones y cómo éstas son manifestadas a través del aspecto corporal.

## 3) APLICACIÓN DE PRUEBAS PSICOLÓGICAS

La aplicación de pruebas busca respaldar algunos de los datos que se solicitan en la historia clínica, así como obtener otros que indiquen que el Coeficiente Intelectual (CI) es normal y que el paciente en cuestión cuenta con los recursos necesarios para un proceso terapéutico.

### TEST GESTÁLTICO DE BENDER

Lauretta Bender realizó las investigaciones para su test en el "Bellevue hospital" de New York. A partir de 1932 empezó a publicar sus resultados en la prensa especializada, y en el año 1938 la American Orthopsychitric Association lo dio a conocer en conjunto. El test Gestáltico de Bender fue bien aceptado por la crítica científica y pronto pasó a ocupar un puesto de importancia en toda batería psicométrica contemporánea.

**Objetivo:** Exámen de la función giestáltica visomotora, su desarrollo y regresiones.

**Funcionamiento:** Se le presenta a los sujetos, en forma sucesiva una colección de 9 figuras geométricas para que las reproduzca teniendo el modelo a la vista.

**Caracterización:** test visomotor, no verbal, neutro e inofensivo.

**Aplicaciones:** Exploración del retardo, la regresión, la pérdida de función y defectos cerebrales orgánicos, en adultos y en niños., así como de las desviaciones de la personalidad, en especial cuando se manifiestan fenómenos de regresión. En detalle:

- a. Determinación del nivel de maduración de los niños y adultos deficientes.
- b. Exámen de la patología mental infantil: demencias, oligofrenia, neurosis.
- c. Exámen de la patología mental en adultos: retrasados globales de la maduración, incapacidades verbales específicas, disociación, desórdenes de la impulsión, perceptuales y confusionales. Estudio de la afasia, de las demencias paráliticas, alcoholismo, síndromes postraumáticos, psicosis maniaco-depresivas, esquizofrenia.

**Márgen:** Es aplicable a sujetos de 4 años hasta la adultez.

Está inspirado en la Teoría de la Gestalt sobre la percepción, particularmente en las investigaciones realizadas por Wertheimer, en 1932, sobre las leyes de percepción. También los dibujos patrones, que el sujeto debe copiar, son los que seleccionó Wertheimer para estudiar la estructuración visual y verificar las leyes gestálticas de la percepción.

Otras influencias las ejercieron las investigaciones de la psicología del niño normal y anormal de Kurt Koffka, Kurt Lewin, Heinz Werner y W. Wolff. También se vinculan con el B.G. las investigaciones de David Rapaport y sus colaboradores sobre el pensar conceptual y las estructuras de la emoción y de la memoria.

**Características:** Por una parte pertenece al grupo de los test visomotores, y por otra, al grupo de los test gestálticos. Es un test visomotor porque el examinado realiza la tarea gráfica con los modelos a la vista.

Pese a su neta definición de test gestáltico, suele utilizarse también como test proyectivo. Para este fin se emplea la técnica de asociación libre sobre las figuras dibujadas y otros procedimientos semejantes.

Es un test clínico de numerosas aplicaciones psicológicas y psiquiátricas. Demostró poseer un considerable valor en la exploración del desarrollo de la inteligencia infantil y en el diagnóstico de los diversos síndromes clínicos de deficiencia mental, afasia, desordenes cerebrales orgánicos, psicosis mayores, simulación de enfermedades y psiconeurosis, tanto en niños como en adultos.

**Administración:**

Se administra en forma individual. Puede emplearse como test introductorio.

**Material de prueba:** (a) Juego de 9 figuras geométricas, más o menos complejas impresas en negro, en laminas de cartulina blanca. (b) protocolos de prueba: hojas de papel tamaño carta, (c) un lápiz; (d) una goma.

**Tiempo:** No se fija ni se limita el tiempo. No deben retirarse las láminas hasta que el examinado las haya reproducido. No obstante puede calcularse que la prueba toma por lo regular un lapso de 15 a 30 minutos.

**Registro de la Prueba:** Se registra la reacción del sujeto a la situación de prueba, su comportamiento a lo largo de ella, y en especial toda conducta que en el curso del test se desvíe de las normas señaladas. En ningún caso se considerará que el test ha fracasado. A su vez, también se registra si el sujeto está fatigado para tenerlo en cuenta en el diagnóstico. Estos datos se anotan en el protocolo de registro.



## TEST DE LA FIGURA HUMANA

El dibujo de la figura humana vehiculiza a través de su dibujo aspectos de la personalidad ligados al autoconcepto, a la imagen corporal que es la idea y el sentimiento que cada persona tiene respecto a su propio cuerpo. Es un concepto que hay que diferenciar del esquema corporal. Ya que el esquema corporal es el cuerpo real que tenemos con su anatomía y morfología.

El análisis del dibujo de la persona nos da cuenta de aspectos inconscientes de la personalidad.

**Información:** Nos permite ver cómo se siente esta persona respecto a su medio ambiente su habilidad para adaptarse al ambiente, el buen criterio con que lo evalúa y la objetividad y forma en que se relaciona con los demás.

Uno de los test frente al cual la persona a la que se le administra siente cierta incomodidad. Cada vez que se dibuja una persona hay muchas situaciones y variables que entran en juego, por ejemplo la aceptación o no de su edad y etapa vital actual.

Esto se refleja porque en un cuestionario que se entrega al sujeto se le pide que asigne una edad a esta figura que dibujo muchas veces adjudican edades inferiores a la propia. También se evidencia la aceptación de su propio sexo o no.

### **Componentes de la prueba**

**La cabeza:** nos permite ver como la persona evalúa la realidad, el equilibrio entre la fantasía y el pensar. Una cabeza grande, se asocia a un exceso de fantasía o búsqueda en lo intelectual como fuente de satisfacción. En su conjunto nos permiten inferir como la persona se comunica con los demás; con confianza o desconfianza con receptividad, un ejemplo cuando se dibujan ojos cerrados o bien, ojos sin pupilas que le permitan ver lo que sucede en su entorno. Los ojos ennegrecidos desafiantes que transmiten una mirada de desconfianza o agresividad.

**El cuello:** Es en lo real un canal a través del cual pasan todos nuestros nervios que parten y retornan al sistema nervioso central de ese gran director de orquesta que es nuestro cerebro por algo nos contracturamos frecuentemente en esa zona. Desde lo psicológico, el cuello nos da cuenta de la capacidad que tiene el sujeto para controlar sus impulsos, básicamente mas allá de su forma y longitud en el dibujo el cuello siempre debe de estar presente; cuando en un dibujo el cuello está ausente, implica que no hay un buen control de los impulsos ni afectivos ni sexuales; si está presente en el dibujo, pero es largo y delgado tanto que parecería que entre la cabeza y el tronco hay un gran abismo de distancia esto es muy frecuente en personalidades esquizoides.

Un cuello pequeño implica que hay un bloqueo y negación de lo que el sujeto siente en cuanto a la vestimenta que se le asigna a los personajes.



**La vestimenta** debería ser acorde a la edad, cultura e idiosincrasia del sujeto. Cuando se grafica un dibujo de la persona puede ponerse en juego no solo lo que el sujeto es, sino también lo que desearía ser, lo que fue y ya no es y lo que otro es y él no es.

**Los hombros** nos dan cuenta del sentimiento de fuerza básico. Implica la fuerza que uno cree tener frente a las cosas que tiene que resolver o enfrentar, no significa la fuerza que realmente posee la persona. En diversas ocasiones se observan personas capaces que no se dan crédito y plasman por el contrario los dibujos de personas delgadas, que tienen como significado sentimientos de insuficiencia, de no poder.

Si la persona es delgada, es una autoimagen real es interesante que en estas alteraciones, se pueden encontrar patologías alimentarias como anorexia, bulimia, u obesidad grave.

Cuando los hombros están muy destacados indican un sentimiento de superioridad que en realidad compensa a uno de inferioridad.

**Los brazos** nos dan cuenta de la expansión o la dificultad que la persona tiene para afirmarse sobre su ambiente. En realidad los brazos son una estructura que hace posible la comunicación, pero las manos son las que concretarán el encuentro y el contacto con el otro. Así, muchas veces tenemos brazos sin manos; esto implica que la posibilidad de comunicarse está, pero que el sujeto no la puede utilizar. Cuando los brazos son demasiado largos y están alejados del cuerpo implican ambición, deseos de expansión pero que se maneja agresivamente.

Es importante que en las manos esté diferenciada la palma o dorso de la mano y los dedos, cosa que vemos en el dibujo de esta página, si los dedos no están bien desarrollados o diferenciados de la mano, en sí implican que los vínculos se establecen de una manera más inmadura y poco discriminada.

**Las piernas** nos permiten ver como la persona se afirma en su ambiente si las piernas son cortas implica sentimientos de inhibición, impotencia y un menor nivel de actividad y afirmación personal.

**Los pies** deben estar presentes porque simbolizan la estabilidad y seguridad personal que el sujeto tiene sobre su ambiente, es importante destacar que además de los contenidos específicos del dibujo de una persona, sumamos el análisis del tamaño, que es importante porque nos permite ver el nivel de autovaloración que el sujeto ejerce sobre sí mismo.

El tamaño normal para un dibujo es de aproximadamente media página, esta técnica se toma en hoja tamaño carta, con lápiz negro h2b. Cuando los dibujos son muy grandes, revelan una fuerte personalidad que necesita expandir y ejercer cierto dominio o tener cierto reconocimiento del ambiente.

Algo importantísimo es la evaluación del trazo con que está construido el dibujo podemos considerar al contorno del cuerpo, como una línea divisoria entre el mundo interno y el externo. Así lo ideal sería que existan trazos continuos de buena coloración y presión. Cuando el trazo está interrumpido o debilitado nos indicará algún grado de vulnerabilidad entre el yo y el ambiente.

## TEST DE APERCEPCIÓN TEMÁTICA (CAT)

El objetivo del Test de Apercepción Temática es explorar los factores esenciales en la dinámica de la personalidad infantil .

Su uso permite conocer y obtener una información muy rica respecto a la estructura de personalidad del niño, acerca de las características de la vida familiar que lo rodea, en cuanto a su dinámica. Asimismo permite explorar la actitud y comportamiento del infante frente a los problemas de crecimiento, la sexualidad, la socialización, que forman parte de su vida en estos primeros años.

**Contenido:** El test está formado por 10 láminas que han sido diseñadas mediante personajes de animales. Esta idea fue de Ernest Kris (psicoanalista), quien le sugirió a Bellak esta idea, pues pensó que los niños podrían identificarse más fácilmente con figuras de animales que con figuras humanas, Las 10 laminas resultantes intentan a través de estas escenas con animales, recrear una situación de cuento en tanto se le pide al niño un relato acerca de lo que ve en la lamina, manteniendo la exploración de su psiquismo desde un lugar imaginario tan mágico como el mundo del niño.

**Administración:** Es únicamente individual y es importante que su administración se realice luego de haber establecido un vinculo positivo con el niño, es aconsejable tomarla al final de la batería, después de la hora de juego, de los test gráficos y del test de inteligencia.

El tiempo promedio que exige su administración oscila entre los 30 y 60 minutos.

**Consigna:** Se le dice al niño: "Jugaremos a contar cuentos", se le presenta la lamina 1 y se le pide "cuéntame un cuento con este dibujo. ¿Qué pasa aquí?, ¿Qué están haciendo los animales?..". Una vez que obtenemos una respuesta le preguntaremos: "¿Y qué pasó antes? Después de tener respuesta, la última pregunta será: "¿Y qué pasará después?..."

### 4) CRITERIOS DE INCLUSIÓN EN PACIENTES:

- Pacientes sordos sin organicidad o sintomatología adicional.
- Pacientes con Coeficiente Intelectual normal.
- Pacientes entre 10 y 18 años de edad.
- Pacientes que demuestren que tienen fluidez en el uso de la Lengua de Señas.

#### 5) CRITERIOS DE EXCLUSIÓN EN PACIENTES:

- Pacientes en los cuales se demuestre la aparición de sintomatología agregada a la sordera .
- Pacientes en quienes se demuestre la presencia de valores inferiores al promedio en su Coeficiente Intelectual (Retraso Mental).
- Pacientes menores de 9 años.
- Pacientes que no demuestren un dominio fluido en lengua de señas.

#### 6) CRITERIOS DE INCLUSIÓN EN TERAPEUTAS:

- Al menos uno de los terapeutas debe tener dominio en la Lengua de Señas. El otro puede estar exento, ya que esto permite valorar la transferencia positiva y negativa en relación a la interacción que el niño sordo establece con el mundo oyente.
- Que los terapeutas posean un mínimo de cuatro años de experiencia amplia en relación a las particularidades que engloba a la Comunidad de sordos.
- Terapeutas infantiles, de tal manera que tengan dominio en cuestiones que involucren el desarrollo infantil y de la adolescencia.
- Experiencia en el trabajo de coterapia mínimo de un año.

### II. ELEMENTOS DE LA TERAPIA

- Participación de dos terapeutas.
- Participación de algunos de los miembros de la familia cuando sea requerido.
- Lugar o espacio de la sesión.
- Materiales (fotografías, libros, videos, espejo, etc.).

### III. FASES DE LA SESIÓN TERAPÉUTICA

En toda sesión de terapia  
PLAN DE LA SESIÓN

Se busca formular con los datos obtenidos ya sea de la historia clínica, de la evaluación o de la sesión terapéutica previa información que proporcione hipótesis de trabajo que permitan la realización de la sesión.

## DESARROLLO DE LA SESIÓN

Se solicita información por parte del paciente en relación al motivo de consulta y/o a las hipótesis iniciales, a fin de corroborarlas o bien formular otras nuevas que permitan la fluidez del marco de tratamiento.

## CIERRE DE SESIÓN

Se concluye tratando de englobar los puntos importantes que fueron abordados en el transcurso de la sesión promoviendo que el paciente recapitule en ellos, ya sea a través de algún mensaje, la petición de alguna tarea o alguna prescripción.

## RESULTADOS DE LA SESIÓN

Los terapeutas discuten sobre los aspectos abordados en el desarrollo de la sesión y se valora que resultados se obtuvieron de la intervención terapéutica.

## IV. RESCATANDO LOS RECURSOS COMUNICATIVOS CONSIGO MISMO

Como todo ser humano, la persona con deficiencia auditiva requiere de parámetros que le permitan hacer una construcción de la existencia propia, con responsabilidades, libertad y una misión. Que mejor para ello, que promover estrategias a nivel terapéutico que le permitan descubrir la posibilidad de expresión y alcanzar la libertad interior a través de la comunicación.

Con la finalidad de sensibilizar al niño y al adolescente sordos en la búsqueda de esa individuación y sentido de vida, se proponen algunas dinámicas de apoyo, tomando como guía algunas de las propuestas que Schnake (1995) hace como "Diálogo entre dos posturas". Sobre esa línea se continuará con "Veinte cosas que me gusta hacer", "Tu árbol", "Reflexión de autoestima alta", "No puedo no quiero", "Creatividad".

### 1. El autodescubrimiento

La exploración de sí mismo y de la percepción de sus sentimientos en relación al mundo, tiene como objetivo descubrir cuál dimensión existencial matiza a su vez, la actitud que toma ante determinadas situaciones.

En la siguiente dinámica se busca que el niño o adolescente sordos, a través de un diálogo interior, se percaten de la percepción que tienen de sí mismos en un contexto en donde predominan los sonidos y diferentes tipos de interacción y comunicación.

Se busca con la dinámica que el niño o adolescente pueda vivenciar y conocer de un modo diferente su propio ser total y esto contribuya al sentido personal de vida.

**DINÁMICA:** "Diálogo entre dos posturas"

**OBJETIVO:** Evaluar la percepción personal, de tal forma que se eviten extremos en los que las ideas cargadas de emociones negativas pueden conducir.

Percibir de una forma distinta al entorno (mundo oyente), le da la oportunidad de completarse con el otro, crecer, ser más humano y menos una discapacidad, para adaptarse a una nueva vida y al mundo que lo rodea.

**Instrucción:** Cada persona puede desempeñar diferentes personajes o roles, sin que eso haga que pierdan la propia identidad. El ejercicio consiste en hacer un diálogo con otro yo al que se le reconoce presencia, por haberlo asumido en alguna ocasión (Schnake, 1995).

Es importante que el niño o adolescente se defina, evalúe y conceptualice cuáles son las características que definen a una persona oyente: "...Es alguien que tiene alcance a toda la información", "...Obtiene más beneficios y ventajas", "...Es alguien más independiente", "...Es fuerte".

En contraste el niño o adolescente definirá, evaluará y conceptualizará cuáles son las características que definen a una persona sorda: "...Es alguien que no tiene alcance a toda la información", "...le es más difícil obtener oportunidades de trabajo y educación", "...los oyentes siempre abusan de los sordos", "...los oyentes ignoran a los sordos y los tratan mal", "...el sordo necesita ayuda"

En el consultorio es necesario acondicionar un espacio que permita la ubicación de dos asientos que el paciente pueda usar alternadamente como la persona oyente, normal, satisfecha, sana, completa, como la persona que tiene todas las alternativas para desarrollarse, crear y vivir plenamente; y como persona sorda, con carencias, que está limitada, abusada y que es destruida y amenazada por otros.

Ambas personas sostendrán un diálogo que permita un mejor y mayor autoconocimiento y análisis de su propia situación con dos facetas. Para reforzar uno u otro lado del diálogo, el terapeuta actuará como auxiliar cuando la situación lo requiera.

A continuación se presenta un diálogo imaginario, representando uno de los temas que confrontan a la persona sorda con la vivencia que experimenta en relación al oyente.

**Terapeuta:** ¿Qué quieres decirle al oyente en relación a su percepción del sordo?

**Sordo:** Es difícil comunicarme contigo.

**Oyente:** No sólo para ti, a mi me pasa lo mismo.

Sordo: Sí, pero siento que a ti no te interesa acercarte.

Oyente: ¿Qué te hace pensar que no me importa?

Sordo: No sé, siento cuando me miras a veces con extrañeza y otras ni siquiera me miras.

Oyente (terapeuta): Si a veces no te miro, es porque no hay algo que físicamente me haga notar tu sordera.

Sordo: Sí, pero cuando estoy hablando señas, a veces me ignoras o me miras con extrañeza.

Oyente (terapeuta): Si te observo es porque efectivamente me parece algo fuera de lo común en mi experiencia.

Sordo: ¿Te parece que soy muy diferente a tí?

Oyente (terapeuta): No creo que lo seas, la diferencia que noto es porque tienes un lenguaje distinto, pero me doy cuenta que ries, conversas, tienes amigos, familia y sentimientos.

Sordo: A veces tengo mucho miedo de los oyentes.

Oyente: ¿Qué hace que les tengas miedo?

Sordo: Han sido crueles con los sordos.

Oyente (terapeuta): ¿De qué forma han sido crueles contigo?

Sordo: Se burlan y abusan, a veces me ignoran o me engañan.

Oyente (terapeuta): ¿Todos los oyentes se burlan de tí?

Sordo: Bueno, no todos.

Oyente: ¿Tu familia se burla?

Sordo: No, pero a veces siento que no me hacen caso.

Oyente (terapeuta): Pero tu familia seguramente te quiere. Quizá ellos también tengan miedo de acercarse a los sordos porque los rechazan.

Sordo: Ahora que lo dices, sí ellos me quieren, pero ha sido difícil para ellos. A veces me siento solo y pienso que es porque soy sordo.

Oyente: Creo que piensas que los oyentes son más afortunados que los sordos.

Sordo: Sí, lo son. Tienen acceso a toda la información, escuchan, no tienen los problemas que tenemos los sordos.

Oyente: Me parece que estás percibiendo que ningún oyente tiene dificultades en la vida.

Sordo: Bueno, me he dado cuenta que hay oyentes que tienen problemas incluso para comunicarse entre ellos.

Oyente (terapeuta): ¿Qué crees que haga que tengan problemas?

Sordo: No saben comunicarse entre ellos, son obstinados.

Oyente (terapeuta): ¿Todos son obstinados?

Sordo: No, algunos.

Oyente (terapeuta): ¿Cómo te das cuenta de que son obstinados?

Sordo: Porque no ponen atención en lo que otros piensan, creen que ellos tienen la razón.

Oyente (terapeuta): ¿Qué crees que los haga sentir que tienen la razón?

Sordo: Creo que es que no sepan comunicarse.

Oyente (terapeuta): ¿Tú eres obstinado?

Sordo: Ahora que lo preguntas, algunas veces.

Oyente (terapeuta): ¿Cuándo te pones obstinado?

Sordo: ...No sé, quizá cuando me siento ignorado o rechazado.

Oyente: ¿Te pasa seguido?

Sordo: Cuando estoy con oyentes.

Oyente (terapeuta): ¿Tú rechazas o ignoras?

Sordo: Sí, creo que cuando estoy con sordos, me siento más fuerte.

Oyente: ¿Para qué los rechazas o ignoras? ¿De qué te sirve hacerlo?

Sordo: Creo que es una forma de venganza, quizá es la manera en la que les hacemos saber lo que sentimos cuando nos dejan fuera de la comunicación.

Oyente (terapeuta): ¿Tú puedes comunicarte bien con sordos y con oyentes?

Sordo: Con los sordos sí, pero con los oyentes me es más difícil y a veces no lo intento.

Oyente (terapeuta): ¿De qué depende que puedas comunicarte?

Sordo: Creo que del idioma que usemos.

Oyente: ¿Si no sabe Lengua de Señas?

Sordo: La comunicación va a ser difícil.

Oyente (terapeuta): ¿Crees que sólo depende de la Lengua de Señas?

Sordo: Supongo que sí.

Oyente (terapeuta): ¿Te comunicas con todos los oyentes que saben Lengua de Señas? ¿Te agradan todos los oyentes que usan Lengua de Señas?

Sordo: Bueno, no porque no a todos los conozco. Pensándolo bien, hay gente que no me gusta, pero los saludo.

Oyente: Eres cortés y amable...

Sordo: Es lo que se hace por educación.

Oyente (terapeuta): ¿Eso lo aprendiste con oyentes o con sordos?

Sordo: No sé, pero es lo que veo.

Oyente(terapeuta): ¿También aprendiste que los oyentes son crueles, abusan y se burlan? ¿O eso tiene que ver con tu experiencia?

Sordo: No creo que todos los oyentes sean crueles o abusen. Hay oyentes que me ayudan.

Oyente: ¿Te puedes comunicar con ellos?



Sordo: Creo que si yo pongo de mi parte y el otro también podemos comunicarnos.

Oyente: Los oyentes no somos mejores que los sordos.

Sordo: Sí, me doy cuenta de eso.

Oyente: Sé que me tienes miedo porque piensas que soy mejor, por eso te alejas y sólo ves cosas malas en mí. El mundo es solamente uno, no hay uno de oyentes ni uno de sordos. Ambos necesitamos conocernos unos a otros y darnos la oportunidad de descubrir las cosas positivas.

Sordo: Me gustaría intentar conocerte.

*Conclusión:* A través de estos diálogos se dará una visión y acercamiento a los hechos y vivencias más significativas de la situación del paciente, que permitirá una conciencia que cambie su percepción y actitud ante el otro.

“La verdad es que la variedad de motivaciones, fantasías, deformaciones de la realidad y delirios que podemos encontrar en estos diálogos, es inmensa. Y lo increíble es que el diálogo siempre es una puerta que se abre hacia una verdadera revelación de aspectos o posibilidades existentes en las personas” (Schnake, 1995).

Esta dinámica podrá ser conducida o adaptada de acuerdo a las características del motivo de consulta por el que el niño o adolescente llega a tratamiento. Por ejemplo en caso de agresión, podrá alternar el diálogo entre él y la agresión como algo externo.

## **2. Alternativas de cambio**

Una de las características que posee el ser humano es la posibilidad de modificar las propias circunstancias de vida y esto es gracias a las opciones y alternativas de cambio que le proveen de diversas posibilidades para hacerlo.

En el enfoque gestáltico, se trata de dar una orientación distinta al sentido de vida, ampliando la percepción del paciente en relación a los significados y valores que tiene. Descubrir en sí mismo las capacidades latentes que posee junto con las alternativas de cambio, le hacen descubrir un horizonte más amplio y le proporciona una nueva actitud y experiencia en relación a la vida.

*Dinámica: “Veinte cosas que me gusta hacer”*

*Objetivo:* Lograr que la persona sorda se dé cuenta de sus valores, capacidades y aptitudes, teniendo una percepción más constructiva y su sentido de realización se vea reforzado.

*Instrucción:* Formular una lista de veinte cosas que le guste hacer y darles un orden conforme a la importancia que tengan en sus preferencias del 1 al 20.

*Conclusión:* Para hacer más representativas las alternativas de cambio. El proceso de valoración de sus alternativas será guiado con las siguientes preguntas:

- a) ¿Valoro lo que hago y hago lo que valoro?
- b) ¿Me siento seguro de mi decisión a pesar de los otros?
- c) ¿Mi elección fue libre y con un espectro amplio de alternativas?
- d) ¿Mi accionar es congruente con lo que digo y pienso?
- e) ¿Consideraré las consecuencias de mi elección y a pesar ellas afirmo mi postura?

### 3. Individualidad

Los seres humanos a pesar de coexistir y poseer similitudes, también es cierto que poseen diversas características y formas particulares de expresión y creatividad, independientemente de que sean adecuadas o no, lo cual hace a cada persona un ser irreplicable, irremplazable, único e individual.

Cada persona da un significado diferente a su propia existencia, a través de la libertad que posee.

En el caso de la persona sorda, es importante que se dé cuenta de su individualidad y sus capacidades que hacen que su lugar en el mundo sea insustituible.

#### *Dinámica: "Tu árbol"*

*Objetivo:* Que el niño o adolescente sordo pueda reconocer sus capacidades y logros.

*Instrucción:* En una hoja de papel dibujar un árbol. En el tronco escribir su nombre y en cada una de las raíces las habilidades, fuerzas y capacidades que tiene. En cada una de las ramas escribirá cuáles han sido los éxitos y logros que ha tenido.

*Conclusión:* Durante el transcurso de la terapia, el paciente tendrá que conservar el dibujo y se le pedirá que agregue raíces o ramas al descubrir o desarrollar nuevos logros o capacidades.

#### 4. Fortaleciendo la autoestima

Es importante que a través de la apreciación de sus logros y capacidades, el autoconcepto se fortalezca para mejorar la autoestima del paciente. Conjuntamente se conducirá a una visión totalizadora, en donde el niño o adolescente sordo no vea fragmentos de sí mismo a través de la falta del sentido auditivo.

*Dinámica: "Reflexión de autoestima alta"*

*Objetivo:* Proporcionar elementos que lleven al conocimiento y reflexión sobre lo que una autoestima alta representa.

*Instrucción:* Recordar algún evento que haya sido representativo y reciente, en el que se haya sentido valorado, aceptado, querido, reconocido, capaz y con una actitud positiva (aprobar con buena calificación algún examen, una buena exposición, ganar algún juego, recibir reconocimiento de algún maestro, sentirse incluido en la toma de decisiones en casa o entre compañeros). Revivir ese momento nuevamente y experimentar los sentimientos que experimentó.

*Conclusión:* Es necesario enfatizar que la persona con una autoestima elevada tiene sensaciones y sentimientos como los que revivió, pero estos tienen que ser fortalecidos y ejercitarse con todos los eventos y situaciones agradables que haya experimentado, de tal manera que sean vividos en el presente con el mismo placer y provean de recursos emocionales en situaciones de estrés.

#### 5. Los deberes y obligaciones

Poder reforzar una percepción más positiva de sí mismo es importante, como lo es darse cuenta de la importancia del cumplimiento del sentido que tome la propia vida, a través de aspectos como la libertad y la dignidad.

Junto con la libertad y la dignidad existe la responsabilidad en relación a las decisiones que ponen de manifiesto la conciencia. El seguir el compromiso personal o los valores que la sociedad, los amigos y la familia promueven como una respuesta significativa ante diversas situaciones, hacen que se requiera de una decisión personal y con responsabilidad.

Una de las metas esenciales en la vida es lograr la propia autonomía y asumir la responsabilidad de la propia existencia a través del presente, revalorando el pasado y dando un sentido potencial al futuro.

*Dinámica: "No puedo, no quiero"*

*Objetivo:* Entender que asumir la postura: "no puedo" es un indicador de una alternativa que está siendo negada o rehusada a tomar responsabilidad sobre algo en lo que no se está listo. El "no quiero" por el contrario, afirma la aceptación de la responsabilidad completa de acciones y decisiones propias.

*Instrucción:* Escribir diez frases que inicien con "No puedo..." todas ellas haciendo referencia a su vida familiar, escolar y social.

Después releer las mismas frases y reemplazar "No puedo..." por "No quiero..."

*Conclusión:* Pensar sobre lo que experimentó con el cambio y comentarlo.

Darse cuenta de las frases y concepciones negativas de uno mismo, hace que se tome conciencia y se responsabilice de las limitaciones que se impone,

**6. Percepción personal de las relaciones familiares, el nacimiento, la discapacidad, la vejez, la enfermedad y la muerte**

Todos los seres humanos pasamos por diferentes etapas durante el ciclo vital, ya sea a nivel individual o familiar. El ser humano nace, crece, se reproduce y muere, dentro de ese intervalo de tiempo tiene una cantidad numerosa de experiencias y vivencias. Cada persona se desenvuelve de origen en un núcleo familiar, después en un contexto escolar en donde fortalecemos y alimentamos nuevas relaciones a nivel social; sumado al establecimiento de las relaciones personales, se encuentran temas como el nacimiento, la discapacidad, la enfermedad, la vejez y la muerte. Todos estos tópicos, marcan de manera personal la experiencia de cada ser humano y se obtienen visiones personalizadas de vida.

*Dinámica: "¿Qué ves en esta foto?"*

*Objetivo:* Que el niño o adolescente sordo pueda proporcionar elementos que pongan de manifiesto su percepción en relación a las relaciones familiares, el nacimiento, la discapacidad, la enfermedad, la vejez y la muerte.

*Instrucción:* Describir cada una de las fotos que se presenten formulando preguntas como las siguientes:

- a) ¿Qué observas en la foto?
- b) ¿Puedes describirla?
- c) ¿Te recuerda algo?
- d) ¿Se parece en algo a lo que vives?
- e) ¿Qué es para ti; la familia, la enfermedad, la vejez, etc.?

**Conclusión:** Es importante tomar como punto de partida que no hay apreciaciones adecuadas o inadecuadas, ya que cada persona integra cada fenómeno conforme a su experiencia y vivencia personales.

El psicólogo o terapeuta debe ser capaz de registrar el recuerdo en términos de significado, y necesita una descripción de los hechos estimulantes en base a su aspecto más relevante.

Los psicólogos tienen presente la naturaleza reconstructiva del recuerdo. Con frecuencia ocurre que lo que la gente recuerda a partir de la lectura de una historia o de la representación de alguna imagen no forma parte de la realidad de la misma, sino más bien de algo añadido a ella en el momento del recuerdo (Kintsch, 1979).

## **7. Valorar la propia trascendencia**

La trascendencia está ligada a la capacidad que tiene el ser humano de observar más allá de sí mismo para poder apreciar el valor que tiene el amar a otros y hacer propias las causas que considera importantes. Atender los sentimientos de otros y hacer conexión con ellos contrastándolos con los propios, hace que se le de un sentido a la vida.

La propia trascendencia tiene que ver con el desarrollo de la imaginación y la creatividad que permita su expresión en el aquí y ahora, para vivir con mayor salud y felicidad en diversos aspectos.

Al involucrarse intensamente con una causa, un movimiento, una idea, una misión, entre otros, una persona añade una parte de algo que le sobrevivirá, observa más allá de sí, el recuerdo que deja en otros lo hace trascender su dimensión física (Sánchez, 2001).

Trascender, también representa la necesidad de no morir, de no dejar de existir, y esto puede llevarse a cabo a través de diversas manifestaciones ya sea a través de obras, manifestaciones, creencias, el amor, los hijos, etc.

*Dinámica:* "Creatividad"

*Objetivo:* Que el niño o adolescente sordo se dé cuenta de la propia capacidad para crear, imaginar, intuir o accionar conforme a las situaciones que le demande el contexto.

*Instrucción:* Escribir o dibujar:

- Dos cosas que haya creado.
- ¿Qué podría hacer para comunicarse con una persona que no sabe señas?
- Pensar en el diseño de algún objeto que facilite la vida de los sordos.
- Proponer cinco ideas que ayuden a los oyentes a la integración de los sordos.
- Dibujar la casa de sus sueños.

*Conclusión:* Comentar en cuál de las situaciones que se le plantearon se sintió más creativo, le gustó más o fue más sencilla y por qué.

## **V. EVALUACIÓN DEL PACIENTE, POSTERIOR AL TRATAMIENTO**

A través de una entrevista de seguimiento se valora la mejora (si es que la hubo), en relación al motivo de consulta por el que llegó el paciente. El seguimiento es una forma en que los terapeutas pueden percatarse si se dio algún tipo de cambio; a su vez permite retroalimentarse en relación al trabajo desempeñado con cada una de los pacientes en tratamiento. Esto también da la oportunidad de observar si su estilo profesional sumado con el marco conceptual que domina están siendo apropiados para los pacientes que están atendiendo y los que atenderán. Así también el terapeuta tendrá la opción de hacer modificaciones que permitan enriquecer el contexto terapéutico en el que se desenvuelve.

## CONCLUSIONES

En el trayecto de la vida, cada persona se ve expuesta a situaciones que desencadenan diferentes tipos de crisis motivadas por el contexto, el momento y los recursos que se poseen para la resolución. En el caso de las personas con deficiencia auditiva no debe ser distinto, sin embargo hay aspectos y características que determinan la peculiar percepción de sí mismos y del mundo en el que se desenvuelven.

La palabra *estigma* hace alusión a un atributo que desacredita de manera profunda a quien lo padece o lo asume como propio. Un estigma no sólo pone de manifiesto la desventaja que siente el poseedor del mismo, también enfatiza y confirma la "normalidad" en los otros. En el caso de la sordera o de cualquier otra condición que a la luz parezca desventajada, sería necesario crear un lenguaje a nivel de relaciones y no de atributos. De no ser así, se corre con el riesgo de plantear la disyuntiva que encamine a ver una "deficiencia" y no a la persona que tiene la necesidad de interactuar del mismo modo que lo hacen los demás; o bien, por otro lado, se abriría paso al beneficio o ganancia de la protección emocional que ofrece una condición más vulnerable, fruto de una condición infravalorada y mitificada.

La percepción puede verse fragmentada a un nivel de relaciones interpersonales, en donde la propia condición aleja a sordos y oyentes de la posibilidad de interactuar.

Es bien sabido que el organismo no crea funciones, es entonces, que en la enfermedad o bien en la discapacidad, solamente se pone atención en las capacidades que se ven disminuidas de las funciones normales. Así, de acuerdo con el predominio de algunas áreas o el deterioro de otras, surgirán las múltiples formas de patología que se pueden detectar.

Es de suma importancia, corroborar que en diversas ocasiones, se deposita dentro de la discapacidad (en este caso a través de la sordera) el origen de los problemas o situaciones de conflicto en la familia. La fuente de estrés no es la sordera, sino los vínculos patológicos con los que se interactúa. La sordera en diversas ocasiones pasa a ser un factor más dentro de la dinámica que establecen las familias o los individuos.

Para la persona que posee un *estigma*, la inseguridad que se relaciona con el status, es sumada a las condiciones de inseguridad laboral, que a su vez tienen un peso considerable en el establecimiento de las relaciones e interacciones sociales. Hasta no tener contacto con el medio, la persona sorda, ciega, enferma o con algún padecimiento o carencia orgánica, no sabrá con certeza si tendrá un matiz de rechazo o aceptación.

No contar con recursos emocionales suficientes, propicia la carencia de una retroalimentación saludable, a través del intercambio social cotidiano con los demás. La persona se aísla tornándose muy probablemente en alguien hostil, depresiva, ansiosa y aturdida (Goffman, 1963).



La dificultad verdadera no es la discapacidad que pensamos que posee el sordo, pues si se ve objetivamente no es sólo un rasgo perteneciente a él, ya que las personas de su entorno también se encuentran incapacitadas para comunicarse. Si maestros, terapeutas, padres, familiares y sociedad en general nos atrevemos a usar nuestras manos con la LSM podemos ser participes en la comunicación e interacción con un sector que ha vivido de manera constante el olvido y la segregación. Y así construir un mundo con mayor fluidez con menor marginalidad y discriminación.

En tanto no se promuevan mejores situaciones de salud dentro de las familias de sordos con condiciones comunicativas adecuadas, se continuarán justificando los problemas y conflictos, además tendrán el riesgo de apuntar hacia la parte en la que se vuelven discapacitantes de sus miembros.

Se entiende a la terapia como un proceso que permite restablecer el equilibrio perdido. "Todo lo perdido por la persona puede recobrase –dice Perls- y el modo de lograr esta recuperación es entendiendo, jugando y llegando a ser estas partes enajenadas" (Schnake, 1995).

Sheridan (1996) plantea que las historias de niños nos permiten darnos cuenta de lo importante que es el factor comunicativo para las personas, ya que es un aspecto que bajo su perspectiva promueve sentimientos de aceptación y pertenencia en relación a sus pares o a aquellos que poseen características diferentes.

Proveer de herramientas y programas que no sean restringidos o exclusivos de ciertos sectores, y por el contrario estén encaminados a apoyar el desarrollo integral de los niños y adolescentes sordos, promueve el desarrollo integral de su totalidad a través de su propia condición.

Es menester ampliar la percepción de sus sentidos, para que las personas sordas tengan la oportunidad de vivir de manera más plena y menos limitante. Ampliar la percepción de sus sentidos lo lleva al aprendizaje de nuevas pautas para relacionarse de forma más satisfactoria con su entorno, aprendiendo a cuestionarse qué hace, cómo lo hace y para qué le sirve.

El modelo gestáltico ofrece a esta población la posibilidad de consolidar una visión totalizadora, a pesar de una limitación física, ya que la carencia de la audición pasa a ser un elemento que se relaciona con el esquema global del individuo. Es necesario que este aspecto sea trabajado sin depositar una condición ventajosa o desventajosa, sino asumirlo como parte de una realidad, simplemente con condiciones de vida diferentes.

Existen individuos que a pesar de no presentar limitación física alguna, tienen serias dificultades para hacer uso de todos los recursos que elementos como los sentidos (vista, gusto, olfato, oído y tacto) proporcionan. En ocasiones se "oye", pero no se "escucha", se "ve", pero no se observa a los otros.

Es importante que en el binomio paciente-terapeuta se tomen en consideración aspectos internos que en este caso a pesar de la limitación física, proporcionen las herramientas necesarias para la construcción de un cuerpo emocional que lleve al paciente a "mirar y escuchar" su mundo interior.



Para conseguirlo Perls (1969) planteaba la necesidad de "...llegar a ser verdadero, aprender a tomar una posición, definirse, desarrollar el centro de uno mismo, entendiendo la base del existencialismo; una rosa es una rosa. Yo soy lo que soy y en este momento no puedo ser diferente de lo que soy". Si aceptamos que cada uno de estos niños y adolescentes son efectivamente una rosa y alimentamos su capacidad de *darse cuenta* conseguiremos impulsar el proceso de crecimiento y desarrollar sus potencialidades humanas.

El tratamiento bajo esta línea le permite al terapeuta vivir un proceso de enseñanza-aprendizaje con el paciente sordo hacia un nuevo camino haciendo señalamientos de cuáles son los recursos que emplea y cómo hace para ser quien es.

La importancia de una propuesta de atención psicoterapéutica, como la anterior, es la de promover el conocimiento de la comunidad de sordos y su lenguaje desmitificandola. Generar el interés de la población puede verse reflejado en la mejora de las condiciones personales, educativas, laborales y sociales. Hacerlo permite el acceso a formas de desarrollo personal que parecen restringidas y negadas a sectores que han sido estigmatizados, en lugar aceptar la idea de una condición distinta en la cual puede observarse una totalidad.

## LIMITACIONES

Perls planteaba que cuando se hace Gestalt no hay una receta específica a seguir, pues seguir determinados esquemas o lineamientos hacen que deje de existir la visión gestáltica.

Tomando el punto de vista de Perls, la limitación principal para estudios como éste, radica más que en los contenidos que puedan ser propuestos, en el panorama restringido que pueda tenerse en relación a la deficiencia auditiva y sus implicaciones.

Siempre es importante establecer programas de acción que permitan establecer nuevos vínculos con sectores desprovistos de recursos, de tal manera, que permitan el enriquecimiento de las concepciones que tenemos en relación a personas con diferencias físicas, pero no emocionales ni intelectuales.

Negarnos la oportunidad de ver las capacidades que el otro tiene y puede desarrollar, nos niega a su vez la posibilidad de interactuar con diferentes puntos de vista, sentimientos, valores y emociones. Además de hacernos responsables de la perpetuación de un problema en diferentes niveles como son el ámbito educativo y la salud pública, que en consecuencia se manifiesta con una problemática social.

Según el INEGI en México existen 415, 809 jóvenes con discapacidad, de los cuales 15.7% del total de esta población, tiene problemas auditivos y 4.9% de lenguaje, 35. 5% de los mayores de 15 años no tienen instrucción escolar. Es necesario considerar estos datos, que son alarmantes para abrir las alternativas de atención que le han sido negadas a un sector vulnerable no por su condición física, sino por la discriminación e ignorancia a la que ha estado expuesta.

---

## GLOSARIO

**ASL:** Lengua de Señas Americana.

**Audiometría:** Examen que tiene por objetivo cifrar las alteraciones de la audición en relación a los estímulos acústicos, resultados que se anotan en un gráfico denominado audiograma.

**Coetáneo:** Aplícase a las personas y algunas cosas que viven o coinciden en una misma edad o tiempo.

**Comunicación catártica:** son aquellas conversaciones en las que se habla de temas personales, se comparten experiencias y vivencias íntimas, se habla de sentimientos, etc., requieren de esfuerzo personal y es necesario que haya un clima de confianza y seguridad para que se puedan desarrollar de forma adecuada.

**Comunicación fática:** son aquellas conversaciones que se tienen, en el ascensor, en la sala de espera de una consulta, etc., son relajadas, cotidianas y no implican a la persona en ningún sentido.

**Comunicación informativa:** el objetivo de este tipo de comunicación es la de transmitir un mensaje o información concreta. Para que sea efectiva es necesario tener una serie de requisitos y habilidades para trasladar el mensaje de forma clara y comprensible. Por ejemplo, un profesor o profesora dando clase, un /a terapeuta, etc.

**Comunicación persuasiva:** el objetivo de esta comunicación es convencer a quien escucha de lo que se transmite, por ejemplo, un vendedor o vendedora.

**Input:** Entrada de información.

**Logaudiometría:** Prueba que tiene como fin evaluar la capacidad de una persona para escuchar y entender lenguaje.

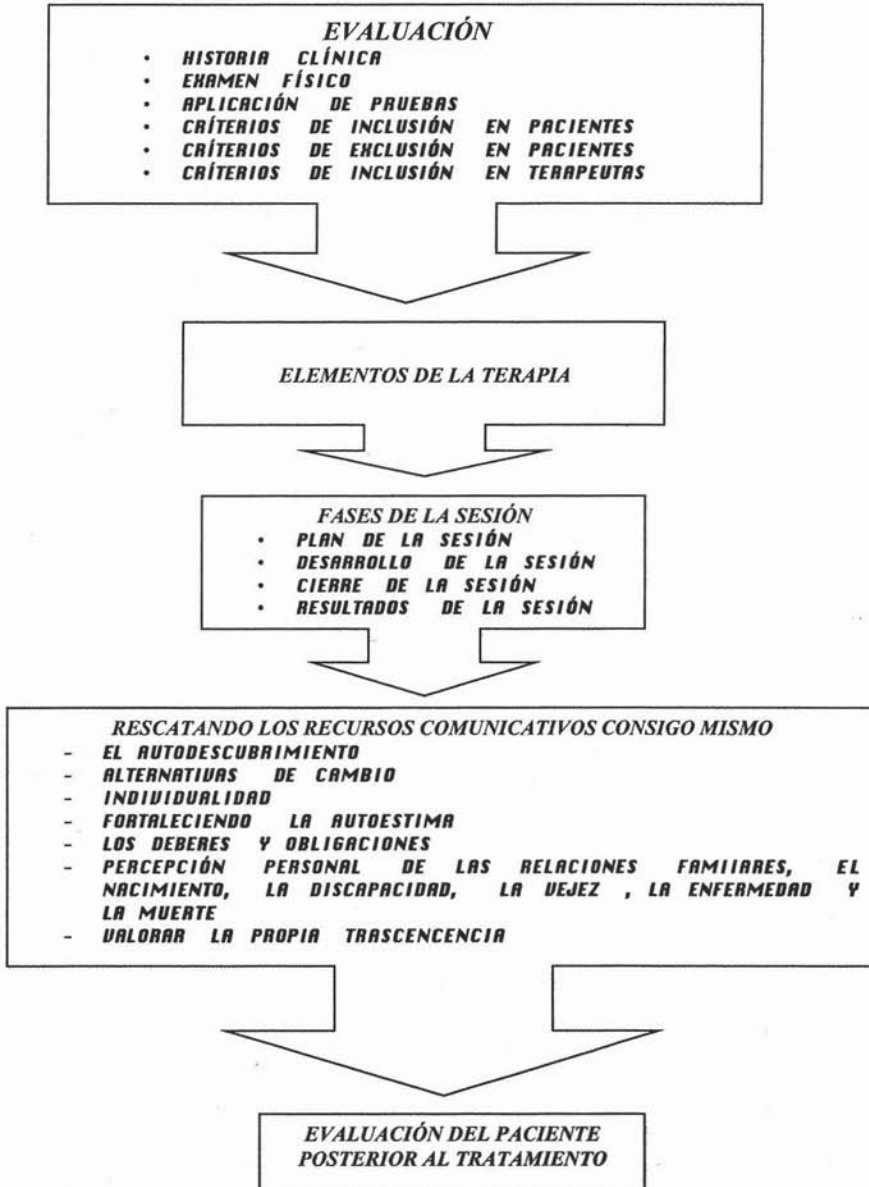
**LSM:** Lengua de señas Mexicana.

**Motherese:** Sonidos guturales y expresión verbal que la madre emite con su bebé en edad muy temprana.

**OMPD:** Organización Mundial de Personas Discapacitadas.

**ONGI:** Organizaciones no gubernamentales internacionales.

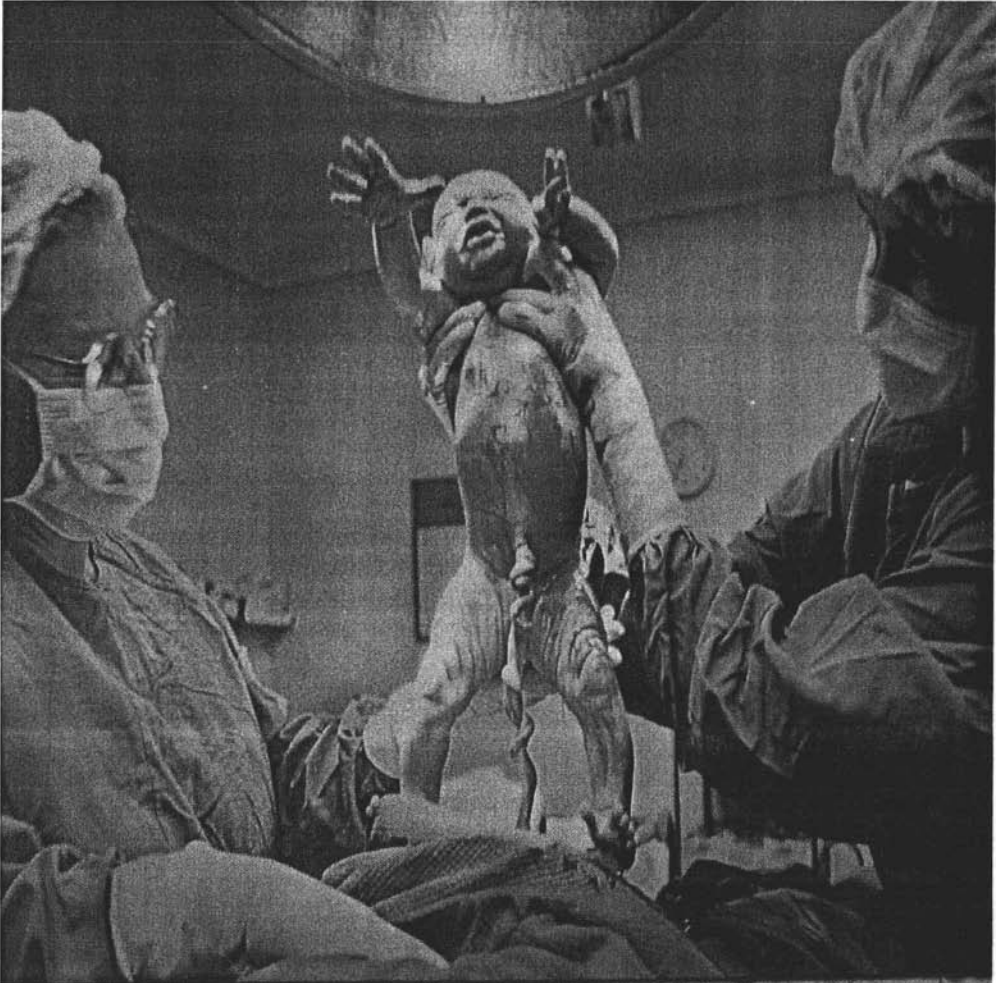
## MODELO PSICOTERAPÉUTICO GESTÁLTICO COMO FACILITADOR EN LA COMUNICACIÓN DE NIÑOS Y ADOLESCENTES SORDOS



**ACTIVIDAD 6**

**Percepción personal de las relaciones familiares, el nacimiento, la discapacidad, la vejez, la enfermedad y la muerte**

**LAMINA 1**  
**Nacimiento**



**ACTIVIDAD 6**

Percepción personal de las relaciones familiares, el nacimiento, la discapacidad, la vejez, la enfermedad y la muerte

**LAMINA 2**  
**Familia**



**ACTIVIDAD 6**

**Percepción personal de las relaciones familiares, el nacimiento, la discapacidad, la vejez, la enfermedad y la muerte**

**LAMINA 3**  
**Vínculo madre-hijo**  
**Estigma**



**ACTIVIDAD 6**

**Percepción personal de las relaciones familiares, el nacimiento, la discapacidad, la vejez, la enfermedad y la muerte**

**LAMINA 4**  
**Vínculo padre-hijo**

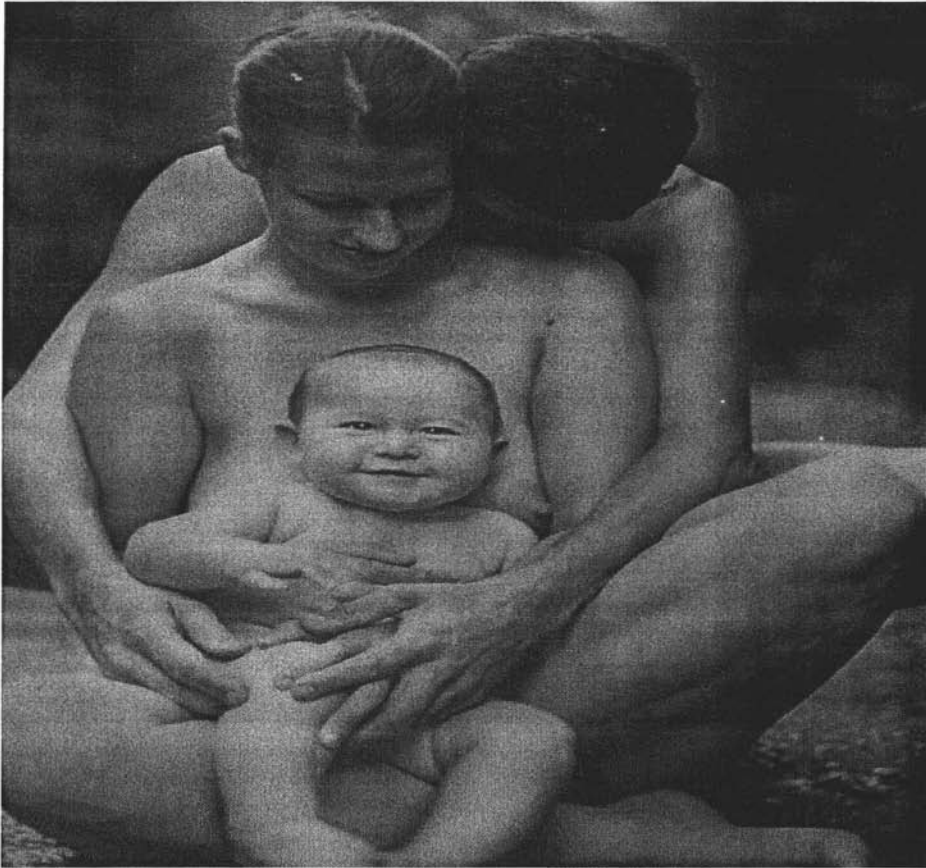




**ACTIVIDAD 6**

Percepción personal de las relaciones familiares, el nacimiento, la discapacidad, la vejez, la enfermedad y la muerte

**LAMINA 5**  
**Familia**



**ACTIVIDAD 6**

**Percepción personal de las relaciones familiares, el nacimiento, la discapacidad, la vejez, la enfermedad y la muerte**

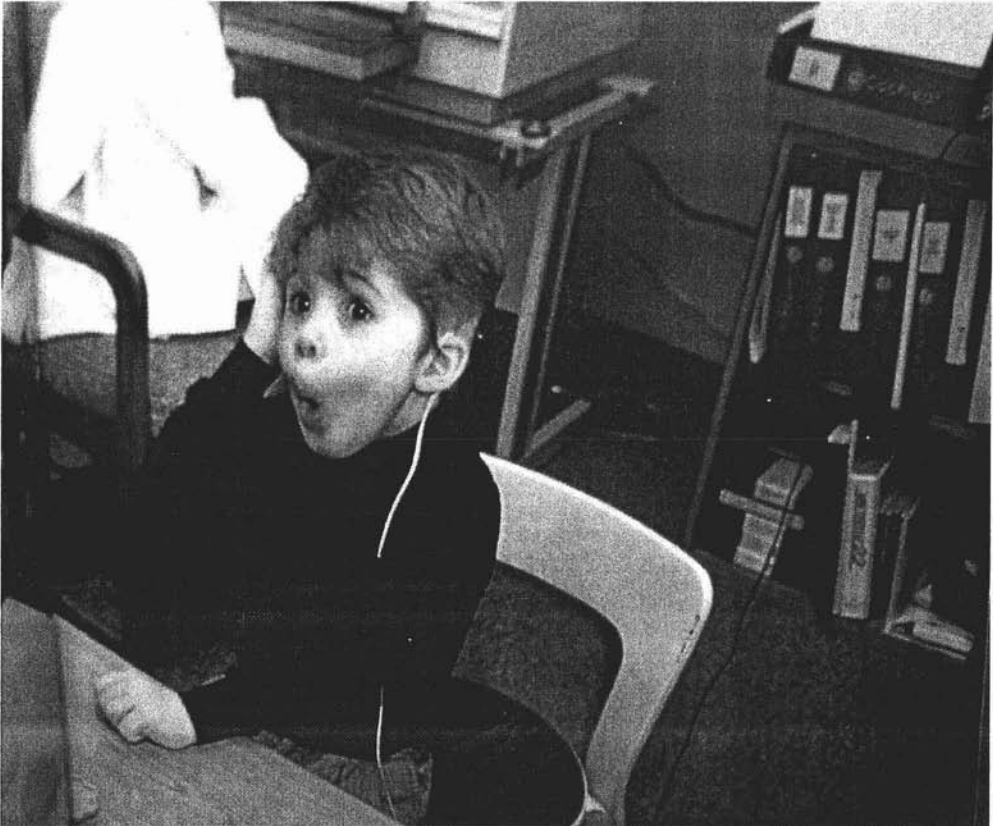
**LAMINA 6**  
**Discapacidad-Estigma**



**ACTIVIDAD 6**

**Percepción personal de las relaciones familiares, el nacimiento, la discapacidad, la vejez, la enfermedad y la muerte**

**LAMINA 7**  
**Sordera**



**ACTIVIDAD 6**

**Percepción personal de las relaciones familiares, el nacimiento, la discapacidad, la vejez, la enfermedad y la muerte**

**LAMINA 8**  
**Vínculo- Hermanos**



**ACTIVIDAD 6**

Percepción personal de las relaciones familiares, el nacimiento, la discapacidad, la vejez, la enfermedad y la muerte

**LAMINA 9**

**Familia**



**ACTIVIDAD 6**

Percepción personal de las relaciones familiares, el nacimiento, la discapacidad, la vejez, la enfermedad y la muerte

**LAMINA 10**  
**Matrimonio**



**ACTIVIDAD 6**

**Percepción personal de las relaciones familiares, el nacimiento, la discapacidad, la vejez, la enfermedad y la muerte**

**LAMINA 11**

**Vejez**



**ACTIVIDAD 6**

**Percepción personal de las relaciones familiares, el nacimiento, la discapacidad, la vejez, la enfermedad y la muerte**

**LAMINA 12**  
**Muerte-Duelo**





**ACTIVIDAD 6**

**Percepción personal de las relaciones familiares, el nacimiento, la discapacidad, la vejez, la enfermedad y la muerte**

**LAMINA 13**  
**Muerte-Duelo-Violencia**



---

**BIBLIOGRAFÍA**

- 1) Althusser, L. (1967). Acerca del trabajo teórico 66-84.- En teoría y práctica No. 40 y 41, sep-oct. La Habana.
- 2) Ash, M. (1998) Gestalt psychology in german culture 1890-1967. Holism and the quest for objectivity. Cambridge University Press.
- 3) Baz, M. (1996) Metáforas del cuerpo. Un estudio sobre la mujer y la danza. Grupo editorial Miguel Angel Porrua. Programa Universitario de Estudios de Género. UNAM.
- 4) Berko, J. (1985) The Development of Language. Merrill Publishing Company. Boston University.
- 5) Bernstein, B. (1969). Clases Sociales, lenguaje y socialización. Revista Colombiana de Educación. Núm. 15. Primer semestre. Universidad Pedagógica Nacional. 1985 p.p. 164
- 6) Bloom, L. and Lahey, M. (1978). Language development and language disorders. New York John Wiley and Sons.
- 7) Bordegaray, E. (1995) Sordera profunda. Consideraciones audiológicas. Psicología Iberoamericana 1996 4 (4) 7-11.
- 8) Bradley-Johnson S.& Evans L. (1991) Psychoeducational assessment of hearin-impaired students. Pro-ed.
- 9) Cabrera, N. (2001) Un programa de autorreflexión para la participación político-social de mujeres que trabajan. Tesina de la UNAM
- 10) Castanedo, C. (1983) Terapia de gestalt. Enfoque del aquí y ahora. Ed. Texto. México.
- 11) Castanedo, C. (1988) Enfoque Gestalt. Enfoque centrado en el aquí y ahora. Herder. Barcelona.
- 12) Chomsky, N. (1965). Aspects of the Theory of Syntax. MIT Press, Cambridge.
- 13) Chomsky, Noam y Jean Piaget (1979). Teorías del lenguaje, teorías del aprendizaje. Trad. Silvia Furió. Barcelona.
- 14) Davis, F. (1998) El lenguaje de los gestos. Emecé Editores. Argentina.
- 15) Emmorey, k. & Harlan, L. 2000. The signs of language revisited. Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- 16) Espina, A. y Ortego, M. (2003) Discapacidades físicas y sensoriales. Aspectos psicológicos, familiares y sociales Editorial CCS. Madrid.
- 17) Fagan, J. - Shepherd, J. L: (1978) Teoría y técnica de la psicoterapia gestáltica. Amorrortu Editores. Argentina
- 18) Gregory, S. Bishop, J. y Sheldon, L. (1995) Deaf Young People and their families. Cambridge University Press.
- 19) Grimshaw, G., Adelstein, A., Bryden, M. and MacKinnon, G. First-Language acquisition in adolescence Evidence for a critical period for verbal language development. Brain and Language 1998 (63) 237-255.

- 20) Goffman, E. (1963) Estigma. La identidad deteriorada. Amorrortu editores. Buenos Aires, Argentina.
- 21) Gouldner A. (1979) La Crisis de la Sociología Occidental. Edit. Amorrortu, Buenos Aires, Argentina.
- 22) Haley, J. (1986) Las tácticas de poder de Jesucristo. Paidós. España.
- 23) Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (1995) Metodología de la investigación. Mc Graw-Hill.
- 24) Glickman, N. & Harvey, M. (1996) Culturally affirmative psychotherapy with deaf persons. Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- 25) Jullian, C. (2002) "Génesis de la comunidad silente en México. La Escuela Nacional de Sordomudos (1867 a 1886)". Tesis de UNAM.
- 26) Johanson, G. & Kurtz, R. (1987) Psicoterapia en el espíritu del Tao-te-king. Ed. Cuatro vientos. Chile.
- 27) Lane, H. & Hoffmeister, R. & Bahan, B. (1996) A journey into the Deaf-World. Dawn Sign Press.
- 28) Laborit, E. (1995) El grito de la gaviota. Seix Barral. Barcelona.
- 29) Leigh, I. (1999) Psychotherapy with deaf clients from diverse groups. Gallaudet University Press/Washington, D.C.
- 30) Lenneberg, E. (1967). Biological Foundations of Language. New York John Wiley and Sons.
- 31) Lowen, A. (1977) Bioenergética. Terapia revolucionaria que utiliza el lenguaje del cuerpo para curar los problemas de la mente. Ed. Diana.
- 32) Luetke-Stahlman, B. (1998) Language issues in deaf education. Butte publications, Inc. Hillsboro, Oregon. USA.
- 33) Marschark, M. & Clark, D. (1998) Psychological perspectives on deafness. Vol 2. Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- 34) Martin, D. (1991) Advances in cognition, education and deafness. Gallaudet University Press. Washington, D.C.
- 35) M.I.L.K. (2001) Family: A celebration of humanity. HarperCollins Publishers, Inc. New York.
- 36) Mc Crone W. (2004). School bullying a problem for deaf and hard of hearing students? Insights and strategies. Odyssey. Laurent Clerc National Deaf Education Center, USA. Vol. 5. Issue 2.
- 37) Nature Heals. The Gestalt Journal. Edited by Taylor Store, 1997. pag. 94.
- 38) Newport, E. (1990). Maturational Constraints on Language Learning Cognitive Science (14) 11-28.
- 39) Ogden, P. (1996). The silent garden. Raising your deaf child. Gallaudet University Press, Washington, D.C.
- 40) Padden, C. & Humphries, T. (1998) Deaf in America. Voices from a culture. Harvard University Press.
- 41) Paz, R. (1994) El habla materna como signo y significado en la adquisición del lenguaje. Primera reunión universitaria sobre la enseñanza de la lengua materna (memoria). UNAM.

- 42) Perelló, J. & Tortosa, F. (1992) Sordera profunda bilateral prelocutiva. Masson. Barcelona.
- 43) Perls, F. (1963) Sueños y existencia. Edit. Cuatro vientos. Chile.
- 44) Perls, F. (1987) El enfoque gestáltico. Testimonios de terapia. 1987. Edit. Cuatro vientos. Chile.
- 45) Perls, L. (1994). Viviendo en los límites. Ed. Promolibro, Valencia.
- 46) Plann, S. (1997) A silent minority. Deaf education in Spain, 1550-1835. University of California Press.
- 47) Ponzio, A. (1974) Gramática transformacional e ideología política. Ediciones Nueva visión. Buenos Aires.
- 48) Publication Manual of the American Psychological Association. Criterios para la elaboración de documentos psicológicos. (Alatorre, J. Trad. Facultad de Psicología. Centro de documentación U.N.A.M. (Trabajo original publicado en 2002.
- 49) Ramsey, C. (2001) Beneath the surface. Theoretical frameworks shed light on educational interpreting. Odyssey. Laurent Clerc National Deaf Education Center, USA. Vol. 2. Issue 2.
- 50) Rée, J. (1999) I see a voice. Deafness, language and the senses: A Philosophical History. Metropolitan books, Henry Holt and Company. New York.
- 51) Salamanca, H. (2002) Psicoterapia Gestalt. Proceso y metodología. Alfaomega. México.
- 52) Sánchez, M. (2001). La adaptación del empleado público ante el retiro a través de logoterapia. Tesina de la UNAM.
- 53) Sheetz, N. (2001) Orientation to deafness. Allyn and Bacon.
- 54) Sheridan, M. (2001) Inner lives of deaf children. Interviews and Analysis. Gallaudet University Press.
- 55) Shnake A. (1995) Los diálogos del cuerpo. Editorial cuatro vientos.
- 56) Sinay, S. & Blasberg, P. (2002) Gestalt para principiantes. Era naciente, documentales ilustrados.
- 57) Stevens, J. (1976) El darse cuenta. Sentir, imaginar y vivenciar. Editorial Cuatro vientos.
- 58) Stoehr, T. (1994) Aquí, ahora y lo que viene. Paul Goodman y la psicoterapia Gestalt en tiempos de crisis mundial. Editorial Cuatro vientos.
- 59) Vygostky, L. (1978). Mind in Society: The development of Higher Psychological Processes. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- 60) Watzlawick, P., Beavin, J. & Jackson, D. (1993) Teoría de la comunicación humana. Interacciones, patologías y paradojas. Herder. Barcelona.

Enlaces:

- <http://www.ruidos.org/> PEACRAM (Plataforma Estatal Contra el Ruido y las Actividades Molestas).
- <http://salud.discapnet.es/discapacidades+y+deficiencias/deficiencias+auditivas/descripcion.htm>.
- [http://www.cnice.mecd.es/recursos2/e\\_padres/html/adlscognitivo.htm](http://www.cnice.mecd.es/recursos2/e_padres/html/adlscognitivo.htm).  
Ministerio de Educación y Ciencia.
- [http://www.healthsystem.virginia.edu/uvahealth/peds\\_adolescent\\_sp](http://www.healthsystem.virginia.edu/uvahealth/peds_adolescent_sp).  
University of Virginia.