



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES

LA SORDERA Y LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

AUDITIVA: UNA REVISION DOCUMENTAL

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

ISMENE VALVERDE VILLEGAS

DIRECTORA:

MTRA. INGRID MARISSA CABRERA ZAMORA



MEXICO, D.F. AGOSTO 2012



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

*“Haz lo necesario para lograr
tu más ardiente deseo,
y acabaras lográndolo”.*

Ludwig Van Beethoven

AGRADECIMIENTOS

“He aquí mi secreto. Es muy simple: no se puede ver bien, sólo con el corazón. Lo esencial es invisible a los ojos”.

(Fragmento tomado de El Principito, Antoine de Saint Exupéry).

A Dios por darme la oportunidad de culminar esta etapa de mi vida. Llevarme por este camino tan hermoso, en el que no se necesita la voz para conocer al otro y el silencio se convierte en tu cómplice.

A mis padres, Virginia y Porfirio, por darme la vida, cuidarme, educarme, enseñarme que la disciplina y la perseverancia son puntos clave para alcanzar y cumplir los sueños.

A Dariel y a lory que apoyan mis decisiones, entienden mis ausencias y me aman. Los amo hijos, gracias.

Gracias Omar por alegrarte con mis éxitos y apoyarme incondicionalmente, eres un gran hermano y amigo.

A mi hermano Rodrigo por su apoyo.

Ana muchas gracias amiga por ayudarme a culminar y estar siempre conmigo eres como mi hermana te quiero mucho.

A mis amigos sordos de los cuales he aprendido tanto y le dieron un giro a mi vida, las palabras se las lleva el viento.

A mis amigos y amigas, por acompañarme en este trayecto y animarme cuando ya no podía más.

Mis queridas Gmas y Circo gracias por enseñarme que la vida es como una obra de teatro, dando siempre lo mejor acompañado de una gran sonrisa.

A Gerardo C. D. por estar a mi lado, no solo como amigo sino también compartiendo proyectos laborales. Mil gracias por creer en mis locuras y apoyarlas incondicionalmente te adoro.

A mis profesores por compartir conmigo su conocimiento, sus experiencias y ser parte de este largo recorrido. Mi eterno reconocimiento.

A mis sinodales Samuel Jurado, Sotero Camacho, Martha Cuevas. A mi revisora María del Carmen Conroy por su tiempo y dedicación.

A Ingrid Cabrera por su disposición y apoyo para que concluyera este ciclo, a pesar de las circunstancias siempre hubo agradables palabras para mí.

A uno de mis mas entrañables profesores que ha marcado mi vida con sus enseñanzas, sus comentarios, su apoyo y por estar cuando necesito una respuesta. Gracias Ricardo A. Lozada V., mi admiración y respeto.

A mí estimada y querida amiga Renata López por guiarme, ser parte de este sueño (y seguramente de muchos otros), tenerme paciencia y sobre todo por las lecciones de vida que me enseñaste. Eres excelente profesional además de un extraordinario ser humano, muchas gracias.

Desde el fondo de mi corazón gracias a todos por ser parte de mi vida.

INDICE

INTRODUCCION	3
CAPITULO I. METODOLOGIA EN EL ESTUDIO SOBRE LA SORDERA Y LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD AUDITIVA	8
1.1 Objetivo	8
1.2 Objetivos Específicos	9
1.3 Planteamiento del Problema	9
1.3.1 Tipo de Estudio	9
1.3.2 Procedimiento	10
1.3.3 Estrategias de Análisis	10
1.7 Análisis Bibliográfico	11
CAPITULO II. LA SORDERA	16
1.1. ¿Qué es la discapacidad?	16
1.2. Trastornos de Comunicación	19
1.3. Trastornos de Audición	21
1.4. Definición de la Sordera	24
1.5. Clasificación de la Sordera	25
1.6 Historia de la sordera	27
1.7 La comunidad sorda	35
CAPITULO III. LA VIDA DEL SORDO	37
1.1. El Duelo – el Diagnostico	38
1.2. La crisis	43
1.3. La elección	46
1.4. Desarrollo psicoemocional	49
1.4.1 La infancia	55

1.4.2	El colegio	57
1.4.3	La adolescencia	59
1.4.5	Su sexualidad	60
1.4.6	La adultez	62
1.5.	Las relaciones sociales	63
1.5.1	La lengua de Señas	64
1.5.2	La labiolectura	69
1.5.3	El método oral	70
1.6.	La inserción laboral	70

CAPITULO IV. LA PSICOLOGIA Y LOS PROGRAMAS DE INTERVENCION

	PARA LA POBLACION SORDA	74
1.1.	Competencias y actitudes del profesional en psicología	74
1.2.	Programas de intervención y las personas con discapacidad auditiva	78
1.3	La autoestima y el arteterapia	79

CAPITULO V. PROPUESTAS DE UN PROGRAMA DE INTERVENCION EN LA AUTOESTIMA DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD AUDITIVA (ADOLESCENTES) POR MEDIO DE ARTETERAPIA

1.1.	Propuesta de un Programa de Intervención para personas con discapacidad auditiva	84
1.1.1	Alcances y limitaciones del programa	89

CAPITULO VI. CONCLUSIONES

	REFERENCIAS	99
--	--------------------	----

INTRODUCCION

La sordera es un tema poco abordado en el mundo y en la psicología en particular, en comparación con otras discapacidades en las cuales se han desarrollado diversas investigaciones.

Es cierto que en lo que respecta a la psicología educativa esta ha generado informes conforme a la integración educativa de las personas con discapacidad incluyendo a las personas sordas. Pero no realiza planteamientos específicos para ellos desde la perspectiva clínica.

Considero de suma importancia hacer hincapié en que se deben estructurar programas para personas con discapacidad auditiva, adecuándolos a sus necesidades y circunstancias específicas.

A lo largo de la historia han existido diferentes definiciones de sordera entre las cuales se encuentran:

El termino sordera es aplicable a cualquier alteración de la percepción de los sonidos sea cual sea su grado (Lafon, 1987).

Aimard y Morgon (1989) consideran que la sordera es una distorsión de la sensación sonora.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la sordera como “la falta de percepción de los sonidos con ayuda de aparatos amplificadores” (Espina y Ortega, 2003).

Schorn (2008) señala que los sordos, que son personas cuya audición no es funcional para la vida cotidiana no permitiéndoles la adquisición del lenguaje oral por la vía auditiva.

La sordera se produce cuando existe una interrupción en el camino que debe seguir la señal sonora en el órgano de la audición, causando una disminución en la captación de los estímulos sonoros del entorno (Cardona, 2010).

Para este trabajo se considera la siguiente definición de sordera: “la restricción en la percepción de los sonidos externos, alteración de los mecanismos de transmisión, transducción, conducción e integración del estímulo sonoro, que a su vez puede limitar la capacidad de comunicación. La deficiencia abarca al oído pero también a las estructuras y funciones asociadas a él. La dificultad o la imposibilidad de utilizar el sentido del oído debido a una pérdida de la capacidad auditiva parcial (hipoacusia) o total (anacusia), ya sea unilateral o bilateral. Las personas sordas utilizan preferentemente el canal visual para comunicarse, y es necesario enseñarles un sistema de comunicación efectivo (Lengua de Señas Mexicanas, lenguaje oral u otro). Esta condición no afecta el rendimiento intelectual de la persona” (Programa Nacional para el Desarrollo de las Personas con Discapacidad, 2009-2012).

Mi inquietud por el tema de la sordera tiene sus inicios en las prácticas comunitarias realizadas desde hace más de una década, las cuales consistían en tutorías a personas sordas en áreas como la salud y escolar. Durante el desarrollo de éstas, comprendí la severa dificultad en los canales de la comunicación que presenta la población sorda, por lo que llegué a la conclusión de que este tipo de discapacidad es de las más crueles, pues nadie se percató de que existe a su alrededor debido a que es silenciosa.

Lo primero que aprendo es que no son sordomudos, sino solo “sordos”, debido a que no desarrollan el habla porque ésta se aprende escuchando, por lo que sus

cuerdas vocales se encuentran en excelentes condiciones y podrían hablar, que es el caso de muchos que son “oralizados” (se les enseña a hablar utilizando diferentes técnicas).

También existen los “hipoacúsicos”, que son aquellos que escuchan un poco y suelen hablar, aunque no siempre es entendible lo que dicen. Por otra parte existen los sordos que solo se comunican por medio del Lengua de Señas (movimientos intencionales que se realizan principalmente con las manos) pero que no articulan palabras, sólo ocasionalmente algunos sonidos. Y finalmente los bilingües: aquellos que hablan lengua de señas y de forma oral.

Los primeros acercamientos a través de prácticas comunitarias se fueron consolidando en un interés por el tema y un compromiso hacia la población sorda, lo que me permitió conocer que una de sus características principales es que se encuentran agrupados en “comunidades”, las cuales están organizadas en razón a su nivel socioeconómico y su preparación académica. Cada una tiene un líder generalmente sordo, pero que sabe leer los labios, esta oralizado y conoce la lengua de señas mexicanas. Otra característica es que generalmente tienen hijos que sí escuchan, los cuales suelen ser su enlace con el “mundo oyente”.

Cabe destacar que las relaciones familiares de esta población tienen características particulares: los padres oyentes que tienen hijos sordos suelen sufrir queriendo recuperar al hijo “ideal” perdido, por lo que se aferran a diferentes alternativas que les permitan “curarlos”, como el implante coclear (es una intervención quirúrgica en la que se implantan electrodos creando una sensación auditiva) el cual es costoso pero creen que con esta técnica lograrían “sanar” al hijo “enfermo”.

También es común que recurran al auxiliar auditivo o auricular (es un aparato que se coloca en la oreja que permite escuchar sonidos). Otro método sumamente utilizado, por ser mas económico, es el sistema oralizado, el cual les permite a los

padres escuchar la voz de su hijo regresándoles así aunque sea una fracción el hijo anhelado. Puede notarse que estos padres pudieran estar ansiosos, depresivos y/o agresivos por lo que pueden responder con carencias ante la falta de herramientas para enfrentar este suceso.

Por otra parte se encuentran los padres sordos con hijos oyentes quienes quieren vivir su vida a través de sus hijos y los convierten en una extensión de ellos; volviéndose así dependientes de sus hijos para comunicarse e integrarse al mundo oyente, tan deseado, fantaseando de esta manera que pueden recuperar lo perdido en su vida: su capacidad auditiva.

Por lo anterior, se nota que sus relaciones familiares son frágiles y codependientes, en consecuencia pueden carecer de autoestima o que ésta se encuentre vulnerada y por lo tanto las relaciones sociales se verán limitadas.

Muy importante también es la etapa de la adolescencia en la cual los sordos se dan cuenta de su condición, aunque no siempre la asumen, y en consecuencia se presentan deseos y anhelos frustrados, añorando recuperar lo que creen perdido.

Las consideraciones anteriores fueron producto de una recopilación de datos observacionales, en parte del Distrito Federal, además de información directa de la población sorda, ya que en un periodo de diez años me prepare como Interprete-Traductora de Lengua de Señas Mexicanas y Lengua de Señas de Español Exacto en diferentes comunidades de sordos y colegios como Fabrica de Artes y Oficios de Oriente perteneciente a CONACULTA y en la Universidad Autónoma Metropolitana, en el plantel Xochimilco.

Sin embargo, el ser intérprete de Lengua de Señas no es suficiente para ofrecerles un servicio realmente útil e integral. Debido a mi formación profesional, considero indispensable enlazar ambas carreras en beneficio de las personas con sordera. Es por ello que los objetivos de la presente investigación documental son:

1.- Realizar una investigación documental sobre el estado del arte de la sordera.

2.- Revisar programas de intervención para el desarrollo integral de las personas sordas en el Distrito Federal.

Lo anterior se traducirá en la propuesta de un programa de intervención.

En el siguiente capítulo se expone la metodología empleada para cumplir los objetivos de la presente investigación.

CAPITULO I.

METODOLOGIA EN EL ESTUDIO SOBRE LA SORDERA Y LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD AUDITIVA

La sordera es una problemática que poco a poco ha tenido mayor difusión, sin embargo, aún no se han logrado consolidar programas de intervención, en el Distrito Federal, que apoyen en el desarrollo integral de las personas sordas: esto es debido a que los programas que se realizan son de índole medico-rehabilitatorio, asistencial y en menor grado académico.

El trabajo con personas sordas no es una labor sencilla, pues esta labor debería ser interdisciplinaria ya que implica la intervención médica, pedagógica, psicológica y social. La complejidad de ésta problemática propicia que no exista una clara delimitación del campo de acción de cada una de estas áreas, entremezclándose y repercutiendo en una deficiente atención como la que se tiene actualmente hacia esta población.

Lo expuesto plantea la necesidad de realizar una investigación documental que permita conocer el estado del arte del tema de la sordera, así como la existencia de programas de intervención para personas sordas.

Objetivos.

- Realizar una investigación documental sobre el estado del arte de la sordera.

- Revisar programas de intervención para el desarrollo integral de las personas sordas en el Distrito Federal.

Objetivos específicos.

- Revisión exhaustiva sobre la sordera: definiciones, causas, clasificaciones e historia.
- Recopilar información sobre las necesidades de los sordos desde su nacimiento, infancia, adolescencia, sexualidad, integración a la escuela, vida adulta, así como sus relaciones sociales y su inserción en el mundo laboral.
- Destacar la importancia que tiene el generar programas de intervención para el sano desarrollo psicoemocional del sordo así como para su adecuada integración a la sociedad.
- Diseñar una propuesta de programa de intervención para mejorar el desarrollo de la autoestima de las personas con discapacidad auditiva.

Planteamiento del problema

¿Cuál es el estado del arte del tema de la sordera?

¿Qué programas de intervención se han diseñado para el beneficio de la población con sordera?

Tipo de estudio.

El presente trabajo es una revisión documental en la cual se recabo información sobre el contexto teórico de la sordera, considerando su historia, definiciones, clasificaciones, factores psicológicos asociados a su desarrollo e integración

social. Se enfoca en los programas diseñados para la intervención de los conflictos psicológicos que desencadenan las personas con discapacidad auditiva, su afección, así como las implicaciones futuras que le generara esta condición.

Procedimiento

La presente investigación se divide en tres fases con el fin de cumplir los objetivos señalados.

En la primera fase se recopiló toda la información referente al contexto teórico de la sordera: la historia, conceptos y el desarrollo integral de las personas con sordera. Para ello, se reviso de forma exhaustiva los diferentes materiales con respecto al tema: libros, revistas especializadas, tesis, búsquedas en bases de datos especializadas.

En la segunda fase se investigó los programas de intervención para las personas sordas que se han propuesto, tanto a nivel internacional como nacional, enfatizando en lo que se ha realizado, específicamente, en el Distrito Federal; así como las aportaciones que estos han generado para la población con sordera. La atención se dirigió hacia los objetivos y desarrollo de los programas de intervención así como su utilidad y resultados.

Con la información obtenida se realizo una propuesta sobre un programa de intervención para el desarrollo de la autoestima de las personas con sordera.

Estrategias de análisis

La información recopilada se realizó utilizando palabras claves que permitieron sustentar teóricamente la importancia de abordar los programas de intervención para el desarrollo optimo de la población con sordera.

Dicha información se encuentra relacionada con los antecedentes históricos de la sordera, así como con los conceptos acerca de la población sorda, el desarrollo psicoemocional de los sordos, además del papel que juega la sociedad con respecto a su desarrollo integral e inserción a la misma.

Dentro de toda la revisión documental se utilizó como criterio general el que las lecturas fueran sensibles a los aspectos generales y específicos del desarrollo en la población con sordera.

Análisis bibliográfico

A través de un análisis de la bibliografía utilizada en la presente investigación documental se retomó la información que se consideró relevante para el aporte a este estudio.

En primer lugar es importante conocer los diferentes tipos de documentos que se utilizaron:

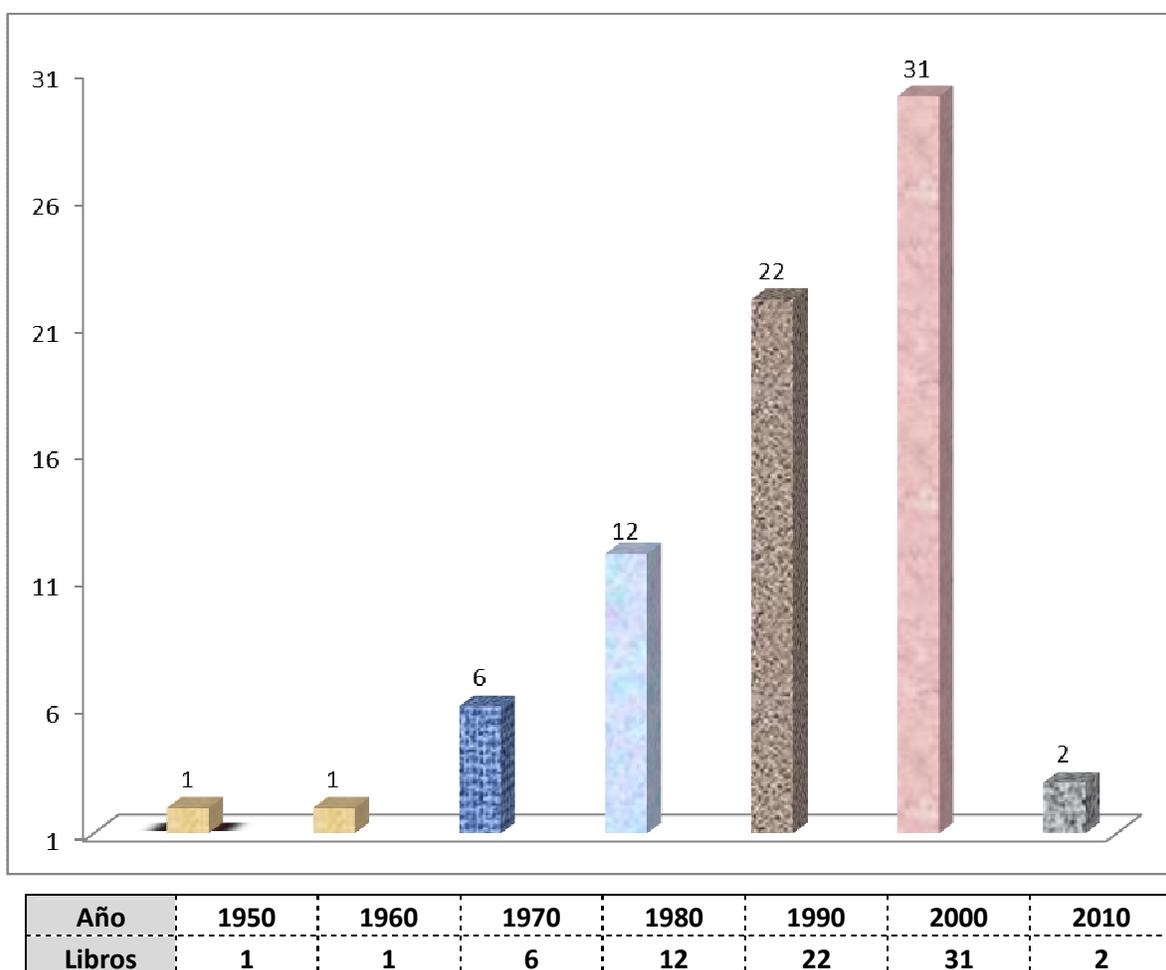


GRAFICA 1. Bibliografía de la Sordera por tipo de documento revisado.

El material que se reviso durante esta investigación consto de 75 referencias. La mayoría de estas fueron libros. Cabe mencionar que no se encontraron tesis referentes a este tema.

La bibliografía que se reviso varía del año de publicación.

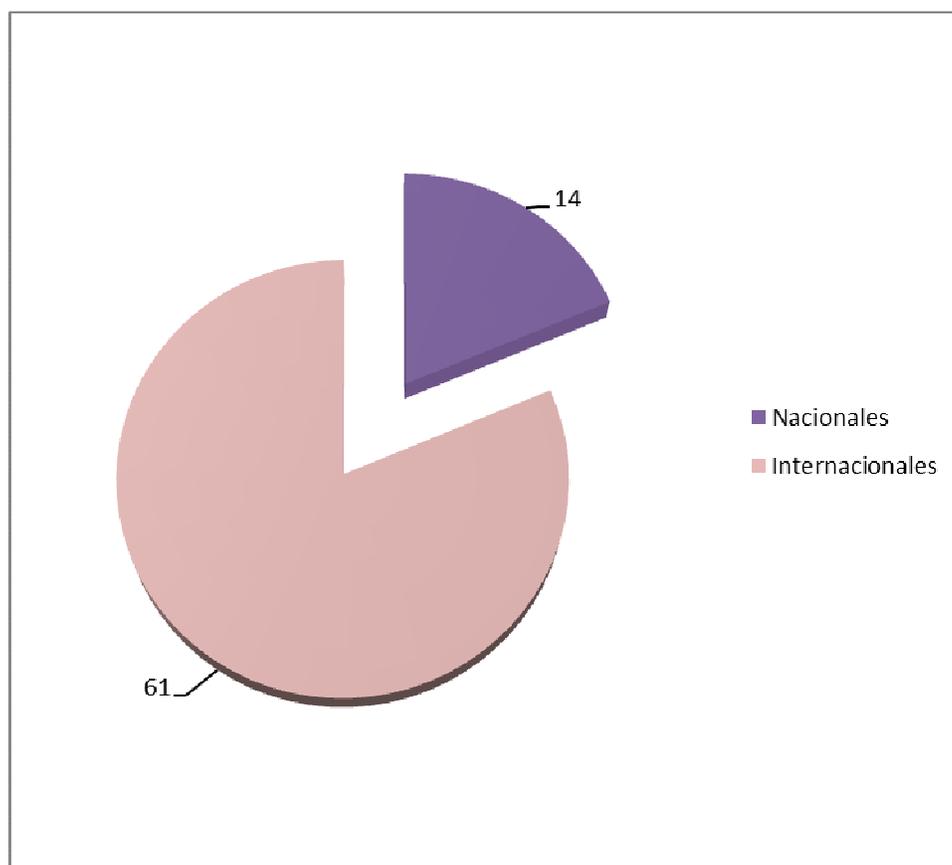
A continuación se muestra la grafica por el año de publicación del material utilizado.



GRAFICA 2. Bibliografía de la sordera por año de publicación.

La mayor parte del material publicado data de 1990, son 55. Antes de esta década las publicaciones fueron menores, de 1950 a 1980 en total son 20.

Cabe señalar que la información recabada a lo largo de esta investigación documental fue con respecto al tema de sordera y de la población con discapacidad auditiva. La bibliografía que se reviso fue tanto de autores nacionales como extranjeros.

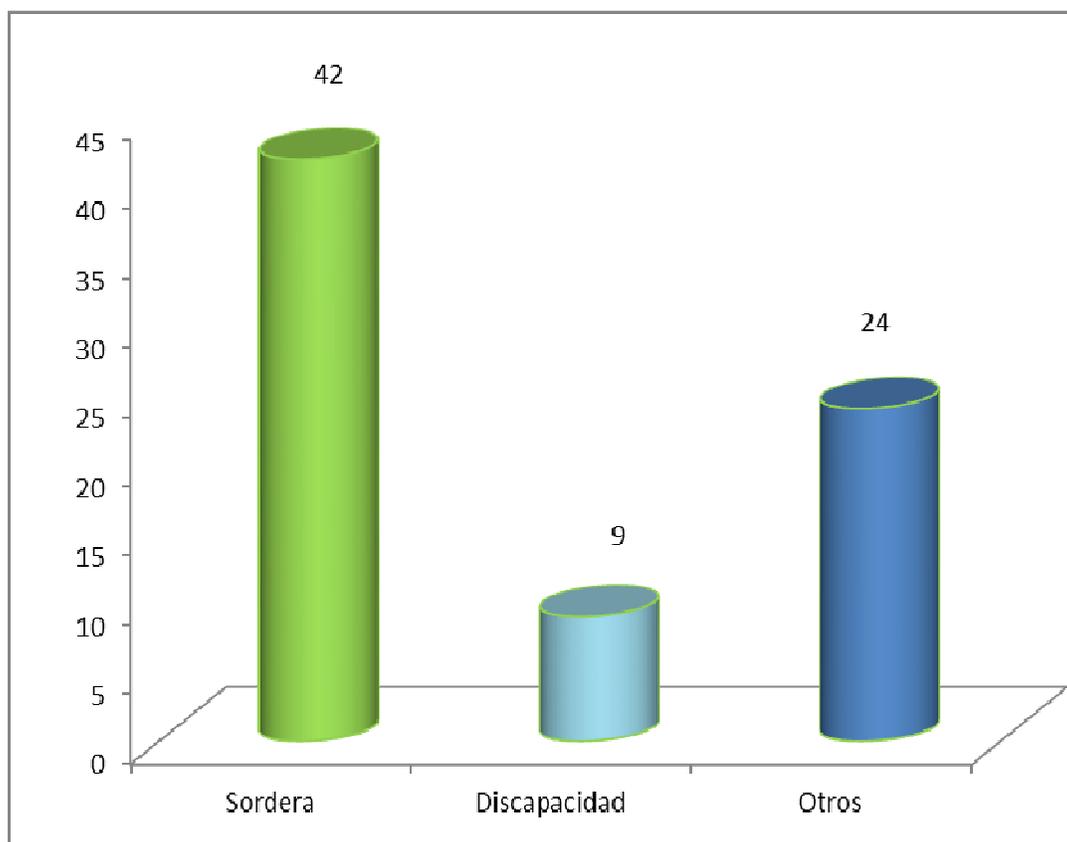


GRAFICA 3. Bibliografía de la sordera por nacionalidad de la editorial.

Se puede observar que la gran mayoría de los documentos revisados se editaron en el extranjero y de 75 bibliografías solo 14 son de editoriales nacionales.

Como parte de esta investigación documental se consultaron diferentes fuentes acorde a cada capítulo y a los temas tratados en el mismo.

En la siguiente grafica se presentan las referencias consultas por los temas principales.



GRAFICA 4. Bibliografía por tema.

En la grafica anterior se aprecia que la mayoría de textos revisados se enfocan directamente al tema de sordera, retomada desde diferentes perspectivas, lo que permitió fundamentar desde la perspectiva histórica hasta el desarrollo psicoemocional de las personas con discapacidad auditiva. Además las 9 referencias revisadas que corresponden al tema de discapacidad contextualizan el inicio del estudio de este tema.

Una vez expuesto el tipo de material que se utilizo se comenzara el siguiente capitulo con los elementos que permitirán iniciar el desarrollo del tema de esta investigación.

CAPITULO II. LA SORDERA

“...la discapacidad no es una condición a curar, a completar o reparar: es una construcción relacional entre la sociedad y un sujeto (individual o colectivo)”.

Patricia Brogna

¿QUE ES LA DISCAPACIDAD?

Mediante datos recaudados por la Organización de Naciones Unidas (ONU) en el 2007 revelan que la cantidad de personas con alguna discapacidad física, intelectual o sensorial en el mundo equivale a 650 millones, es decir, el 10% de la población total mundial (Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud/Organización Mundial de la Salud, 2001)

La discapacidad es un tema que se ha estudiado desde diferentes modelos. El primero que se empleo fue el modelo medico. Considera que la discapacidad es de origen bio-medico. En este modelo, las consecuencias de la enfermedad, las cuales son definidas como deficiencias, se interpretan y clasifican aplicando el modelo de enfermedad conocido tradicionalmente. Es decir; la discapacidad adquiere la connotación de síntoma, por lo que es descrita como una desviación de la normalidad bio-medica de la estructura y función corporal-mental que surge como consecuencia de una enfermedad, trauma o condición de salud, ante la que hay que poner en marcha medidas terapéuticas o compensatorias, dirigiendo su tratamiento a lograr la cura o una mejor adaptación de la persona y un cambio en su conducta (Programa Nacional para las Personas con Discapacidad, 2009-2012).

En el 2001, la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud/Organización Mundial de la Salud (CIF/OMS) propone diferentes modelos para explicar ampliamente la discapacidad y el funcionamiento de esta. La divide en “modelo medico” y “modelo social”. El primero se refiere a la discapacidad como un problema causado por una enfermedad, trauma o condición de salud, lo cual requiere tratamiento médico especializado. El segundo modelo entiende que la discapacidad no es un atributo de las personas, sino un conjunto de condiciones creadas por el entorno social.

La CIF/OMS (2001) integra estos dos modelos, por lo que desarrolla un modelo con un enfoque “biopsicosocial”, así genera una visión coherente de las diferentes dimensiones de la salud desde los diferentes enfoques: biológica, individual y social.

Otra aproximación proviene de la sociología, que define la “discapacidad” como un fenómeno que es el resultado de la opresión del sistema cultural poco sensible a las verdaderas necesidades de las personas con discapacidad. Es decir, la sociedad otorga criterios de clasificación definiendo y situando a la discapacidad en diferentes términos, sin embargo, esto no es lo fundamental sino la actitud ante las personas con discapacidad (Ferreira, 2008).

La discapacidad desde esta aproximación se desarrolla en un contexto social, el cual otorga juicios de “normalidad”, permitiendo que la discapacidad se conciba, no como una característica objetiva aplicable al individuo, sino más bien como un constructo imperativo de la comunidad en virtud de su descripción de “normalidad”, siendo entonces la discapacidad una desviación de dicha normatividad por lo que este juicio determina la “identidad” del ser (Ferreira, 2008).

La sociedad es la que provee la identidad personal gracias a la participación y convivencia social, la discapacidad representaría las restricciones impuestas por

un medio discriminatorio, representando el fracaso de este medio social para adaptarse a las necesidades de las personas con discapacidad (Ferreira, 2008).

Schorn (1999) describe que la discapacidad es marcada por “el otro”, quien marcan el límite del ser diferente. Se requiere que los seres humanos comiencen a distinguir lo que nos hace singulares a cada uno.

Schorn (1999) destaca que la discapacidad pone una marca, pero no solo al individuo sino a toda la familia, esto desencadena una serie de mecanismos para afrontar el nuevo suceso.

Se observa una realidad incuestionable, que vivimos en una sociedad para la que las personas con discapacidad están en situación de desventaja siendo discriminadas y hasta despreciadas. Es evidente que la influencia del medio social, para la concepción de la discapacidad es significativamente negativa.

Desde la perspectiva de la educación, Heward (1998), señala que las etiquetas no causan problemas en sí mismas, pues permiten describir y clasificar algo de forma concreta, además de facilitar la comunicación de conceptos entre las personas; sin embargo, en lo que se refiere a necesidades educativas especiales tales como “los minusválidos”, “los retrasados mentales”, “los sordos”, llevan implícitas connotaciones negativas innecesarias e inapropiadas. Utilizar este tipo de clasificaciones supone que la persona ha perdido su individualidad, insertándolo en un grupo. Considerando que los déficits son lo más importante y es lo único que se debe de conocer del sujeto, dejando de lado sus habilidades y sentimientos.

Dichas etiquetas permiten darle nombre a “algo”, en este caso a grupos minoritarios pero no siempre estas etiquetas son claras ni específicas en lo que respecta a grupos que proceden de distintos entornos culturales. Por lo que es importante comprender y respetar la intraindividualidad y la interindividualidad.

Tomando este punto de referencia se puede aclarar la gran amplitud que tiene la discapacidad en sus diferentes vertientes. Es decir, aunque dos niños tengan Síndrome de Down pueden presentar resultados académicos diferentes, habilidades sociales y rasgos de personalidad distintos (Ferreira, 2008 y Heward, 1998)

TRASTORNOS DE LA COMUNICACIÓN

La forma de hablar es un reflejo de la cultura en la que se desenvuelve, sin embargo, los niños que no logran que el otro los entienda o que no pueden comprender las ideas de su interlocutor pueden sufrir graves discapacidades que provocan problemas tanto en la escuela como en su adaptación personal (Heward, 1998 y Ferreira, 2008).

Los niños con trastornos del habla tienen dificultad para emitir adecuadamente los sonidos, para mantener la fluidez o el ritmo del habla o para utilizar adecuadamente la voz. Los trastornos del habla son discapacidades en la forma del lenguaje (Heward, 1998).

Los niños con trastornos de lenguaje tienen dificultades para comprender o utilizar los símbolos o reglas que la gente emplea para comunicarse entre sí, pueden también tener dificultades con la forma, el contenido y el uso del lenguaje. Por lo que se evidencia que el habla y el lenguaje se encuentran estrechamente relacionados. Los niños en algunas ocasiones pueden presentar discapacidad en el habla, el lenguaje o en ambos. (Heward, 1998)

Van Riper (1984) señala que el habla es anormal cuando difiere de los demás, se dificulta la comunicación y ocasiona incomodidad al hablante o a sus interlocutores. Para determinar que existe este trastorno deben evaluarse diferentes factores como la edad, el entorno educativo y cultural.

El trastorno del lenguaje se divide en receptivo y expresivo. El primero es cuando los niños son incapaces de aprender los días de la semana en el orden correcto o seguir una secuencia de órdenes. En el segundo se pueden tener un vocabulario insuficiente para su edad, confundirse en el orden de los sonidos o las palabras y utilizan incorrectamente los tiempos de los verbos y los plurales. Los niños que padecen trastornos graves de lenguaje pueden tener problemas escolares y de desarrollo social. Es difícil detectar este trastorno y suele confundirse con retraso mental, trastornos auditivos o alteraciones auditivas (Heward, 1998 y Ramirez, 1982).

Las causas de los trastornos de comunicación son diferentes. Las perturbaciones del habla pueden ser orgánicas atribuibles a una causa física específica (Perello, 1978).

Sin embargo, la mayoría de los trastornos de la comunicación no son de origen orgánico, sino que se encuentran clasificados como funcionales. Estos no pueden ser relacionados con una enfermedad física específica, y sus causas no son bien conocidas aun (Heward, 1998).

Dentro de los trastornos de comunicación se encuentran los trastornos de la voz los que se manifiestan cuando la calidad, volumen o tono son inadecuados o anormales. Existen dos tipos básicos de este trastorno: el primero afecta la fonación, hace que la voz suene temblorosa, ronca, gruesa o forzada o no existe. El segundo afecta la resonancia, la cual se produce cuando hay demasiados sonidos que atraviesan las vías nasales de paso del aire (hipernasalidad) o cuando, por el contrario, no se produce suficiente resonancia en esas vías (hiponasalidad) (Heward, 1998).

Los trastornos de la fluidez se presentan cuando el flujo normal y el ritmo son interrumpidos con pausas, dudas y repeticiones inadecuadas. Existen diferentes

tipos como el confusionismo, donde el habla es muy veloz, con sonidos superfluos o mal pronunciados, tornando el discurso incomprensible; la tartamudez es otro tipo de trastorno de la fluidez caracterizado por la repetición rápida de consonantes o vocales, especialmente al comienzo de las palabras, y de partes enteras de las palabras, su causa es diversa: desde factores fisiológicos, psicológicos hasta por patrones defectuosos de aprendizaje (Heward, 1998).

Existen diferentes técnicas para el diagnóstico adecuado del trastorno del habla, pero el procedimiento dependerá del tipo de trastorno del que se sospecha que tiene el niño. Pueden incluirse pruebas de articulación, de audición, de discriminación auditiva y pruebas del desarrollo del lenguaje (Heward, 1998).

TRASTORNOS DE LA AUDICION

Las personas que tienen audición normal poseen un grado suficiente para comprender el habla sin la ayuda de aparatos o técnicas especiales. Las personas que padecen sordera no son capaces de entender el habla, aunque puedan percibir algunos sonidos, e incluso con aparatos auditivos, la pérdida puede ser grave causando que la persona no pueda comprender el habla solo por medio del oído (Heward, 1998).

Las personas con déficit auditivo sufren pérdidas auditivas significativas las cuales requieren de adaptaciones; sin embargo, los niños con déficit auditivo se parecen más a los oyentes que a los niños con sordera, porque ambos utilizan la audición y no la visión como medio principal para desarrollar el habla y el lenguaje. Aunque sus capacidades de habla y del lenguaje pueden sufrir retrasos o deficiencias, se desarrollan principalmente por medio del canal auditivo en ocasiones con ayuda de un aparato auditivo (Heward, 1998 y Aimard y Morgon, 1989).

El significado de trastornos de la audición es muy general, incluye discapacidades auditivas que van desde las más ligeras a las más profundas, abarcando de esta manera tanto a los niños sordos como a los que padecen déficits auditivos (Heward, 1998; Perello, 1978, y Aimard y Morgon, 1989).

Se clasifican según la edad y el momento de su aparición. Es importante saber si la pérdida de la audición es congénita (que esté presente al nacer), o adquirida (posterior al nacimiento). Las expresiones prelingüísticas o postlingüísticas de la audición se refieren a pérdidas sufridas antes o después del desarrollo del lenguaje (Heward, 1998).

Los niños que no pueden oír a las personas, desde su nacimiento o poco después no aprenden espontáneamente el lenguaje como los que tienen audición normal. Los niños que sufren trastorno de la audición después de aprender a hablar tienen necesidades educativas muy diferentes a las de los niños con trastornos prelingüísticos de la audición (Heward, 1998 y Aimard y Morgan, 1989).

Los programas educativos para niños con sordera prelingüística se dirigen a la adquisición del lenguaje y las habilidades de la comunicación, mientras que los destinados a niños con sordera postlingüística suelen centrarse más en el mantenimiento de un habla comprensible y unos patrones lingüísticos adecuados (Heward, 1998 y Torres, 1995).

Existen dos tipos principales de trastornos de la audición: los conductivos y los sensorineurales. En las pérdidas auditivas conductivas se originan anomalías o complicaciones del oído externo o del medio; como su nombre lo refiere, este trastorno se relaciona con problemas de la conducción o transmisión de las vibraciones sonoras al oído interno, pero como el resto del sistema auditivo suele estar intacto, se puede corregir por medio de tratamiento médico, quirúrgico y aparatos auditivos. Las pérdidas sensorineurales implican los daños en las fibras nerviosas y demás mecanismos del oído interno por lo que el sonido llega

de forma distorsionada o no llega al cerebro, este trastorno difícilmente puede ser corregido por medio de la medicación o la cirugía (Perello, 1978).

Las causas de este trastorno pueden derivar de factores externos al organismo y reducen la capacidad del sistema auditivo para recibir y transmitir los sonidos (Perello, 1978).

Los niños con este tipo de trastornos enfrentan desventajas en lo que se refiere a la adquisición de las capacidades lingüísticas, debido a que la gramática y la estructura no siempre tienen reglas lógicas, estos niños presentan vocabulario reducido y la estructuración de sus frases son más simples y rígidas, suelen escribir frases cortas, incompletas o mal organizadas, omiten el final de las palabras como los plurales o las conjugaciones y puede ser difícil que diferencien preguntas de afirmaciones (Heward, 1998 y Aimard y Morgon 1989).

Esto desencadena que el rendimiento académico de los niños se vea altamente afectado. Existen factores estrechamente relacionados con el rendimiento académico de los alumnos con trastorno auditivo.

- La gravedad del trastorno. Mientras mayor sea la pérdida auditiva, mayor es la probabilidad de que el niño enfrente dificultades en el aprendizaje de la lengua y en la adquisición de habilidades académicas.
- La edad en la que se presentó el trastorno. Los que tuvieron pérdidas auditivas antes de adquirir el habla y el lenguaje sufren más desventajas que los que presentan trastorno poslingüísticos. Las puntuaciones en los test de Coeficiente Intelectual, las puntuaciones superiores en estos test se correlacionan con mayor nivel de rendimiento académico.
- Las condiciones socioeconómicas de la familia. Los niños con trastornos auditivos que tienen un nivel económico medio o medio-alto y con padres

que tengan estudios universitarios tienen mayor probabilidad de tener una vida exitosa que los hijos de padres de nivel socio-cultural bajo.

- La capacidad auditiva de los padres. Se considera que los niños sordos de padres sordos tienen mejores perspectivas de éxito académico que los hijos sordos de padres oyentes (Heward, 1998).

En investigaciones realizadas con niños totalmente sordos se ha detectado que su rendimiento académico se encuentra por debajo del nivel de niños oyentes; sin embargo, la inteligencia y el rendimiento académico no son sinónimos. La mayoría de los niños con sordera tienen una capacidad intelectual normal, y se ha demostrado en diferentes ocasiones que sus puntuaciones en test no verbales de CI son aproximadamente iguales a las de la media de la población general. La sordera no impone limitaciones a las capacidades cognitivas de las personas (Marchesi, 1987; Heward, 1998 y Aimard y Morgan, 1989).

DEFINICION DE LA SORDERA

En México, El Programa Nacional para el Desarrollo de las Personas con Discapacidad (2009-2012) define la sordera como: “la restricción en la percepción de los sonidos externos, alteración de los mecanismos de transmisión, transducción, conducción e integración del estímulo sonoro, que a su vez puede limitar la capacidad de comunicación. La deficiencia abarca al oído pero también a las estructuras y funciones asociadas a él. La dificultad o la imposibilidad de utilizar el sentido del oído debido a una pérdida de la capacidad auditiva parcial (hipoacusia) o total (anacusia), ya sea unilateral o bilateral. Las personas sordas utilizan preferentemente el canal visual para comunicarse, y es necesario enseñarles un sistema de comunicación efectivo (Lengua de Señas Mexicanas, lenguaje oral u otro). Esta condición no afecta el rendimiento intelectual de la persona”.

Sordo se refiere a una persona que utiliza la lengua de signos como modo de comunicación primario, que se identifica a sí misma con otras personas sordas (Unión Europea de Sordos, Federación Mundial de Sordos, 1985).

CLASIFICACION DE LA SORDERA

Perello (1978) divide a la sordera en dos grupos principales:

- Sordera hereditaria. Es la alteración contenida en el gen de un individuo la cual se transmite según las posibles combinaciones de los genes (sordera genética).
- Sordera adquirida prenatal. Es la producida por la acción de un factor infeccioso, tóxico o traumático sobre ambos oídos en la fecundación o durante el desarrollo prenatal. Como no existe una lesión del gen no se transmite a futuras generaciones (embriopatía).

Schorn (2008) toma la clasificación de Fernández (2004) y la divide de la siguiente manera:

1. En función del origen de la sordera:
 - Sordera conductiva o de percepción: en esta los trastornos auditivos están situados en el oído externo o en el oído medio.
 - Sorderas neurosensoriales o de transmisión: son las más graves debido a que afectan el oído interno, la cóclea, el nervio auditivo o las zonas auditivas del cerebro.
 - Sorderas mixtas: son una combinación de percepción y transmisión.
2. En relación con la etiología o la causa de la sordera:
 - Hereditaria
 - Adquiridas

3. En relación con la edad de comienzo de la sordera:
 - Pre-linguales: antes de la aparición del lenguaje.
 - Post-linguales: después de la aparición del lenguaje.

4. En función del grado de pérdida auditiva:
 - Sordera leve
 - Sordera media
 - Sordera severa
 - Sordera profunda

5. En relación a la educación:
 - Hipoacúsicos. Se refiere a los niños que presentan alguna dificultad para escuchar, pero suelen auxiliarse de la prótesis. Su pérdida auditiva es de menor grado, por lo que les permite adquirir el lenguaje oral por la vía auditiva, aunque pueden producirse algunas dificultades en la articulación, en el léxico y en la estructuración.
 - Sordos profundos. Son aquellos niños que su audición no es funcional para la vida diaria, además de que no pueden adquirir el lenguaje oral por la vía auditiva.

6. En relación con el entorno comunicativo familiar:
 - Niños sordos con padres oyentes.
 - Niños sordos con padres sordos.

La sordera puede ser causada por daños en las diferentes estructuras del oído y sus características así como el tiempo de aparición de estos daños y de la sordera pueden variar.

Para Lewis (1991) la sordera se divide en dos grandes grupos: el primero esta integrado por aquellos individuos que aparentemente no oyen nada y que

posiblemente utilizan el lenguaje de señas para comunicarse y el segundo por los sujetos en los que existe un decremento en la audición debido a la edad.

La sordera puede presentar variantes, ya que no es lo mismo que escuchen tonos altos o bajos, pues esto interfiere en el aprendizaje del habla, en el sentido de que podrían utilizar auxiliares para lograr oír. También suele ser importante si escuchan algún tipo de tono para entender las dificultades que tendrá en su desarrollo (Perello, 1980).

En Estados Unidos se describe a la persona sorda como alguien cuya incapacidad de escucha excluye un procesamiento exacto de la información hablada, con o sin ayudas para escuchar (Asociación Americana de Lenguaje de Señas, ASLAM).

En México, el Programa Nacional para el Desarrollo de las Personas con Discapacidad divide a la sordera en:

- Hipoacusia: pérdida de la capacidad auditiva parcial.
- Anacusia: pérdida de la capacidad auditiva total, ya sea unilateral o bilateral.

HISTORIA DE LA SORDERA

Existe poca literatura que recabe datos históricos de la sordera. La siguiente sección se basa principalmente en la amplia recopilación histórica de la sordera que realiza Perello (1978).

El autor comienza señalando el punto de vista religioso, e indica que Moisés (s. XVIII a.C.) dice: No debe maldecirse al sordo ni colocar obstáculos ante el ciego; y también: ¿Quién es el que hace mudos y sordos, videntes o ciegos? Así mismo menciona que en el Talmud está escrito: no equipareis al sordo y al mudo en la categoría de los idiotas o de aquellos individuos de irresponsabilidad moral,

porque pueden ser instruidos y hechos inteligentes. Por último, indica que San Agustín (354-430) dijo: que aquel que no tiene oído no puede oír y el que no puede oír jamás podrá entender y la falta de oído desde el nacimiento impide la entrada de la fe.

Por lo que respecta a la Edad Media, Perello (1978) destaca que en ésta se mantuvo la idea de que el sordo no podía ser educado, por lo que hasta el siglo XV el sordo era un ser irracional, sin derechos, ni deberes religiosos ni sociales.

En lo que sigue, se desagregan por años los principales eventos históricos relacionados con la sordera, los recopilados principalmente por Perello (1978) son:

- En el año 673 el obispo John of Beverly, de York, instruyo a un sordomudo a hablar inteligiblemente. Pero este hecho no tuvo gran impacto, debido a que fue considerado como obra de un milagro y el método educativo pasa a segundo plano. Hacia mediados del siglo XVI un medico de Padua, Girolamo Cardano (1501-1578), propone principios para una mejor educación y comprensión social del sordo. El afirma que el sordo puede ser enseñado por medio de símbolos escritos o asociaciones de ellos junto al objeto o dibujo que se desea enseñar. Lo realmente trascendental de Cardano no fue que sentó las bases para la enseñanza sino que desmitifico el concepto de que el sordo no puede ser educado y por consecuencia esta condenado a ser un inadaptado social (Perello, 1978).
- Fray Pedro Ponce de León, Juan Pablo Bonet y Ramírez de Carrión fueron los iniciadores del alfabeto dactilológico, que es utilizado hasta el día de hoy aunque con pequeñas variaciones. Además la obra de Bonet “Reducción de las letras y arte para enseñar a hablar a los sordos” declara que los inicios de la rehabilitación de los sordos

fue en España y que fueron de orientación oralista (Torres y Ruiz, 1996).

- Pedro de Castro también se dedicó a la enseñanza de sordomudos, así como Fray Diego Vidal Rodríguez. Extendiéndose esta forma de enseñanza a los otros países. El 29 de agosto de 1795, a instancias de Manuel Godoy, se crea oficialmente el primer centro docente de sordomudos en las Escuelas Pías de Avapies nombrando al padre calasancio José Fernández Navarrete como director. En este mismo año el jesuita Lorenzo Hervás Panduro (1735-1809) escribe dos volúmenes sobre la educación del sordomudo, teniendo como única información una hora de conversación paseando en coche, que le hizo un abogado, el cual había frecuentado alguna vez la escuela de L`Epee. El 27 de marzo de 1802 se constituye la Real Academia de Sordomudos en la Casa de la Panadería, en la Plaza Mayor de Madrid, siendo su director Antonio Josef Rouyer y Berthier (1776), subsidiada por la Sociedad Económica matritense de Amigos del País, pero limitándolo solo a los niños. Después de que el Rey Fernando VII y su hermano realizaran una visita a este lugar, el 13 de enero de 1816 se extendió a las niñas sordomudas (Perello, 1978 y Torres y Ruiz, 1996).
- A finales del siglo XIX se había demostrado plenamente que el sordo era capaz de ser instruido por lo que se le reconoce y por lo tanto la sociedad tiene la obligación moral y legal de proporcionar esta instrucción (Perello, 1978).
- Mientras en el continente Europeo, específicamente en Inglaterra, la comunicación manual se desarrolla a base del alfabeto bimanual, siendo la primera referencia el libro *Chirologia or the Natural Language of the Hand Composed of the Speacking Motions and*

Discoursing Gestures ther of whereunto is added Chironomia, or the Art of Manuall Rhetorique (1644), escrito por John Bulwer, en este libro se relata la historia de un hombre sordomudo que en las noches habla con su mujer solo con el tacto de los dedos entrelazados. El doctor George Dalgarno publica el libro (1661) *Ars signorum*, posteriormente en 1680 publica *Didascalocophus or the Deaf and Dumd Man`s Tutor*, haciendo hincapié en que el sordo tiene las mismas capacidades de comprensión y memoria que un oyente. Hace mención del alfabeto manual, pero critica el de dos manos proponiendo otro tipo de alfabeto el cual consiste en que cada falange de los dedos es una letra. Thomas Braidwood y familia, fundan la primera escuela británica para sordos en Edimburgo en 1760, manteniendo en secreto sus métodos, se cree que utilizaban una mezcla de técnicas de oralismo y manualismo (Perello, 1978).

- En 1884 se crea el Colegio para profesores de sordos. William Wilde publica "The physical", moral and social condition of the deaf and dumb. En 1893 se hace obligatoria la enseñanza para los sordomudos entre los 7 y los 16 años de edad. Ya para 1947 se calculaba que existían 15.000 sordomudos en las Islas Británicas (Perello, 1978).
- En Italia a mediados del siglo XVI después del teorizador Giroland Cardano (1501-1576), gracias a los métodos españoles progresa la enseñanza del lenguaje manual. Giovanni Bonifacio publica en 1616, "L'arte de cenni" para la educación de los sordomudos. En 1762 Mondini describe algunas lesiones anatomopatológicas en autopsias realizadas en sordomudos, posteriormente reciben el nombre de su descubridor. En Roma en 1784 se abre la primera escuela dirigida por Tomaso Silvestri. En 1873 se realiza en Siena en el Congreso de maestros italianos de sordomudos, destacándose el método oral,

imponiéndose completamente en el Congreso Internacional de sordomudos celebrado en Milán, en 1880. El estado hace obligatoria la enseñanza elemental en el niño sordomudo en 1923. En 1958 se publica una ley en la que se hace obligatoria la contratación de obreros sordomudos. Se calcula que en 1958 en Italia existen aproximadamente 50.000 sordomudos instruidos (Perello 1978 y Torres y Ruiz, 1996).

- En Holanda la instrucción para sordomudos se introdujo por Johann Conrad Ammann, medico y filosofo suizo, el cual escribió el libro *Surdus loquens* en 1692, el cual remarca la importancia de la enseñanza oral.
- Quien introduce la instrucción para sordomudos en Francia fue Pereira, teniendo una hermana sorda utiliza los métodos de enseñanza de Pablo Bonet. Es reconocido en 1749, gracias a su trabajo como profesor por la Academia de Ciencias de Paris. En 1755 es fundada la primera escuela publica para la enseñanza de sordomudos, sustituyendo la enseñanza individual hasta entonces utilizada, convirtiéndose en 1791 en el Instituto Nacional de Sordomudos. Jean –Marie Gaspard Itard (1775-1838) hizo una gran aportación con respecto a esta enfermedad, debido a que detecta que los niños sordomudos oyen mejor los sonidos cuanto mas han sido examinados con instrumentos sonoros, publicando el tratado *Des maladies de l’audition*. Retomando esta idea para mejorar la audición por medio de ejercicios acústicos. Durante el gobierno de Napoleón Bonaparte se le da al sordomudo, por primera vez, un reconocimiento de sus derechos civiles.
- Las enseñanzas de Pablo Bonet se introdujeron en Alemania por medio de Otto Lastus y Arnoldi. Samuel Heinicke, fundo en 1778 la

primera escuela de sordomudos en Alemania reconocida por el gobierno. Defendió el método oral fervientemente en contra del método mímico de L'Épée utilizado en Francia. En 1811 en Berlín se crea un instituto para la enseñanza de profesorado para sordomudos (Perello, 1978 y Torres y Ruiz, 1996).

- En Suiza comienza la enseñanza a los sordomudos en 1776, por Heinrich Keller, el cual se inclina hacia el método oral. Frederic Stebenmann, describe la anatomía patológica y Antoine Schwendt se ocupa del aspecto clínico y acústico de este síndrome.
- Friedrich Stork, sacerdote y filólogo, en 1779 funda el primer colegio para sordomudos austro-húngaro, empleando el método L'Épée. En 1826 se abre la escuela para la enseñanza de profesores para sordomudos, en Viena.
- Schmiegelow (1856), publica en 1901 un importante trabajo sobre los exámenes funcionales en los sordomudos de Dinamarca. Holger Mygind publica un libro sobre la sordera congénita y la sordomudez. Wilhelm Uchermann publica su trabajo sobre los sordomudos en Noruega. En Dinamarca se funda la Institución Real de Sordomudos en Copenhague, en 1807, siendo el primer país que declara obligatoria la enseñanza del sordomudo en 1817.
- Antonio Patricio, en Lisboa abre un aula gratuita para sordomudos. Jose Antonio de Freitas Rego (1822) intenta, sin resultado que el gobierno de Portugal se interese en esta enseñanza, pero en 1823 se abre la primera organización del sordomudo en la Casa Pía de Lisboa siendo su director el sueco Per Aron Borg.

- El primer instituto para sordomudos en Polonia fue fundado en 1818 por el abate J. Falkowski, la escolaridad dura de los 4 a los 12 años. Se enseña labio-lectura y el lenguaje mímico. En los últimos cursos se enseñan oficios y se gestiona la colocación laboral de los exalumnos.
- En Rusia la primera escuela para sordomudos fue fundada en 1805, siendo su primer director el francés Jauffret.
- En América del Norte empezando por Estados Unidos en 1793, William Thornton enseña a hablar a los sordomudos. Introduciéndose el alfabeto manual español por Thomas Hopkins Gallaudet (1787-1851), viajando a Europa en 1815 para aprender la enseñanza de los sordos. Instruido por el abate Sicard (Perello, 1978 y Torres y Ruiz 1996).
- En 1816 Thomas Hopkins Gallaudet regresa a los Estados Unidos acompañado de Laurent Clere, profesor sordomudo, ex alumno de Sicard. Abriendo el 15 de abril de 1817 el American School for the Deaf, en Hartford, Connecticut, utilizando método combinado (Perello, 1978 y Torres y Ruiz 1996).
- Alexander Graham Bell, hijo de Alexander Melville Bell, famoso profesor creador de una serie de símbolos prácticos para la enseñanza de los sordomudos que tituló lenguaje visible, en el que los caracteres alfabéticos eran diagramas de posiciones y movimientos de los órganos de la articulación. Alexander Graham siguiendo los pasos de su padre se dedica a los estudios de fonética y acústica (Perello, 1978 y Torres y Ruiz 1996).

- En 1872 Alexander Graham Bell junto con Thomas Watson investigan para crear una modificación del telégrafo para lograr transmitir sonidos armónicos. Consiguiéndolo en 1878, inventando así el teléfono. Gracias a este descubrimiento gana en 1880 el Premio Volta, de 10.000 dólares, otorgado por el instituto de Francia, fundando el Instituto Volta en 1890, dedicado a la investigación y tratamiento de los sordos (Perello, 1978 y Torres y Ruiz 1996).
- En 1864 se abre el Gallaudet College, en Washington D.C. contando con una biblioteca que posee una gran riqueza en libros, periódicos, informes, artículos sobre la sordera (Perello, 1978 y Torres y Ruiz 1996).
- En México, en 1866, llega Eduardo Huett junto con su esposa Catalina. Presenta un proyecto de abrir una escuela para sordos en América Latina. En junio del mismo año se inauguro la primera escuela de carácter público especializada en proporcionar educación a los niños y jóvenes sordos en México; se le nombro Escuela Municipal de Sordomudos.
- Posteriormente en 1867, al caer el segundo Imperio y con la muerte de Maximiliano, Juárez regreso al poder y mostro un gran apoyo a la educación. Así el 28 de noviembre de 1867 se publica el decreto en el que el Presidente Benito Juárez determina fundar la Escuela Nacional de Sordomudos, la cual también funcionaria como Escuela Normal de Profesores.
- En Argentina comienza a funcionar en 1857 una escuela fundada por Carlos Keil. Hasta 1873 el gobierno argentino nombra a José Facio director de la primera escuela oficial de sordomudos. En 1898 se crea una sección de niñas dirigida por María Ana Mac Cotter.

- En Brasil es fundada la primera escuela de Ciegos y Sordomudos en 1857, en Rio de Janeiro.
- En 1852 se crea la Escuela de Sordomudos, en Chile.
- En Uruguay, en 1885 se realizo el primer ensayo para introducir la enseñanza para los sordomudos en este país. Hasta el 25 de julio de 1910 se inauguro el Instituto para niños sordos implantando la enseñanza pública y gratuita de la palabra oral extendiéndose sus beneficios todos los niños del país.

LA COMUNIDAD SORDA

A finales de los años setentas, al inicio de los ochentas empiezan a conocerse los debates sobre la existencia de la comunidad sorda y de la cultura del sordo, tomando como referencia las perspectivas sociológicas las cuales consideran que las personas sordas comparten características que les permiten ser tratadas como un colectivo o comunidad social (Sacks, 1991).

La perspectiva sociológica permite interpretar a la sordera desde la individualidad y su desarrollo cultural, por lo que el reconocimiento del colectivo sordo como un grupo social con características propias tiene como fundamento la idea de que la conexión con el mundo es visual utilizando una lengua de signos confiriéndole rasgos de identidad propios (Aimard y Morgon, 1989).

El concepto de identidad sorda es complicado de entender, ya que el término de cultura es complejo en sí mismo, pues para algunos cultura significa lo opuesto a ignorancia, por lo que desde este punto de vista hace referencia a que solo algunos la tendrían y otros no. Para las familias de oyentes aceptar que su hijo

sordo pertenezca a una identidad cultural diferente a la suya es difícil, pues suelen desvalorizar esta cultura y sus referentes (Sacks, 1991).

El termino comunidad sorda engloba el tejido social formado por personas sordas que utilizan la lengua de signos y comparten experiencias y objetivos tienen conciencia de una identidad común y mantienen un compromiso individual con el grupo, cooperan en una u otra medida con el. Forman parte de este grupo no solo personas sordas, sino también las oyentes que conocen y respetan el lenguaje de señas como medio de comunicación, además de identificarse con ellos (Sacks, 1991).

La comunidad sorda puede expresarse en términos de una asociación de sordos. Esta se convierte en foro para la interacción, donde se organizan actividades de formación y ocio donde pueden interrelacionarse sin verse como discapacitados, sino como seres humanos que tienen nombre y que pueden compartir sus vivencias y preocupaciones cotidianas. Estos lugares son como “oasis” de tranquilidad y seguridad, pero también espacios creativos donde emergen iniciativas sociales y culturales.

Además, dentro de sus comunidades, manifiestan características que les permiten sustentar su cultura como una serie de reglas de comportamiento claramente establecidas así como costumbres y tradiciones.

CAPITULO III.

LA VIDA DEL SORDO

“La lengua de signos esta llena de plasticidad y belleza y es capaz de crear la magia de la poesía y de envolver a las personas en un mundo onírico lleno de imágenes fantásticas. Sirve para confesarse, para la filosofía, para discutir o hacer el amor. Está llena de fuerza simbólica... el alma que se escapa por sus dedos es para ellos la vida misma”.

Oliver Sacks

Rella (2001) comenta que el grado de aceptación de la sordera del hijo por los padres modulara sus relaciones afectivas, su comunicación y la forma en la que se relacionan en su núcleo familiar. En principio es notorio que la sordera en un miembro de la familia crea un profundo sentimiento de tristeza. Los padres pueden reaccionar de diferentes formas: desde aquellos que intentan negarlo u ocultarlo, hasta los que manifiestan sobreprotección hacia el niño.

Entre estos extremos lo recomendable es la aceptación de la sordera. Ello permite al hijo crecer en un ambiente relajado de comunicación e intercambio, mantener una actitud que favorezca su independencia y la convivencia con los compañeros de la misma edad, conscientes de sus limitaciones en lo que se refiere al lenguaje y la sociedad (Rella, 2001 y Schorn, 2008).

Por lo anterior, es de suma importancia cómo se enfrenta la perdida del hijo fantaseado al conocer el diagnostico de sordera, pues desde la perspectiva de la psicología el periodo de duelo es inevitable teniendo que afrontar esta pérdida para beneficiar el óptimo desarrollo de la persona sorda.

EL DUELO/EL DIAGNOSTICO

Los padres de los niños sordos entran en conflictos de emociones extremas, la esperanza - desesperanza, paciencia - impaciencia, amor - odio, en contra del mundo (Kweller, 2005).

Rella (2001) describe que el duelo se desarrolla en seis etapas diferentes. Es un proceso inevitable en toda persona que enfrenta una situación de pérdida del objeto deseado.

- 1 Negación: no se quiere ver la realidad, en este caso se hace como si el niño pudiera oír. Se comienza el recorrido por diferentes terapeutas.
- 2 Culpabilidad: el sentimiento de ser responsable de la deficiencia auditiva despierta sentimientos negativos respecto a si mismo y al niño. En estos momentos los padres se muestran depresivos y suelen realizar actos de autosacrificio. Existe rechazo hacia el niño y es importante que los padres comprendan que es un proceso normal que logran superar.
- 3 Depresión: consecuencia de la etapa precedente, surge un sentimiento de incapacidad, desanimo y de desvalorización.
- 4 Cólera: aparece ante las frustraciones y los acondicionamientos que requiere la sordera. En este periodo los padres suelen ser sumamente exigentes tanto con el especialista como con el niño. Piensan que sus sacrificios deben ser recompensados. Es importante que puedan expresar sus sentimientos para que logren superarlos y de esta manera pasar a la siguiente etapa.
- 5 Negociación: los padres se vuelven activos. La sordera se considera a partir de este momento una realidad que presenta un interés.

- 6 Aceptación: al reconocer la realidad de la deficiencia auditiva se convierte en un compromiso maduro y reflexivo, en el que los padres aceptan y reconocen la diferencia de su hijo.

La reacción de los padres frente al diagnóstico puede ser predecible, debido a que esta discapacidad es de baja incidencia, además de encontrarse en la oscuridad. Generalmente esta discapacidad suele confundirse con retraso mental, sin embargo, los padres suelen mantenerse escépticos ante esta posibilidad (Luterman, 1985).

Pero el tiempo comienza a transcurrir y los padres inician el devenir de las pruebas, siendo ellos quienes las inician en casa. Durante este periodo aun sin tener nada claro, los padres se encuentran sometidos a emociones diversas y extremas.

Para cuando los padres comienzan a enfrentar la realidad acuden al pediatra; para ello el pequeño ya cuenta con aproximadamente doce meses de edad y para cuando logran obtener el diagnóstico adecuado ya han pasado seis meses más (Luterman, 1985).

Existe una gran diferencia en la manera de reaccionar ante el nacimiento de un hijo sordo si los padres son oyentes o sordos. En el caso de que los padres sean sordos se presenta mayor facilidad para la aceptación, le comprenden más y le proveen de un sistema de comunicación, el cual aprenderá con facilidad y le permitirá comunicarse con su entorno familiar. Cuando los padres son oyentes se pueden presentar dificultades para encontrar como comunicarse adecuadamente además de que no existe comprensión en como vive su mundo el niño sordo (Rella, 2001 y Schorn, 1997).

Otro factor importante es el nivel socioeconómico de las familias, debido a que este se hace presente en lo que respecta a la educación que reciben, así como a la atención que se les presta. Cabe señalar que los padres sordos suelen tener un menor grado de economía y educación, por lo que la atención educativa se ve deteriorada y escasa debido a este factor (Rella, 2001).

Para los padres oyentes es más difícil la aceptación del nuevo miembro de la familia, pues no saben cómo enfrentar el nuevo reto, y sobre todo, como superar la pérdida del hijo anhelado ante el diagnóstico de sordera, comenzando así su trayectoria de duelo. En cambio, cuando el diagnóstico se da dentro de un entorno familiar de padres sordos, los padres suelen adaptarse con mayor naturalidad a las características de percepción y de comunicación del hijo sordo (Rella, 2001 y Schorn, 2008).

Rella (2001) refiere el duelo como muerte o pérdida en la realidad de un ser querido, amado, de alguien muy especial para nosotros. En estos casos, la muerte, la desaparición se produce irremediablemente, la percepción de esa persona desaparece, el cuerpo y esa persona ya no están más, no es visible a los sentidos, en ese aspecto la realidad colabora en la elaboración del duelo, el objeto amado ya no se encuentra, ni estará presente de manera sensible. En lo que se refiere a la discapacidad, la capacidad perdida, en la realidad material sensible a la percepción la persona no desaparece, el niño se encuentra presente con su ausencia, con su alteración, con su afección; presente pero con su capacidad ausente.

Por lo que la familia del individuo con discapacidad auditiva, es una familia en riesgo de crisis; ya que el desarrollo la enfrenta a situaciones-problema periódicamente, situaciones novedosas y, por lo tanto, estresantes que deben resolver constantemente. Además de las limitaciones y frustraciones que plantea la antítesis hijo deseado-hijo posible/ hijo sano-hijo discapacitado (Schorn, 2008).

La clave se encuentra en el momento del diagnóstico de la discapacidad, debido a que es cuando se debe elaborar el duelo por la pérdida del hijo deseado-ideal de perfección y la aceptación en su lugar del hijo-real-discapacitado (Rella, 2001 y Luterman, 1985).

Posiblemente esta presencia con ausencia es lo que mantiene la herida abierta por la pérdida, la dolorosa esperanza de la recuperación de la ausencia, de lo perdido y es lo que explica que determinadas familias, adolescentes y adultos sordos excelentemente reeducados recurran a diferentes apoyos tecnológicos como el implante coclear. Observando así la emergencia de este duelo en algunos miembros de la familia y en el propio discapacitado, manteniendo vivo el deseo de recuperar lo perdido (Rella, 2001 y Schorn, 2008).

Al obtener el diagnóstico, los padres se enfrentan ante una realidad irreconocible, extraña, quizás sea en este instante cuando se enteran que hay diferentes niños sordos y sobre esto no tienen información. La mayoría de los padres oyentes con un hijo sordo ignoran qué ocurre con esta discapacidad. En consecuencia, no le proveen de las herramientas necesarias para enfrentar su mundo.

En las teorías cognitivas se considera que el aparato psíquico está constituido por representaciones, es decir por informaciones y su fortaleza reside en la calidad y cantidad de información que posee: la falta de esta, la ignorancia, implican ponerlo en inferioridad de condiciones; por el contrario, la incorporación de información contribuirá a su fortalecimiento. En esta discapacidad la falta de información es significativa, y a su vez encierra una paradoja: la sordera no presenta una marca sensible, visible a los ojos, por lo tanto el discapacitado es percibido como una persona en apariencia "igual" a los demás y esta es la vivencia que tiene los padres "mi hijo es igual a otros, solo que no escucha". Se entremezclan conocimientos y emociones que no favorecen la elaboración del duelo (Rella, 2001 y Schorn, 1997).

Rella (2001) comenta que esta discapacidad se caracteriza por la imposibilidad de adquirir de manera natural y espontánea el lenguaje oral, la lengua de la mayoría, la cual permite la recopilación de la información, encierra la paradoja de ser un instrumento cuya importancia es desconocida para los padres y para la mayoría de los oyentes que la practican hasta el momento del encuentro con una persona sorda. Los padres comienzan a reconocer, poco a poco, esta patología de la comunicación debido al diagnóstico de sordera; y de igual manera todos los oyentes que rodean al niño sordo.

Rella (2001) propone que la información que requieren los padres debe ser lo más amplia y clara posible; que tienen un hijo igual pero diferente, dicotomía difícil de entender. Es comunicar que hay una serie de información objetiva y emotiva que al niño no le va a llegar por vía auditiva, pero sí visual. Se les deberá dar a conocer los trastornos en la comunicación y en el lenguaje teniendo como consecuencia la imposibilidad de adquirir naturalmente la lengua oral de los padres así como la influencia de esa imposibilidad en el desarrollo emocional y cognitivo.

Cuando finalmente es confirmado el diagnóstico que ya sospechaban los padres, el proceso de duelo se desencadena inmediatamente, apareciendo una gran variedad de sentimientos: tristeza, rabia, enojo, angustia y la aparición de diferentes mecanismos de defensa ante esta situación. Se recurre también al pensamiento mágico como una forma de evitar las vivencias dolorosas, desarrollando este pensamiento como un opuesto al racional utilizándolo para soportar la tristeza que produce el gran duelo que es la muerte del hijo-deseado-ideal de perfección (Rella, 2001 y Schorn, 1997).

Este pensamiento mágico funciona como muleta que renueva las esperanzas, colabora en el sostén familiar y personal, pero obstaculiza toda posibilidad de progreso y desvaloriza todo logro, ya que ninguna educación y ningún implante

transforma en oyente al sordo, transformación mágica que subyace en el pensamiento mágico y en la búsqueda de nuevos diagnósticos (Rella, 2001).

El aferrarse a estos mecanismos de negación se encuentra directamente relacionado con la elaboración del duelo por la pérdida del hijo deseado. Es decir; que a menor elaboración, mayor rigidez y adhesión a fantasías omnipotentes de curación, mayores estados de confusión y búsqueda de soluciones mágicas. También, dentro de estas soluciones mágicas, deben agregarse las expectativas que se ponen en el implante coclear como la operación que mágicamente devuelva este hijo-ideal perdido (Rella, 2001 y Schorn, 1997).

Es importante la elaboración adecuada del duelo, pues como se comentó, éste permitirá la aceptación y desarrollo adecuado del sordo en función de su personalidad y no del deseo de los padres por la recuperación del hijo añorado, permitiéndole las herramientas necesarias para su desarrollo integral así como la convivencia con sus iguales y desarrollándose en su medio de manera eficaz (Rella, 2001 y Luterman 1985).

Sin embargo, en México aun no existe el diagnóstico oportuno de esta discapacidad, por lo que es complicado conocerla a temprana edad, desencadenando diversos conflictos al iniciar el recorrido por diferentes especialistas que den su veredicto con respecto a la situación del hijo, de esta manera comienzan su estado de crisis.

LA CRISIS

Se debe considerar que la teoría de crisis sostiene que el sujeto y los grupos sociales siempre enfrentan situaciones que requieren la resolución de problemas, estas situaciones se presentan a lo largo de la vida y gran parte, debido a que son resueltas rápidamente, son imperceptibles (Rella, 2001).

Luterman (1985) comenta que el estado de choque emocional suele ser de corta duración y sirve como un mecanismo de defensa que ayuda a los padres para que atraviesen por la etapa inicial de su camino. Por lo que su atención, concentración y memoria se ven afectadas frente al evento en cuestión.

Rella (2001) describe que una situación problema puede poner en marcha el repertorio de experiencias previas de conocimiento ya adquirido o crear nuevas respuestas y desarrollar una serie de conductas factibles que permiten soportar y solucionarla exitosamente para evitar caer en crisis. Sin embargo, si se carece de experiencias o conocimientos previos se prolonga el lapso de tensión y se ocasiona una desestructuración, ya sea en el individuo o en el grupo, lo que desencadenará una crisis.

Cada situación-problema, representa tanto la oportunidad de un desarrollo como el peligro de un deterioro. Por lo tanto, la adecuada resolución de un problema generara una nueva estructura de superación que formará parte de su repertorio de respuestas y aumenta la posibilidad de que enfrente, en forma realista, las situaciones que se presenten en el futuro. Es decir, que el superar con éxito los diferentes problemas fortalecerá la estructura de los implicados y, en consecuencia favorecerá los vínculos que desarrollaran los miembros entre si (Schorn, 1999 y Rella, 2001).

Tomando como referencia lo anterior, Rella (2001) propone que se debe dar apoyo para enfrentar constructivamente las crisis vitales, accidentales y las situaciones-problema, desarrollando programas sociales que modifiquen actitudes y conductas de los miembros de la comunidad por medio del sistema educacional, de comunicación y por la interacción entre los sectores profesionales. Además, se debe proveer los aportes psicosociales, es decir, aquellos que son brindados por las relaciones familiares, desde la protección de la integridad familiar hasta el aumento de la comprensión por parte de los padres, los adultos oyentes y de las

personas hipoacúsicas a lo largo del ciclo vital. Por último, se deben fomentar las actividades socioculturales, debido a que este factor cobra relevancia en la prevención de crisis de la persona sorda, ya que no solo interactúa con su familia sino con otros individuos o grupos, y estos pueden evitar o provocar una situación de crisis.

Los individuos no enfrentan solos una situación de crisis, pues además de su familia, también están quienes los rodean con sus valores e ideales, los cuales contribuyen para que puedan o no resolver sus problemas. Además, en esta discapacidad, la información y el conocimiento de los grupos secundarios es crucial. La sordera es, de cierta forma, invisible a los ojos; la persona sorda no llama la atención, sin embargo si pregunta algo, su prosodia sobresalta o desconcierta y si empieza a hablar con las manos, en su lengua natural, todas las miradas de asombro de quienes lo rodean se posarán sobre él. La sociedad desconoce la presencia y las secuelas de esta discapacidad en comparación de aquellas que si son visibles y evidentes por su marca corporal (Schorn, 1999 y Rella, 2001).

La acción social es una herramienta que debe proveer aportes básicos, psicosociales y socioculturales, realizando prevención primaria en salud mental, pero la acción que mejor se adapta a esta problemática es la de acción interpersonal, esa que es cara a cara, o entre un especialista y grupos pequeños. Tomando en cuenta que este tipo de acción debe contar con especialistas calificados y entrenados, como psicólogos, psicopedagogos, maestros, asistentes sociales, directores de escuela y líderes de la comunidad sorda, para cumplir realmente la tarea preventiva (Rella, 2001).

La acción interpersonal o cara a cara, es una estrategia que se propone debido a que tiene la ventaja de una gran sensibilidad en quien recibe la acción en el momento del problema o la crisis y por lo tanto otorga la mayor probabilidad de soluciones acertadas, rápidas y estables (Rella, 2001).

Parte de estas soluciones propuestas se deben brindar en las relaciones alternadas, entre la madre y su bebe sordo, entre los pediatras y las madres que perciben la falta de audición, debido a que tienen un valor potencial importante sobre los aportes básicos hacia ese discapacitado auditivo, su madre, la familia y sobre la salud mental de todos los involucrados. La acción interpersonal para enfrentar las crisis puede realizarse por medio de la intervención adecuada (Rella 2001 y Schorn, 1999).

La llegada de un niño con discapacidad auditiva permite que se de una situación inédita donde se enfrentan fuerzas que modifican el equilibrio individual y familiar, tensiones que debido a que son prolongadas desencadenan situaciones de crisis. Esta crisis se encuentra dentro de las crisis accidentales pues provoca una inevitable conmoción que impide el adecuado funcionamiento de los integrantes de la familia. La adecuada resolución o no del diagnostico permite la presencia de una serie continua de situaciones-problema relativos a la especificidad de la discapacidad (Rella, 2001).

Por lo que el siguiente paso es la resolución del conflicto, buscando información y alternativas que permitan regresar a los padres al equilibrio.

LA ELECCION

La última etapa dentro del proceso de crisis es la adaptación, lo que genera una acción constructiva en torno a la situación-problema.

Luterman (1985) describe que los padres reestructuran su sistema de valores dentro de este periodo de extrema ansiedad. Favoreciendo la posibilidad de que los padres se desarrollen, aunque en ocasiones sea con mucho dolor y trabajo, llevándolos a un cambio importante en sus valores y en su calidad de vida.

Cuando los padres descubren la sordera de su hijo, suelen depositar toda la confianza y esperanza en los profesionales, esperando que ellos resuelvan, reparen y/o eduquen al hijo sordo.

Inicia el recorrido por las diferentes alternativas para poder “curar” al hijo “enfermo” teniendo como meta la resolución del conflicto.

La prótesis: es un conjunto electrónico, electroacústico y mecánico personalizado; la prótesis auditiva capta, adapta y amplifica las señales acústicas de tal forma que el deficiente auditivo pueda, dentro de los límites de sus capacidades de percepción y tolerancia, recibir la información que llevan dichas señales. La prótesis se debe ajustar en función del umbral de dolor, conservando la dinámica de los sonidos, evitando así la monotonía y proporcionando los elementos prosódicos indispensables para el reconocimiento y el control del habla (Dumont, 1999).

Generalmente la prótesis se confunde con una posible corrección de la sordera, poco a poco entienden la diferencia entre no escuchar nada y escuchar normalmente, existiendo una gran cantidad de situaciones que permite comprender que oír no necesariamente significa entender ni hablar. Corriendo el riesgo de crear fantasías, se puede considerar que la prótesis mejorara ciertamente la audición y la comprensión (siempre auxiliada de la lectura labial), sin pretender hacer de un sordo un oyente perfecto.

En esta situación el niño es llevado con un especialista que introduce una pasta de modelar en sus orejas, obteniendo posteriormente un par de aparatos que adornan sus orejas, además de un tubo y un pequeño artefacto que se introduce en la oreja. Produciendo innumerables interrogantes del niño hacia el adulto, desde ¿Por qué cuando se lo quita mamá se enoja?, ¿Qué es lo que estoy escuchando?, ¿Por qué tengo que ponérmelos?, etc. (Ramírez, 1982).

Esta opción requiere que la evaluación que se realice la autorice como la indicada para el niño. Además de tomarse el tiempo requerido para que el pequeño se adapte al sonido y a la misma prótesis.

El implante coclear: a finales de 1950, Eyries y Djourno realizaron el primer implante coclear, desarrollándose esta técnica rápidamente. Básicamente consiste en crear una sensación auditiva estimulando directamente las terminaciones de las fibras del nervio auditivo. Los electrodos implantados reemplazan el órgano de Corti, que es el elemento que falla en las sorderas neurosensoriales. Estos electrodos transmiten una codificación del mundo sonoro al nervio auditivo, de este a los núcleos cocleares y finalmente a las zonas corticales (Ramírez, 1982).

Gracias a los electrodos introducidos en el oído interno mediante intervención quirúrgica y un procesador vocal externo que el paciente lleva siempre consigo, las señales acústicas son tratadas, transformadas y transmitidas por medio de una antena a los electrodos implantados en la cóclea, que permite a la persona sorda recibir informaciones sonoras del entorno. Existe una parte fija de tamaño reducido, que se implanta bajo la piel dentro del hueso; a ésta va unida el portaelectrodos, una especie de hilo (casi tan fino como un cabello), que el cirujano ha enrollado en la cóclea, en una intervención que puede durar de dos a tres horas. La parte externa consta de un micrófono un procesador y una antena. El micrófono transforma los sonidos en potenciales eléctricos. Estos son conducidos al procesador, donde son tratados y transformados, llegan a la antena y de esta se transmite a la parte implantada (Ramírez, 1982 y Torres 1995).

Esta alternativa ha crecido en demanda desde mediados de los noventas, por lo que más personas se han realizado el implante; sin embargo, cabe mencionar que es una cirugía que no se recomienda a todas las personas sordas.

Oralismo: esta técnica, aunque utilizada aún, carece de bases psicopedagógicas para la aplicación como un medio de readaptación del niño sordo. Debido a que en

la realidad no existe especialista totalmente capacitado en este ramo. Aunque algunos profesionales trabajan para establecer las condiciones que permitan el desarrollo de la modalidad oral de la lengua. En conjunto con la labor que se realiza en torno a la comunicación, proponen un entrenamiento fonológico que respete las etapas suprasegmentales y más tarde segmentales de las producciones (Ramírez, 1982 y Aimond y Morgon, 1989).

Lengua de señas o de signos: les permiten expresar rápida y fácilmente sus afectos, preguntas, necesidades y deseos. Se realizan movimientos estructurados con las manos, es una modalidad viso-manual, y se acompañan de gestos. La entrada de la información se realiza básicamente a través de la visión.

Sacks (1991) menciona que si una persona adquiere la lengua de seña como su primera lengua, su cerebro tendrá guardada la información el resto de su vida. La característica más destacada del lenguaje de señas es la utilización única del espacio.

Bilingüismo: es cuando un individuo habla corrientemente dos lenguas diferentes, o dentro de una comunidad se utilizan dos lenguas diferentes. Para que el bilingüismo tenga el efecto adecuado se requieren condiciones específicas pragmáticas y contextuales.

Al reflexionar sobre la vida que tendrá este bebé sordo cuando se convierta en adulto, es fácil imaginar que dentro de su comunidad de sordos desarrollará el lenguaje manual, pero conocerá y utilizará la lengua oral y escrita para informarse, cuidar su salud y realizar cualquier trámite que requiera posteriormente.

DESARROLLO PSICOEMOCIONAL

¿Que tanto afecta en el desarrollo integral del ser humano la sordera? La filosofía relaciona el pensamiento con el lenguaje, por lo que desde su perspectiva el niño

sordo encontraría serias dificultades para su desarrollo. Por su parte, Chomsky (1975) argumenta que el lenguaje es independiente de la cognición, propone que las estructuras del lenguaje están presentes en el cerebro en el momento del nacimiento haciendo posible que el niño experimente el lenguaje y se desarrolle.

Por otra parte Piaget (1967) dice que el lenguaje del niño depende de la estructura de su inteligencia, de esta manera el lenguaje del niño se desarrolla para reflejar la comprensión que tiene de su medio. Haciendo posible la separación del pensamiento de la acción.

Vygotski (1962) propuso en su obra que el pensamiento y el lenguaje se desarrollan de forma paralela aproximadamente hasta los dos años de edad, comenzando una unión e influencia mutua, con la ventaja de que el lenguaje puede ser utilizado para ayudar al pensamiento y viceversa.

Esto permite considerar que si el lenguaje es prerequisite para desarrollar el pensamiento y que los sordos no tienen "lenguaje", entonces su capacidad para razonar y pensar debería estar deteriorada o incluso ausente. Pero si el lenguaje depende de la cognición, entonces el conocimiento y la comprensión del sordo debe ser equivalente a la del oyente.

En el psicoanálisis se plantea que el inicio de la educación primaria coincide con el periodo evolutivo del desarrollo libidinal que determina la entrada a la latencia. El sepultamiento del Complejo de Edipo consolidando la formación del Superyó, producen consecuencias psicológicas importantes como: la organización coherente de los procesos psicológicos que dependen del Yo, la conciencia, la motilidad, el lenguaje, el control de los impulsos y la aplicación de la censura hasta los procesos sublimatorios y la instalación del Ideal del Yo con los valores e ideales sociales. Obviamente este periodo, de igual forma, es atravesado por el niño sordo, el cual ha acumulado un marcado retraso en cuanto a la incorporación y organización acabada de un lenguaje (sea oral o de señas), es decir en la

instalación del pensamiento preconscious - consciente y de la comprensión del lenguaje tanto verbal como escrito, retraso que va a influir sobre la toma de conciencia, control de impulsos, aplicación de la censura, sublimación e instalación de los valores e ideales sociales (Rella, 2001; Schorn, 2008 y Schorn, 1997).

En lo que respecta al desarrollo madurativo y libidinal, el niño sordo vive las mismas problemáticas que el niño oyente y los avances dependerán de la limitación que provoque la propia discapacidad y la calidad de las interacciones tempranas. Al inicio de la latencia o segunda infancia el conocimiento del mundo y el autoconocimiento se amplía, por lo que se incorpora y se actúa sobre el mundo, eligiendo entre conductas y acciones posibles y al mismo tiempo formando un mundo interno, que no es otra cosa que el acopio de información acerca de su medio ambiente y sus regularidades. Creando su mundo interno, capaz de hacerse consciente primeramente por medio de imágenes mentales y posteriormente se externalizan gracias al lenguaje el cual amplía infinitamente el conocimiento de la realidad inmediata, mediata e interna. Entonces el niño sordo, como el oyente, piensan sobre la realidad inmediata, mediata, pero lo más importante, sobre su realidad interna, sus temores, sus inseguridades y sus deseos (Rella, 2001).

Cuando el niño sordo tiene hermanos menores o primos y amigos en edad escolar, éste percibe y toma conciencia de una gran diferencia que necesita una explicación, es la diferencia que forma su identidad, él es un niño diferente, es "sordo", es "hipoacúsico", es "implantado". En el caso de que no tenga hermanos, aun atraviesa esta etapa de la diferencia. La necesidad de que alguien le explique esta diferencia, nace junto con el periodo evolutivo que se caracteriza por la necesidad de la satisfacción del porqué, es la etapa de la curiosidad infantil. Curiosidad que se inicia en el propio cuerpo, después en los padres y posteriormente se despegara del interés corporal, se dirigirá a otros objetos y situaciones que le sean relevantes, estando entre estas situaciones la forma de

comunicarse, el uso de la prótesis y también el colegio especial (Rella, 2001 y Schorn, 2008).

Es en esta etapa donde paulatinamente el niño sordo toma conciencia de las diferencias, los hermanos, la escuela, la comunicación entre los demás miembros de la familia y él. El niño sordo no suele hacer preguntas, pero aparecen conductas que los padres no comprenden, aumenta la agresividad contra los hermanos, dejan de utilizar el audífono, están hiperactivos, si van a colegios integrados ya no quieren asistir, todos emergentes que permiten inferir la importancia de este periodo, ya que al logro de la adecuada identidad psicosexual se anexa el logro de otra identidad “soy sordo”, “soy diferente”. Iniciar la explicación de esta diferencia, en esta fase del desarrollo y lo que es verdaderamente importante colaborar en el proceso de duelo y aceptación de este “ser” diferente, es un tema al que debe prestársele atención, ya que sino es abordado tempranamente, suele aparecer como una crisis de identidad, mas tarde, en la adolescencia (Schorn, 1997 y Rella, 2001).

Cuando es otorgado el diagnóstico de sordera, el niño será diferente en cuanto a sus posibilidades, necesidades educativas y de comunicación; pero existe otra diferencia que para los padres es angustiante tocar y es la diferencia en cuanto a que es ser sordo. Ser diferente a sus padres y hermanos oyentes es un aspecto doloroso de transmitir e incorporar al proceso de formación de la identidad. El que se pueda hablar del “tema” se encuentra directamente relacionado con la aceptación y elaboración de las crisis del diagnóstico de la propia pareja. Elaborar adecuadamente esta situación traumática, forma las bases para que el niño comprenda y posteriormente acepte su discapacidad (Ramírez, 1982; Rella 2001 y Schorn 1997).

El ser humano desarrolla múltiples formas de comunicación. Desde la manifestación de los afectos por medio de las caricias, con los gestos espontáneos, con la mirada; también la comunicación convencional que supone el

diálogo constante con el hijo acompañado de gestos espontáneos y convencionales aunque no escuche, hacerle advertir ruidos, sonidos, ritmos, melodías hasta la dramatización, el dibujo y el juego son alternativas para la interacción comunicativa. Sin embargo, los padres oyentes muestran dificultad para transmitir información por otras vías que no sean las palabras. Los oyentes aprenden a comunicarse con el otro por medio de la palabra, esa es nuestra herramienta, nuestro instrumento de comunicación por excelencia (Rella, 2001).

En este sentido aparece claramente la confusión de la sordera con inmadurez o deficiencia mental, además de enlazarse la información que deben transmitir los padres con su experiencia infantil y como la resolvieron (Ramírez, 1982).

Es cierto que los padres no tienen problemas para tratar temas relacionados con la educación pero los referentes a la sexualidad, muerte y conflictos familiares son evitados. Si existen conflictos familiares de índole sexual, adictivos, penales, etcétera, por lo general el sordo es excluido de información porque piensan que no va a entender, porque se va a escandalizar, porque lo va a contar a todos o simplemente porque es difícil explicarle (Rella, 2001).

Los padres suelen racionalizar esta exclusión pensando que él no tiene porque enterarse de cosas tan feas, o que con tantos problemas olvidaron contarle. Detectando con esto que es cierto que se confunde la sordera con debilidad mental y por lo tanto con la imposibilidad de comprensión de la realidad, desvalorizando a la persona sorda al punto de anular en ella cualquier tipo de entendimiento junto con la exclusión del grupo y de los acontecimientos que hacen a la historia familiar. El recorte de esta información para el sordo es una exclusión abierta del grupo familiar, resquebrajando su sentimiento de pertenencia a ese núcleo, y al mismo tiempo desvaloriza su identidad como sordo (Ramírez, 1982 y Rella, 2001).

Constantemente en las entrevistas familiares los padres manifiestan el deseo de evitar que los hijos repitan la historia de sufrimiento que ellos vivieron y los hijos desean evitar la historia de sacrificios que ellos sienten que fue su vida. Experimentan sin numero de emociones frente a la posibilidad de un nuevo nacimiento de un ser discapacitado. Existiendo que los padres rechazan totalmente la posibilidad de un casamiento con un sordo genético (Rella, 2001).

Este tipo de decisión suele presentarse en padres que no solo no pudieron elaborar adecuadamente la crisis del diagnóstico, sino el ser ellos “portadores” genéticos. Más tranquilos son los padres que, como portadores de sordera genética, se asumen como tal y viven los duelos, las inquietudes y los desafíos que ello ocasiona y pueden ayudar al hijo sordo en esto de afrontar la posibilidad de procrear hijos con sordera. En otra situación se encuentran los sordos que nacen en entornos de discapacidad, es decir, donde existe presencia de discapacidad genética en todas las generaciones. Estas familias son tomadas como modelo o “ideal de familia” (Schorn, 1997).

Se presume que el deseo de los sordos es tener hijos oyentes, los cuales además de hacerlos felices como padres, les brinden una vejez tranquila. A nivel latente el hijo oyente les garantiza la continuidad de la dependencia, ya que en vez de tener a la madre, hermana o hermano oyentes, van a tener al propio hijo oyente, a una parte de uno oyente. De la dependencia materna pasaran a la dependencia filial. El hijo oyente del padre sordo garantiza la restitución narcisista. Transformándose en oyentes por medio de el hijo, este hijo que se convierte en la parte faltante de los padres, facilitando la dependencia, pero de los padres hacia el hijo. Todos los padres fantasean en el hijo que tendrán, pero en este caso no sólo deberá ser mejor por ser oyente, sino que además tiene que compensar la sordera. El hijo oyente puede ser representante de poder y junto al padre puede ocupar lugares importantes dentro de la comunidad de sordos (Sacks, 1991 y Rella, 2001).

Además de que las personas sordas, debido a sus carencias físicas y emocionales, suelen manifestar su afecto de una manera acentuada, son más sensibles y vulnerables. Suelen tener relaciones de dependencia con las personas oyentes lo cual les genera angustia debido a que sienten que se quedarán solos y aislados nuevamente del mundo.

Su limitada forma de comunicación provoca que se sientan incomprendidos en múltiples ocasiones, lo cual les produce frustración. Esto se manifiesta en conductas de alejamiento, agresividad e irritabilidad (De la Paz, 1998).

El sordo al igual que el oyente puede tener un comportamiento psicológico igual al de una persona oyente, en el mismo grado pueden desarrollar patologías psicológicas (De la Paz, 1998).

LA INFANCIA

El niño que nace o se vuelve sordo, no tendría porque presentar algún tipo de alteración psicomotriz, esta hipótesis no se ha podido confirmar a nivel experimental, sobre todo en lo que se refiere a las primeras etapas del desarrollo. Realizando mayor cantidad de estudios a la edad de seis años debido a que es la época escolar (Marchesi, 1991).

Marchesi (1991) dice que hasta los ocho meses o un año de edad no parece existir ningún retraso: el niño, llora, ríe y grita como los otros. Sus praxias son idénticas a las del niño oyente y su función también, siendo estas de gran interés, ya que son los primeros signos condicionados para la comunicación.

Gesell (1966), en su diagnóstico del desarrollo, no señala ningún retraso específicamente psicomotriz en el niño sordo, aparte de la mudez a partir de los ocho meses de edad. Considerando que los trastornos causados por la sordera

afectan directamente en la personalidad, sobre todo en lo que respecta a las emociones. Repercute en la adaptación social del niño sordo a partir del año, señalando que se puede diagnosticar incorrectamente confundiendo niños sordos con débiles mentales, o niños hipoacusicos con niños normoyentes.

Rella (2001) comenta que en la niñez viven la diferencia sordo-oyente, la formación de la personalidad con respecto a los oyentes suele ser diferente, además de que la comunicación de los temas vitales es mínima o en algunos casos hasta nula. En la adolescencia enfrentan el mundo sordo y el mundo de los oyentes así como la integración a las comunidades de sordos. Y finalmente en la adultez fantasean con la familia que formaran, la dualidad dependencia-independencia: el futuro y la muerte de los padres.

El niño se manifiesta a través de la conducta, reflejando en esta sus pensamientos y sentimientos. El niño se encuentra en constante interrelación con su ambiente mediante el oído, que es el órgano que no descansa. Es el oído quien lo conecta a los cambios constantes con su entorno. Pero el niño privado de audición no recibe esta información adicional necesaria para mantenerse en contacto con los sucesos continuos, por lo que debe interrumpir su actividad para controlar de forma visual lo que sucede en su entorno (De la Paz 1998 y Ramírez 1982).

Schorn (1997) describe que el niño sordo, no interpreta adecuadamente las palabras de su madre, solo observa las expresiones del rostro, lo cual le permite orientarse sobre lo que pasa. Y la madre, al no responder adecuadamente ante sus demandas, suele compensarlo con su permanente presencia. “El niño, frente a esta situación, tiende a defenderse en forma más vehemente y, a veces, hasta agresivamente como medio de diferenciarse y de reducir el vínculo simbiótico”.

EL COLEGIO

La posibilidad de recibir atención educativa desde que es detectada la sordera, garantizara más un desarrollo integral. Una atención escolar que incluya estimulación sensorial, actividades comunicativas o expresivas, desarrollo simbólico, la participación de los padres, la utilización de aparatos auditivos, esta enseñanza permitirá que el niño enfrente su medio social (Marchesi, 1991).

La escolarización del niño sordo a edad temprana influye en el desarrollo cognitivo, ampliando sus experiencias, le enfrenta a situaciones y problemas nuevos, además de que le permite la comunicación y convivencia con niños iguales a él. Todo esto contribuirá para que adquiera una mayor capacidad de tomar en consideración el punto de vista de los demás y a promover el desarrollo constructivo de la inteligencia. Favorece también el aprendizaje del lenguaje, el cual incide en el desarrollo de las habilidades cognitivas (Marchesi, 1991).

En 1925 Herlin crea el método global tomando en cuenta la psicología infantil y el desarrollo normal del niño, cortando con la enseñanza tradicional y confiando en la posibilidad de los sordos de expresarse espontáneamente (Marchesi, 1991).

H.R. Myklebust, realizó un estudio sobre psicomotricidad, con un análisis funcional, utilizando como método de medición el "Test de Capacidad Motriz" de Ozeretzki. Se obtuvo un retraso significativo en motricidad con respecto a los niños oyentes. Posteriormente hace otro estudio pero ahora utiliza el "Test Heath Rail-Walking", para estudiar la coordinación motriz general. Teniendo una muestra mayor de niños sordos, los resultados mostraron que existe un retraso en la coordinación psicomotriz estadísticamente significativo (Perello, 1978).

Rosenstein (1961), Furth (1966b) y Vernon (1967) aseveran que existen pocas diferencias entre las personas sordas y las personas oyentes en los aspectos cognitivos. (Torres, 1995).

El estudio del desarrollo psicológico de las personas sordas ha sido acerca de la adquisición y desarrollo del lenguaje, realizando estas investigaciones principalmente en niños (Perello, 1978 y Aimard y Morgon, 1989).

Otros de los temas de gran interés es el reto para las teorías curriculares y del aprendizaje escolar, la dificultad para su integración a los colegios y posteriormente a su entorno social. La creación de un lenguaje propio, el lenguaje de signos. La detección temprana de la sordera y la gran importancia de desarrollar un sistema educativo que permita al sordo un desarrollo integral.

Existen diversas opciones, los centros especiales son una buena oportunidad o el internado especial para niños que no solo tienen sordera sino que además tienen otros trastornos (Aimard y Morgon 1989).

Además de existir el modelo americano del Gallaudet College, la cual ofrece la formación académica desde básico hasta una formación universitaria, por lo que su estructura pedagógica se encuentra diseñada para atender a personas sordas desde la primera infancia hasta adultos. Donde el medio primordial de comunicación es el lenguaje de signos (Sacks, 1991 y Aimard y Morgon, 1989).

Sin embargo, existen los sordos incluidos en colegios “regulares”, integración que concluye en el rechazo de la sordera, de la discapacidad en los padres, y genera en las personas con discapacidad un gran esfuerzo para intentar lograr su adaptación escolar. Agregando a su discapacidad auditiva, la social. Debido a que apuestan a borrar la discapacidad, las diferencias y rechazan fuertemente su integración a las comunidades de sordos.

En México existen los Centros de Atención Múltiple (CAM) como un colegio donde se incorporan niños con discapacidades diversas, instituciones que cubren el nivel primaria solamente.

LA ADOLESCENCIA

Vujicic (2010) comenta: “cuando entre en los difíciles años de la adolescencia, el tiempo en que todos nos preguntamos cuál es nuestro sitio, mis circunstancias me causaron desesperación, la sensación de que nunca sería normal” (Pág. 66)

Ya en la adolescencia, la cual es considerada como una etapa de crisis evolutiva normal, el trabajo psíquico que debe realizar el adolescente es complejo, con grandes transformaciones físicas, con intensa actividad hormonal se presentan cambios que operan directamente sobre el plano psicológico. Para el sordo uno de los problemas es la toma de conciencia de la discapacidad y el otro es el ejercicio de su sexualidad a edad temprana (Schorn, 1999).

Rella (2001) dice que cuando inicia la segunda infancia, la persona con discapacidad comienza a tomar conciencia sobre la diferencia entre ser sordo y oyente. Es durante esta etapa donde se concluye el duelo por la discapacidad, duelo que se inaugura con el diagnóstico de sordera en el seno de la pareja y que ahora se reactualiza y anida en el propio adolescente sordo, tomando conciencia de su identidad.

En esta etapa desarrollan el pensamiento cognoscitivo, que produce asociaciones verbales, es decir liga la representación de lo percibido con los sonidos de las palabras, además de unir lo actual con las percepciones pasadas. Ahora es el pensamiento en palabras, consciente, el que puede ser objeto de percepción, de observación. El pensamiento en imágenes se transforma en pensamiento con palabras, pensamiento que intensifica la observación y quiere conocer el significado de lo que ve, de donde viene, adonde conduce. Por lo tanto se reviven preocupaciones con respecto a la sordera acompañada de una gran cantidad de preguntas para los progenitores (Rella, 2001; Schorn, 1999 y Ramírez, 1982).

El adolescente elabora innumerables duelos, por la pérdida de la niñez, del cuerpo infantil y de los padres de la infancia, pero además el sordo agrega el duelo por la capacidad perdida. En esta etapa el trabajo psíquico es doble, debiendo atravesarla como cualquier otro adolescente, pero al mismo tiempo debe elaborar y aceptar su condición de sordo, de persona diferente con las limitaciones que le impone la discapacidad pero con una amplia gama de posibilidades y de potencialidades que debe descubrir y ejercitar. La dualidad que vive de sordo/oyente es más marcada, la polaridad de valgo - no valgo, puedo - no puedo se acentúa; el temor de las mujeres a no ser amadas y para los varones el carecer de potencial masculino son notorios en este tiempo (Schorn 1999).

Se generan las relaciones sociales en las que sienten la necesidad de agruparse con sus iguales; al mismo tiempo comienza la separación de la dependencia a los padres, iniciando el mundo adulto y el alejamiento de su primer mundo la familia. De esta manera se descubre que existen más sordos, que no es único, que los sordos crecen, trabajan, se casan, que tienen hijos (algunos sordos y otros oyentes), a algunos les va bien, pero otros sufren, se separan, envejecen, mueren y en ocasiones están muy felices y en otras tienen problemas como todas las personas, sean sordos u oyentes. Encuentra un grupo de iguales que le permitirá continuar su desarrollo: la comunidad de sordos (Rella, 2001).

SU SEXUALIDAD

Cuando se habla de sexualidad y discapacidad se entra a un terreno lleno de prejuicios y tabú; debido que a lo largo de la historia se consideraron no aptas para ejercer y tomar decisiones por lo que eran segmentadas y ocultadas por su familias (Schorn, 1999 y Téllez, 2005).

Todos somos seres sexuados desde el nacimiento hasta el momento de nuestra muerte. No se puede hablar de diferentes sexualidades, ya que es una sola, que

tiene manifestaciones particulares dependiendo de la etapa o circunstancia del individuo (Schorn, 1999).

El concepto de sexualidad se refiere a como nos miramos, como nos presentamos, nuestros movimientos, comportamientos desde nuestro género y desde el rol sexual. Incluye como expresamos nuestro afecto, como nos relacionamos, comunicamos y la expresión genital (Schorn, 1999).

En lo que se refiere a la sexualidad, es sumamente importante satisfacer las interrogantes del niño, el cual las expresa con juegos o actuándolas. Las explicaciones deben encontrarse presentes siempre que se requieran. El adecuado manejo del tema permite, entre otras cosas, la adecuada instalación de la censura consciente o segunda censura, heredada de la censura de los padres, cuya función es quitar atención y por lo tanto acceso a la acción o a la palabra de deseos no aceptados socialmente. Siendo la censura consciente la que regula los comportamientos sociales. Es sumamente complicado explicar claramente este tema a un adolescente sordo, sin embargo se debe ser claro y concreto permitiéndoles desarrollar su sexualidad de una manera sana y satisfactoria (Rella, 2001).

Cuando existe esta relación emocional con el otro, y la sociedad la acepta, ésta se desarrollara de una manera sana y satisfactoria; sin embargo, cuando son situaciones diferentes donde se cree que esto no es correcto, las dificultades se presentan. En este punto se hace alusión a una canción de Víctor Manuel, la cual habla de dos jóvenes con discapacidad intelectual internados en un centro, dice: - Juntos de la mano se les ve por el jardín / no puede haber nadie en este mundo tan feliz / hey... sólo pienso en ti - ". Sin embargo, aun los padres de estos adultos sordos no se encuentran preparados para aceptar su sexualidad y su futura familia (Rella, 2001)

Por lo que el proceso a la adultez es desconcertante tanto para ellos como para los padres.

LA ADULTEZ

Freud dice: “El adulto sabe que de él se espera que no juegue, ni fantasee, sino que obre en el mundo de lo real. Pero la persona crea sus propias fantasías e imagina que es la única que las construye, no sospechando en absoluto la cantidad de creaciones análogas que ella tiene con los demás hombres” (Schorn, 1999).

El adulto sordo, al igual que los otros, debe desarrollar sus potencialidades en esta etapa de la vida. Pero muchos jóvenes adultos carecen de las herramientas necesarias para hacerlo debido al deficiente entrenamiento que recibieron en la adolescencia, además de las represiones generadas por el entorno. Remarcándose la carente o mínima comunicación entre estos (Schorn, 1999).

Esto genera que en la adolescencia, el sordo crezca ignorando acontecimientos inherentes a su desarrollo y crea que el oyente es un ser inalcanzable porque escucha, habla, es inteligente y posee el conocimiento. Esta aseveración no le permitirá en la adultez desarrollarse libremente y en autonomía (Schorn, 1999).

Además suele desarrollar dos formas de enfrentar a su mundo. En la primera se retrae y actúa con desconfianza; ya en la segunda se vuelca contra el mundo, ataca, desafía y automargina como él se sintió en algún momento de su vida.

Ya cuando comienzan los noviazgos formales suele presentarse una preocupación por parte de los padres, sobre todo si estos son oyentes, si el otro es sordo genético o no. Pero en las personas sordas, se manifiesta de manera explícita la preocupación de si los hijos que tendrán serán sordos o no, independientemente

de la transmisión genética. Este tema es recurrente en los tratamientos psicológicos de las personas sordas adultas, y es una temática importante en los padres oyentes (Rella, 2001).

El adulto sordo busca a otro igual para casarse, debido que esto los pone en un plano de equidad en lo que respecta a la relación, toma de decisiones y metas.

LAS RELACIONES SOCIALES

La interrelación social, emotiva y la intelectual se inician en el primer día de vida, los modelos y arquetipos generales de todas las interacciones verbales, los diálogos que se producirán en el futuro se encuentran en las interacciones y conversaciones preverbales. Si estos diálogos preverbales no se dan o se producen de forma inadecuada, se esperan graves problemas en el intercambio verbal posterior. Esto es lo que sucede en los niños sordos, que no pueden escuchar a sus madres ni pueden captar los sonidos de las primeras comunicaciones preverbales de estas (Bruner, 1983).

Por su parte, a Vygotski (1925), le interesaban estas etapas prelingüísticas y preintelectuales de la existencia humana, pero sobre todo se interesaba por el lenguaje y el pensamiento y como se unen en el desarrollo del niño. Él nunca olvidó que el lenguaje es siempre, y al mismo tiempo, social e intelectual en su función; ni la relación de la inteligencia con el afecto, que toda comunicación, que todo pensamiento es emotivo y refleja los deseos y pensamientos individuales, las inclinaciones e impulsos del sujeto. El colorido de todo esto es que si la comunicación falla, esto afectará el desarrollo intelectual, al intercambio social, a la formación del lenguaje y a las actitudes emotivas, a todo a la vez, simultáneamente e inseparable.

Ramírez (1987) refiere que la familia es sumamente importante para que el sordo tenga relaciones sociales óptimas debido a que esta proporciona los elementos necesarios para ello. Además de que la comprensión y la aceptación por parte de su núcleo familiar facilitan la asistencia médica y rehabilitatoria, y ante todo apoya la preparación académica así como el desarrollo personal y social, marcándose como un condicionante para el crecimiento óptimo compensando de esta manera el déficit sensorial.

Los niños sordos de padres sordos tienen muchas probabilidades de no sufrir dificultades en su relación, ya que ellos saben, por experiencia propia, que toda comunicación, todo juego, debe ser visual; y en concreto que la conversación con el bebe debe adoptar la forma óptico-gestual. En los niños sordos puede apreciarse una orientación visual, o hipervisual casi desde el nacimiento; y esto, si sus padres son sordos, perciben inmediatamente. Los niños sordos muestran una organización diferente, que requiere de reacciones diferentes. Los padres oyentes, sensibles, pueden percibirlo y llegar a adquirir una gran pericia en la comunicación visual. Pero lo que pueden aportar los padres oyentes, aunque suelen esforzarse no es suficiente. Hace falta la comunicación totalmente visual más profunda para que el niño sordo desarrolle su identidad propia y única, y esto sólo puede aportarla otro ser visual, otra persona sorda (Rella, 2001 y De la Paz, 1998).

Por lo que la manera de comunicarse es como pueden integrarse o aislarse de sus comunidades. Explicando las diversas formas existentes a continuación.

La lengua de señas

Para Vygotski (1925) el desarrollo de las funciones psicológicas superiores no se producen naturalmente, de forma automática, sino que requieren mediación, cultura, un instrumento cultural. Y el instrumento cultural más importante es el lenguaje. Pero los instrumentos culturales y los lenguajes han sido constituidos por

los “normales”, para el que tiene intacto todos los órganos de los sentidos y las funciones sensoriales. Utilizando la compensación, la utilización de un instrumento cultural alternativo. De esta manera llega Vygotski a la educación especial de los sordos; el instrumento alternativo para ellos es el lenguaje de señas; el lenguaje de señas que ha sido creado por ellos y para ellos. Este lenguaje recurre a las funciones que están integradas, las visuales; es la forma más directa de llegar a los niños sordos, el medio que proporciona un desarrollo pleno y el único que respeta sus diferencias, su carácter único.

Schlesinger (1996) considera que es igual al dialogo verbal o en señas entre madre e hijo, lo importante es su meta. Este propósito, que es fundamental inconsciente como tantos propósitos, puede orientarse al control del niño o en la dirección correcta de su desarrollo, su autonomía, su crecimiento intelectual. Pero el uso de la seña, permaneciendo invariable todo lo demás, facilita claramente la comunicación en la primera infancia, porque el niño sordo la capta espontáneamente y no puede entender con la misma velocidad el habla. El lenguaje y el pensamiento siempre son personales: lo que decimos nos expresa, igual que nuestro lenguaje interno. Por esta razón el lenguaje es una efusión, una especie de transmisión espontanea del Yo. Por lo que en principio no debe tener una estructura, de grandes dimensiones y además complejo. No tenemos conciencia de esa estructura, debido a que no la vemos, pero esa enorme libertad de lenguaje, esa libertad excepcional, no sería posible sin unas limitaciones gramaticales sumamente estrictas. Lo que hace posible el lenguaje, lo que nos permite articular los pensamientos, nuestra identidad, es una expresión ante todo: la gramática.

Stokoe (1979) dice que el habla sólo tiene una dimensión, su extensión en el tiempo; el lenguaje escrito tiene dos; los modelos tienen tres; pero solo el lenguaje de señas tiene a su disposición cuatro dimensiones: las tres dimensiones espaciales a las que tiene acceso el cuerpo del que las hace y además la dimensión del tiempo.

La lengua de señas explota plenamente las posibilidades sintácticas a través de su medio de expresión cuatridimensional. Cuando se encuentran tres o cuatro individuos conversando por señas de pie en una posición natural, las transformaciones espaciales no son ni mucho menos rotaciones de ciento ochenta grados del mundo visual tridimensional, sino que entrañan orientaciones que los que no hablan por señas rara vez entienden, si es que llegan a hacerlo alguna vez. Cuando todas las transformadas de este tipo y de otros se efectúan entre el campo visual del que habla y cada observador, el que habla ha transmitido de su mundo visual al observador (Stokoe, 1979).

Existen cientos de lenguas de señas que han surgido espontáneamente por todo el mundo, son tan diferentes y están tan marcadamente diferenciados como la gama de idiomas hablados. No existe un lenguaje de señas universal. Sin embargo, pueden existir elementos universales en estos, lo que ayuda a sus usuarios a que sea posible que se entiendan entre ellos mucho antes de lo que pudieran hacerlo los oyentes. Por ejemplo, un estadounidense sordo puede establecer contacto con relativa rapidez con sus hermanos que hablan por señas en Japón, Rusia o Perú. No se sentiría de ninguna forma perdido. Los que hablan por señas son muy hábiles para aprender, o al menos comprender, otros lenguajes de señas, en una medida que no se daría nunca entre hablantes. En cuestión de poco tiempo se lograría el entendimiento, sobre todo por medio de la gesticulación y la mímica (Stokoe, 1979 y Sacks, 1991).

El sordo se integra a un grupo donde se comunican igual con las manos, un lugar donde lo comprenden, un espejo donde mirarse y encontrarse. En donde lo ayudan a madurar, posiblemente pueda encontrar a una persona con la que pueda formar una familia e independizarse de sus padres, encuentra a individuos igual a él con los que se puede identificar, tomar de modelos alcanzables, reales, este grupo de iguales le ayudara a completar la construcción de su identidad (Sacks, 1991).

Sin embargo, para los padres que el hijo se integra a esta comunidad rompe con la fantasía de poder integrarlo algún día al mundo oyente, por lo que esta integración se convierte en un momento de confrontación. Comprender la necesidad del hijo de sentirse parte de un grupo es para los padres como perder parte del hijo, al que habían fantaseado tener, es otra nueva pérdida. Pero al mismo tiempo es aceptar la discapacidad, la independencia, el crecimiento, porque el alejamiento del hijo va acompañado de su integración a la sociedad, al mundo adulto, a la pareja y a la comunidad donde se encuentra cómodo en igualdad (Rella, 2001 y Schorn 1999).

Durante la época del Renacimiento la enseñanza en España era principalmente oral, pero es transformada en mímica, a imitación del abate L' Epee, por ser más fácil y tener más éxito. Pero como no es del todo satisfactorio debido a que si el sordo no habla no puede considerarse recuperado surge el método mixto y en USA cristaliza el método combinado. Pero en 1880 el Congreso de Milán impone nuevamente el método oral excluyendo la mímica. Este método desconoce la psicología especial del sordo y sus necesidades (Perello, 1978).

Lo anterior establece que las personas sordas carecen de lenguaje. Sin embargo, se comienza a reconocer que el lenguaje gestual como el Lenguaje de Signos Americano (ASL) y el Lenguaje de Signos Británicos (BSL) son sus lenguajes. Produciéndose naturalmente y al igual que en los lenguajes hablados, existen variaciones regionales en cada tipo de lenguaje gestual y cada uno tiene sus propias características gramaticales. En México se ha establecido como código de comunicación La Lengua de Señas Mexicanas (LSM) teniendo su estructura y gramática claramente establecidas.

Aunque las personas sordas presenten un lenguaje oral incomprensible, éste posee un lenguaje gestual de una complejidad y sofisticación comparable al de cualquier lenguaje hablado. Debido a que los sordos se comunican gracias a un lenguaje gestual no puede asegurarse que carezcan de lenguaje.

Sin embargo, las habilidades lingüísticas son muy valoradas, correlacionándolas con la inteligencia, prestando demasiada atención al habla. Por lo que el sordo se encuentra en serias desventajas desde esta perspectiva. Si esto es así, entonces surgen implicaciones para la educación del sordo, sobre todo en lo que se refiere a la adquisición del lenguaje por el que pueda compartir conocimientos e información del exterior (Sacks, 1991).

Como se ha descrito en la historia de las diferentes formas de educación y enseñanza de los sordos destacan nombres como el de los españoles Ponce de Leon y fray Melchor de Yebra, quienes crearon el abecedario manual el cual sería sistematizado y publicado por Pablo Bonet en su "Abecedario demostrativo". En Francia L'Epee, Sicard y Clerc crean la manualista en la que las palabras se expresan mediante signos de las manos. Posteriormente, Heinicke reacciona contra esta metodología, creando la escuela oralista que defiende la primacía de la comunicación verbal sobre los gestos, empleando la labiolectura como método de percepción y la palabra educada como medio de expresión. Perfeccionamiento de ambos con las técnicas oral, acústica, visual, táctil, etc. (Perello, 1978).

El lenguaje manual se desarrolla cuando una persona se encuentra privada por cualquier causa de la comunicación oral, recurre a los gestos para expresar sus necesidades y deseos. Por lo que este tipo de lenguaje es el más natural y primario en el niño privado de audición. Con esto logran una comunicación instantánea; sin embargo, las personas que se relacionan con el sordo generalmente desconocen su sistema de comunicación, traduciéndose en un bloqueo en la comunicación, que en ocasiones solo puede ser roto mediante la escritura.

Además, la limitación expresiva de los signos reduce las posibilidades de expresarse completa y ampliamente.

Ramírez (1982) plantea que el lenguaje manual se desarrolla en dos diferentes modalidades:

- a. Alfabeto manual: las manos realizan determinados movimientos equivalentes a signos gráficos. Requiriendo de la concepción previa de la estructura de la palabra escrita, lo que precisamente está dificultado en el sordo. El uso de este alfabeto presupone el dominio de la lectura (en las manos) y de la escritura (descifrando el grafismo que configuran cada palabra) mediante un sistema visual, para pasarlos a otro mecánico-manual.
- b. Método mímico: emplea movimientos de manos direccionalmente así como gesticulaciones. El niño que gesticula más es más inteligente, ya que manifiesta su riqueza interior con más medios de comunicación. Sin embargo, siempre tendrá dificultades para matizar las diferencias entre nombre, adjetivos y tiempos verbales. Este método es sumamente utilizado incluso en sujetos que han recibido educación oralista, precisa de los gestos faciales para expresar emociones. No obstante, su utilización también obstaculiza la comunicación con la mayor parte de los nomoyentes ajenos a este mundo.

Existen otros códigos de comunicación como la *palabra sugerida*, es un método propuesto por Onetto (1965) que, supone una labor sintética entre las escuelas manualistas y orales, conjugando diez signos no representativos de palabras con el uso de la labiolectura (Ramírez, 1982).

La labiolectura

Es un método de rehabilitación mediante el cual se establece una comunicación visual entre los movimientos labiales, característicos de cada palabra, y su significado conocido por la persona que domina la técnica. Además, esta técnica

implica una concepción global de la construcción mental del sujeto que la emplea (Domínguez y Alonso, 2004).

El método oral

Fue inicialmente propuesto por Ponce de Leon, se basa en la capacidad del niño para crear un pensamiento estructurado a partir de una idea propuesta. El lenguaje se producirá permitiendo expresar su mundo interior de una manera similar a la del oyente.

LA INSERCIÓN LABORAL

Los empleos a los que pueden acceder las personas con discapacidad suelen ser de poca retribución, debido en parte a su bajo nivel educativo, pero también a prejuicios de algunos empresarios, los cuales no los consideran capacitados para acceder al mundo laboral, sobre todo que tengan mayor grado de responsabilidad.

De acuerdo a la Organización Internacional del Trabajo (OIT), en la actualidad existen en el mundo aproximadamente 386 millones de personas con discapacidad en edad de laborar, lo cual representa cerca del 60% del total de las personas con discapacidad que se estima hay en el mundo. Sin embargo, un gran porcentaje de esta población se encuentra desempleada alcanzando cifras de hasta 80% en algunos países (Programa Nacional para el Desarrollo de las Personas con Discapacidad, 2009-2012).

Algunos empresarios han comenzado a descubrir el potencial de las personas con discapacidad y en algunos países se han promulgado leyes y se han formulado políticas y programas dirigidos a promover diferentes posibles ocupaciones a las

personas con discapacidad, así como mantener empleadas a las que adquirieron una discapacidad durante su vida laboral (Minolli, 2006).

Sin embargo, aun existen prejuicios por parte de los empleadores, los cuales creen que las personas con discapacidad no están preparadas para el trabajo y no les brindan la oportunidad de demostrar sus habilidades. En otras ocasiones, es posible que las personas con discapacidad se encuentren en desventaja debido a que la educación que se les proporciona es limitada o nula en algunos casos debido a que no existen condiciones de accesibilidad, física, económica y de transporte que faciliten su incorporación al empleo (Minolli, 2006).

En el caso específico de las personas sordas se ha mencionado que la educación que se les proporciona suele estar limitada por la ausencia de comunicación entre sordos y oyentes, dando como resultado poco acceso al mercado laboral. Generando un círculo vicioso, es decir pobreza conduce a mayor discapacidad, debido a que aumenta la vulnerabilidad de las personas ante la desnutrición, las enfermedades y las condiciones de vida de trabajo inseguras.

En México, con los datos del censo 2000, más de la mitad de las personas con discapacidad no reciben ingresos y casi el 20% percibe menos de un salario mínimo. Esto demuestra en la desventaja que se encuentra esta población, por lo que existe la necesidad de desarrollar programas que permitan la autosuficiencia de este grupo y, específicamente, de las personas con limitaciones auditivas, favoreciendo así la igualdad de oportunidades y disminuyendo el índice de pobreza característico de estos grupos (Programa Nacional para el Desarrollo de las Personas con Discapacidad, 2009-2012).

Cabe destacar, que este censo también arrojó la información de que de cada tres personas con discapacidad que se encuentra laborando, trabajan por su cuenta, lo que señala que este tipo de población ha tenido que emprender actividades productivas por sus propios medios al no encontrar una oportunidad en el mercado formal.

México es uno de los países que pertenecen al Convenio 159 de la OIT, sobre la Readaptación Profesional y el Empleo, promulgadas el 20 de junio de 1983, el cual insta a los países a establecer políticas destinadas a asegurar que existan medidas adecuadas de readaptación profesional al alcance de todas las personas con discapacidad y a promover oportunidades de empleo para este grupo de la población en el mercado regular de empleo. Asimismo, en la Secretaría del Trabajo y Previsión Social se han impulsado diversas acciones para contribuir a la inclusión y capacitación laboral, entre las que se incluyen la Redes de Vinculación Laboral para la atención integral para las personas con discapacidad y adultos mayores, el Programa Abriendo Espacios y el Distintivo Empresa Incluyente (Programa Nacional para el Desarrollo de las Personas con Discapacidad, 2009-2012).

Las Redes de Vinculación Laboral para la atención integral de las personas con discapacidad fueron creadas en 2001, pero en 2006 ampliaron su cobertura a las personas que viven con VIH/SIDA, por lo cual cambio su denominación a Redes de Vinculación Especializada para la Integración Laboral para las Personas en Situación de Vulnerabilidad. Su objetivo es consolidarse como un mecanismo de coordinación interinstitucional para impulsar la inclusión laboral de los grupos en situación de vulnerabilidad en condiciones de trabajo optimas (Programa Nacional para el Desarrollo de las Personas con Discapacidad, 2009-2012).

En lo que respecta al Programa Abriendo Espacios, se debe resaltar que es un programa instrumentado por la Coordinación General de Empleo y las oficinas del Servicio Nacional de Empleo en las entidades federativas. Este programa busca reducir las dificultades que enfrentan las personas con discapacidad y adultos mayores, para competir en el ambiente laboral, brindándoles bolsas especializadas de trabajo y ferias de empleo (Programa Nacional para el Desarrollo de las Personas con Discapacidad, 2009-2012).

Por otra parte, el Distintivo Empresa Incluyente fue creado por la Secretaria del Trabajo en el 2005, con el nombre de Reconocimiento Empresa Incluyente. El objetivo de este instrumento es sensibilizar a las empresas y fomentar su participación en la inclusión laboral de personas en situación de vulnerabilidad, otorgándoles un distintivo que reconoce su responsabilidad social manifestada en la generación de oportunidades de trabajo para estas personas (Programa Nacional para el Desarrollo de las Personas con Discapacidad, 2009-2012).

En el DIF, a través del Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación, Capacitación para la Rehabilitación e Integración Laboral "Iztapalapa", se proporcionan servicios de rehabilitación a personas con discapacidad con el objetivo de reintegrarlos a la sociedad y se forman Recursos Humanos en el área de Rehabilitación para el Trabajo (Programa Nacional para el Desarrollo de las Personas con Discapacidad, 2009-2012).

Las personas sordas deben tener la posibilidad de laborar en una empresa ordinaria, proporcionándoles independencia económica y personal. Por lo que es importante generarles oportunidades de empleo digno.

CAPITULO IV.

LA PSICOLOGIA Y LOS PROGRAMAS DE INTERVENCION PARA LA POBLACION SORDA

“Óyeme con los ojos, ya que están tan distantes los oídos.”

Sor Juana Inés de la Cruz

Sánchez (2008) comenta que en lo que respecta a las ciencias del comportamiento, específicamente a la Psicología, es muy posible que el reto mayor aun sea la deficiente relación entre los avances de la investigación, tanto básica como aplicada, y el diseño y prueba de las aplicaciones al otorgamiento de servicios profesionales en problemas de salud, educación, producción, etc. Este déficit se hace notorio y demandante en sentido social por lo que los profesionales de esta área debe desarrollar características y habilidades para las cuales el propone dos enfoques principales. El primero se centra en los roles y funciones que los psicólogos deben ser capaces de realizar (modelo de salida); el otro, en los curricular educativos que deben seguirse para convertirse en psicólogos (modelo de entrada).

COMPETENCIAS Y ACTITUDES DEL PROFESIONAL EN PSICOLOGIA

El perfil profesional del psicólogo debe estar desarrollado en términos de competencia, permitiendo aclarar las características que deberán contemplarse en la formación del currículo. Las competencias profesionales se entienden como sistemas dinámicos integrados por conocimientos, habilidades, valores y actitudes, la historia y características personales de cada individuo. Sin embargo, existen términos generales para todos los psicólogos como “diagnostico”, “evaluación” o “desarrollo de un plan de intervención”, que se apliquen a casi cualquier situación

profesional (Sánchez, 2008; Chamarro, 2007 y Sociedad Mexicana de Psicología, 2001).

Sánchez (2008) describe que las habilidades se refieren a la comunicación oral o escrita, observación y escucha, análisis de problemas, aplicación de métodos estadísticos, uso de programas de cómputo, entre otros. Las actitudes se relacionan con la precisión, integridad, autocrítica, obligaciones, responsabilidad, respeto y tolerancia con los demás, conciencia ética, orientación al servicio. Las subcompetencias se refieren al cumplimiento de funciones ocupacionales básicas.

Estos modelos no toman en cuenta las capacidades, rasgos de personalidad y otras características individuales (como estilos, valores, intereses, entre otras) requeridas para completar con éxito los procesos de aprendizaje profesional y académico por medio de los cuales se forma el psicólogo. De la misma manera se presta poca atención a las actitudes. Aunque se puede creer que las actitudes son relacionadas con el sistema educativo y, que están de alguna forma guiadas por los códigos éticos, son importantes ya que la profesión del psicólogo, es cara a cara con el cliente, lo que tal vez sea el rasgo distintivo de este profesional en referencia a otros (Sánchez, 2008).

También comenta que las competencias que el psicólogo debe ser capaz de mostrar con dominio y destreza son: teórico-metodológicas, técnicas, contextuales, adaptativas, y éticas, concebidas en todo su dinamismo e interrelación.

- Es decir debe comunicarse con los demás de manera efectiva. Convencer de manera eficaz sobre la importancia, efectividad y servicios que presta el psicólogo.

- Comunicar verbalmente ante individuos, grupos, medios, usando estrategias de entrevista, rapport, manejo de silencios y liderazgo, entre otros.
- Tomar decisiones, identificar y solucionar problemas y/o necesidades, planear estratégicamente, negociar.
- Establecer relaciones interpersonales con usuarios de los servicios psicológicos, colegas y público general, por medio de actitudes de consideración personal, empatía, toma de perspectiva y de aceptación personal.
- Comprender y apreciar el contexto inmediato y cultural en el que se dan las relaciones de trabajo.
- Manejar e integrar la información: buscar, allegarse, integrar y aplicar críticamente la literatura profesional, de investigación y el conocimiento científico.
- Tener actitud científica
- Evaluar críticamente tanto su propia actuación como la de sus colegas, aplicando evaluaciones basadas en conceptos científicos.
- Poseer valores éticos, con respecto a la evaluación psicológica.
- Poseer conocimientos de las diferentes teorías psicológicas de procesos básicos.
- El psicólogo diagnostica y realiza evaluaciones que le permiten identificar diversos problemas, necesidades, características, contextos y proponer

intervenciones, por lo que debe poseer conocimientos de: neurociencias, bases biológicas de la conducta, psicofarmacología, transmisión genética de trastornos psicológicos así como sus manifestaciones conductuales, emocionales y psicosociales, psicología de género y orientación sexual, desarrollo normal y patológico, evaluación de trastornos psicológicos y su epidemiología, teoría psicométrica y teoría de la medida.

- También realiza investigación científica tanto básica como aplicada, necesitando tener conocimientos de las teorías psicológicas, metodológicas de la investigación cualitativa y cuantitativa, los contenidos específicos de la investigación que realice, el estado del arte de la línea de investigación que persiga.
- El psicólogo realiza proyectos y planes de intervención psicológica para lo cual necesita poseer conocimientos específicos referentes a la intervención, teorías psicológicas relacionadas, investigación antecedente, investigación de resultados de la intervención, procesos básicos relativos a la intervención y al cambio conductual, modelos de intervención, técnicas de formulación de casos y planeación de intervención.

Se puede detectar que para la formación en diferentes áreas de aplicación de la disciplina de la psicología, el problema de las competencias y subcompetencias profesionales se complica debido a la diversidad de problemáticas, entornos, tipos de usuarios y clientes (Sánchez, 2008).

El profesional de la psicología debe encontrarse preparado para enfrentar los retos que la sociedad presenta. No reduciéndose exclusivamente en el ámbito clínico como se menciono anteriormente, sino que además debe incursionar en programas de *prevención primaria, intervención y rehabilitación*. Esta es una tarea que permitirá brindar las herramientas necesarias para detectar aquellas situaciones de riesgo que influyan de manera inadecuada en el desarrollo óptimo

de la salud de los individuos (Sánchez, 2008; Chamarro, 2007 y Sociedad Mexicana de Psicología, 2001).

Las competencias y habilidades que los psicólogos deben desarrollar a lo largo de su formación incluyen el diseñar programas de intervención además de realizarlo en pro de cualquier segmento de la población.

PROGRAMAS DE INTERVENCION Y LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD AUDITIVA

Los programas de intervención hacen referencia a promover la salud mental. En lo que respecta a las primeras etapas del desarrollo evolutivo permite sentar las bases para que el individuo tenga un crecimiento adecuado.

Trascendiendo este concepto al área de la discapacidad se puede plantear que la intervención en salud mental atenuaría innumerables situaciones que se vuelven traumáticas para sus protagonistas y generadoras de conflictos emocionales.

Por lo que la labor del psicólogo, en un colegio y en un hospital, puede también ser establecida en términos de prevención, intervención y rehabilitación. Siendo las instituciones de enseñanza y las comunidades de sordos los lugares idóneos para generar este tipo de programas en lo que respecta a salud mental (Rella, 2001).

Los hospitales, los servicios de neonatología, fonoaudiología, las escuelas tanto de educación especial como los colegios integrados, son lugares estratégicos para desarrollar los programas de intervención con gran éxito.

Los programas de intervención no son exclusivos de los profesionales de la salud, llámese psiquiatra, doctor, psicólogo, fonoaudiólogos, enfermeros, asistentes

sociales; sino que además permite la inclusión de asociaciones civiles que se especialicen en la atención a la comunidad sorda. La tarea esencial de la prevención implica que el psicólogo pueda diseñar un programa de prevención primaria que le permita llegar al mayor número posible de personas consideradas vulnerables o de alto riesgo de generarse un trastorno psicológico (Rella, 2001).

La comunidad sorda abarca diferentes grupos, los hijos sordos de padres sordos; los hijos oyentes de padres sordos; los hijos sordos con un padre oyente y el otro sordo; los hijos oyentes con un padre sordo y el otro oyente; finalmente los hijos sordos de padres oyentes. Aquí se planteara específicamente el caso de los niños sordos hijos de padres oyentes (Sacks, 1995 y Schorn, 2008).

Los padres oyentes afrontan la llegada de un niño con discapacidad y los profesionales se enfrentan a una discapacidad.

Los seres humanos vivimos diferentes problemas, pero la persona con discapacidad auditiva y su familia enfrentan situaciones que requieren su resolución activa e inmediata, que al ser novedosas en su entorno no siempre suelen ser superadas, esto puede tener diversas causas: debido a la ausencia de una reacción rápida acertada, de mecanismos propios y habituales o a la información y conocimiento sobre la discapacidad lo cual puede conllevar a generarse trastornos emocionales lo cual afecta la autoestima (Rella, 2001; Schorn, 1998 y Téllez, 2005).

LA AUTOESTIMA Y EL ARTETERAPIA

Para Díaz-Aguado (1995) la autoestima es definida como el optimismo o, lo que es lo mismo, la atención selectiva hacia los aspectos positivos de la realidad, la cual tiene una gran importancia desde una edad temprana. Está estrechamente relacionado con el bienestar.

Otra teoría es la de Maslow (1943) el cual dice que para alcanzar una autoestima se debe cumplir con una serie de necesidades que se encuentran estructuradas en forma de una pirámide ubicando en la parte superior las necesidades de menor prioridad. Asegura que satisfaciendo dichas necesidades el individuo estará en armonía.

Las necesidades que conforman la pirámide son las siguientes:

- a. Necesidades fisiológicas: comer, dormir, descansar, orinar, defecar, estar a una temperatura agradable, etc.
- b. Necesidades de seguridad: encontrarse en un estado de orden, estabilidad y estar protegidos.
- c. Necesidades sociales: tener la compañía del otro, manifestar y recibir afecto, pertenecer a un grupo o estar en unión con una persona.
- d. Necesidades de reconocimiento: autovalorarse, sentirse apreciado, reconocer virtudes, sobresalir dentro de un grupo social.
- e. Necesidades de auto-superación: requiere trascender, superarse a sí mismo, cambiar para ser mejor, aprender cosas nuevas, realizarte, etc.

Ana Freud (1996) realiza sus acotaciones acerca de la autoestima infiriendo que cada persona hereda una serie de conflictos infantiles junto con formas de enfrentarse a ellas. Si estas son buenas experiencias serán personas capaces de superar conflictos en determinadas situaciones. Si por el contrario, son experiencias traumáticas, no sabrán afrontar determinadas situaciones, generándose un yo débil.

En general, los niños con discapacidades suelen tener más problemas para construir un autoconcepto adecuado. El niño con necesidades educativas especiales puede infravalorarse al enfrentarse diariamente con algunas dificultades. Este riesgo aumenta si las personas más significativas para el niño como los padres, profesores o compañeros niegan la existencia de la necesidad

especial y le exigen igual que si no la tuviera. Su autoestima mejorará cuando se le ayude a aceptar su discapacidad y a realizar los esfuerzos necesarios para compensar aquello que más le cuesta.

Siendo el arte un medio para descubrir los conflictos internos y las experiencias perturbadoras que influyen en el desarrollo del niño. Presumiendo que existe un conflicto permanente entre el yo y el medio ambiente y que la manera en que el niño resuelve ese conflicto determina la salud de su personalidad. Por lo que el arte pasa a ser una actividad terapéutica, permitiendo que el niño pinte libremente los acontecimientos y problemas que han provocado conflictos en su vida. La habilidad de poder volcar esas situaciones trascendentales provoca en el niño una forma de catarsis permitiendo que avance hacia una personalidad sana (Schneider, 1996).

La terapia tiene como propósito provocar un cambio frente a un desequilibrio humano. Se diseñan para proporcionar ayuda para que se produzcan cambios favorables y permanentes en las personas, diferenciándose claramente de actividades de corte lúdico o de distracción los cuales solo generan beneficios a corto plazo (Dalley, 1987).

El arteterapia es un tipo de tratamiento psicoterapéutico que utiliza como mediador la expresión artística. Teniendo como objetivo la representación visual en el terreno figurativo, a partir de la transformación de la materia. Esta disciplina surge después de la posguerra (Pain y Jarreau, 1995).

Por lo que el arteterapia o terapia artística, la cual utiliza el arte y otros medios visuales dentro de un contexto terapéutico, puede atender desde niños que garabatean hasta la persona con deficiencia mental que trabaja con arcilla, de la misma manera que a un individuo con depresión que se dedica a pintar cuadros. Convirtiéndose en un proceso de tratamiento dinámico interactuando la terapia y el arte para cumplir un objetivo (Dalley, 1987).

Es decir, la actividad artística que se realiza en un entorno terapéutico tiene objetivos claros de corrección o tratamiento frente a un terapeuta, teniendo metas específicas. Utilizando el arte como un medio de expresión no verbal. Por lo que la actividad artística proporciona un medio concreto, que es la expresión no verbal, por medio de la cual una persona puede lograr una expresión tanto consciente como inconsciente pudiéndose emplear como una herramienta de cambio terapéutico (Dalley, 1987).

El arteterapia es un puente entre el conocimiento personal y lo que no puede ser expresado. Es un método solemne y lúdico a la vez, que permite la expresión de lo contenido sin sentirse vulnerable ante ésta.

Es un acompañamiento para las personas durante un proceso difícil, ya sea psicológico, físico, social o existencial, a través de sus producciones artísticas, obras plásticas, sonoras, teatrales, literarias y corporales. Debe ser un trabajo sutil que toma las vulnerabilidades como material y busca develar las significaciones inconscientes de las producciones que permitir al sujeto re-crearse a sí mismo, creándose de nuevo a partir de un recorrido simbólico de creación en creación. También se puede deducir que el arteterapia es el arte de proyectarse en una obra como un mensaje enigmático en movimiento y de trabajar en esta obra para trabajar en sí mismo (Schneider, 1996).

En lo que respecta al adolescente, éste se encuentra en la búsqueda de su identidad teniendo como meta ejercer el control de sí mismo y de su cuerpo, sin embargo se encuentra a merced del mismo y de su transformación. Por lo que es necesario, cuando se realiza una intervención terapéutica, generar un ambiente en el que no se sienta presionado, donde el terapeuta mantenga el control de las actividades así como de su ejecución. El arteterapia es una opción que permite que éstos se expresen sin sentirse en riesgo de ser expuestos ante los demás (Klein, 2006 y Dalley, 1987).

La situación se complica cuando la persona presenta alguna discapacidad física, paraplegia o tetraplegia, sordera o hipoacusia. Las personas con discapacidad pueden caer en la indulgencia caritativa y la complacencia, las cuales son difícilmente soportables. La respuesta ante este suceso por parte de las personas sin discapacidad se da como un fenómeno ante el malestar de no poder enfrentar de una manera adecuada la condición de la persona con discapacidad, sobrevalorando su actividad, es decir, perdiendo la objetividad ante el producto artístico (Klein, 2006).

Para lograr superar esta situación se debe sensibilizar a los individuos, entendiendo que todas las personas tienen las mismas potenciales y que la discapacidad puede generar que estas se desarrollen en mayor medida. Esto permitirá abrir el camino que transformara el dolor en sufrimiento y de éste se pasara a la creación. La creación reconocerá al propio ser, ya que, no se sitúa en “lo que falta” sino en la expresión global, no reduciéndose a la expresión deficiente (Klein, 2006).

Es importante que el terapeuta tenga claro las potencialidades del individuo así como los objetivos de la terapia y los procesos que se darán a lo largo de ésta. Además de tener las herramientas adecuadas para atender de una manera precisa y clara a la persona con discapacidad considerando su condición, es decir, en el caso de las personas con discapacidad auditiva comunicándose en su lengua (lengua de señas).

CAPITULO V.
**PROPUESTA DE UN PROGRAMA DE INTERVENCION EN LA AUTOESTIMA
DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD AUDITIVA (ADOLESCENTES) POR
MEDIO DE ARTETERAPIA**

*“Yo he preferido hablar de lo imposible,
porque de lo posible se sabe demasiado”.*

Sigmund Freud

Como se ha descrito a lo largo de la investigación, la sordera es una discapacidad que requiere ser atendida de una forma inmediata desde una visión que vaya más allá del modelo medico; ya que esta población requiere atención integral en todas las áreas que conforman su vida.

En este capitulo se desarrolla la propuesta para generar un programa de intervención en la autoestima de las personas con discapacidad auditiva (adolescentes) por medio de arteterapia.

**PROPUESTA DE UN PROGRAMA DE INTERVENCION PARA PERSONAS
CON DISCAPACIDAD AUDITIVA**

Como parte de los objetivos a cumplir en esta investigación retomando lo recabado a lo largo de la misma, se diseñara una propuesta de un programa de intervención orientada al trabajo con adolescentes.

En primer lugar se considera que la población adolescente entre los 12 y los 19 años es más vulnerable por lo que requiere pronta atención, sin embargo, se

tomara de este grupo un subgrupo constituido por adolescentes entre los 14 y 16 años.

- Como primer punto en la etapa adolescente donde se presenta el conflicto de asumirse como sordo.
- En esta etapa se encuentra presionando en los límites familiares y sociales.
- La interacción con sus pares se ve afectada por su condición.
- Continúa el deseo de adquirir conocimiento de su medio ambiente.

Tomando en consideración los rubros antes mencionados, esta investigación propone que una forma de reafirmar su autoestima, es a través de una intervención que considere los siguientes puntos:

Población

El programa de prevención primaria debe ser dirigido a todos los adolescentes sordos del Distrito Federal.

Los participantes pueden oscilar entre los 14 a los 16 años de edad.

Objetivo

Incrementar la autoestima de los adolescentes sordos por medio de la expresión de las emociones a través del arte.

Estructura del programa

Una forma en la que se puede desarrollar la autoestima es con trabajo colectivo, por lo que se recomienda que este taller sea grupal para que incrementen la autoestima (entre 10 y 15 participantes por taller).

Antes de que los adolescentes ingresen al grupo se les deberá comentar tanto a ellos como a sus tutores el objetivo del taller como la modalidad del trabajo.

Así mismo, se realizara una historia clínica del participante, (incluyendo antecedentes heredofamiliares, desarrollo biológico, psicológico y social), lo que permitirá evaluar que sean candidatos a participar en el taller.

Considerando que son adolescentes, se recomienda que el terapeuta conozca la lengua de señas mexicanas además de que tenga habilidades de mímica y expresión corporal.

Retomando que los participantes son sordos y debido a sus características con respecto al lenguaje se tomara el arte como forma de expresión y trabajo. El arte es el medio indispensable para conseguir que el individuo se fusione con su entorno. Utilizándolo como medio de expresión no verbal, comunicando ideas sentimientos y pensamientos de los participantes de manera lúdica.

El programa está diseñado para trabajar 10 sesiones (la primera de diagnóstico, 8 de intervención y la última de evaluación) con una duración de 50 a 60 minutos cada una. Se propone realizar una sesión por semana.

Cada una de las sesiones esta conformada en tres etapas:

- Etapa de preparación:
En esta etapa el objetivo es crear la empatía y despertar el interés de los participantes con respecto a las diferentes actividades que se desarrollaran durante la sesión.

- Etapa de intervención:
Esta etapa comprende la descripción detallada de las actividades que se realizarán en las diferentes sesiones, así como los materiales requeridos para las mismas.

- Etapa de cierre:
Esta etapa consiste en realizar una conclusión general de la sesión. Así como evaluar si se logró alcanzar los objetivos diseñados para la sesión.

Cabe mencionar que cada una de las etapas es igualmente importante dentro de las sesiones, por lo que el facilitador deberá cuidar el adecuado manejo de las mismas y su planeación. Por lo que se sugiere que realicen las actividades de la forma en la que se describen, sin coartar la espontaneidad del facilitador, manteniendo claro el objetivo a cumplir en la sesión.

Para lograr que los objetivos sean cumplidos las sesiones se realizarán retomando el Arteterapia

De acuerdo a lo revisado en esta investigación se proponen las siguientes temáticas:

- ***Haciendo nuevos amigos***

Objetivo: que los participantes conozcan las reglas del taller. Así como se presenten entre ellos de una forma dinámica comentando intereses incluyendo al terapeuta.

Técnicas: A través de dinámicas de integración y cohesión grupal

- ***Reconociéndome***

Objetivo: que los participantes logren reconocer su cuerpo a través de diferentes técnicas de corte artístico.

Técnicas: de modelado, pintura y fotografía.

- ***Interactuando***

Objetivo: que los participantes interactúen con su medio al observarlo.

Técnicas: teatro (cuenta cuentos), collage y fotografía.

- ***Sensaciones***

Objetivo: que los participantes puedan identificar diferentes texturas por medio del tacto con diferentes partes del cuerpo y asociarlas a una emoción.

Técnicas: tacto.

- ***Mi propio lienzo***

Objetivo: que los participantes reconozcan las diferentes emociones que tienen y ubiquen en alguna parte de su cuerpo, otorgándole un color.

Técnica: pintura.

- ***Muevo mi cuerpo***

Objetivo: que los participantes se relacionen e interactúen con su cuerpo.

Técnica: música y performance.

- ***Reconstruyéndome***

Objetivo: que los participantes logren describir quienes son.

Técnica: narrativa escrita, teatro y danza

- ***Soy***

Objetivo: que los participantes muestren quienes son.

Técnica: pintura (autorretrato)

ALCANCES Y LIMITACIONES DEL PROGRAMA

Dentro de los alcances del programa se encuentran los siguientes:

- Considera a la sordera como una problemática de índole psicológica y social.
- Es una nueva propuesta para la atención preventiva de tipo psicológico para las personas con sordera e hipoacusia.
- Resalta la importancia que tiene el trabajo preventivo.

- No busca el victimizar a las personas con discapacidad auditiva sino lograr su integración adecuada a su medio social.
- Las sugerencias realizadas, pueden ser parte de un programa de intervención.
- Desarrollar interés en integrarse y aprender sobre la cultura de las personas sordas así como su lengua.
- Se puede incluir a personas con otro tipo de discapacidades.

Dentro de las limitaciones que puede tener este programa, pueden ser las siguientes:

- Para la aplicación de este programa se requiere profesionistas capacitados en el área terapéutica, conocimiento de lo que es arteterapia y además en el lenguaje de señas.
- Existen pocos espacios donde se puedan desarrollar este tipo de programas.

Establecer un programa de intervención no es labor sencilla, sobre todo en esta población, debido a que se ven involucrados un sin número de factores (el lenguaje, el desarrollo cognitivo, la aceptación de la condición por parte de la familia y la disposición de los participantes entre otras).

CAPITULO VI. CONCLUSIONES

*“¿Por qué contentarnos con vivir a rastras cuando
sentimos el anhelo de volar?”*

Hellen Keller

El objetivo de la presente investigación de corte documental fue realizar una amplia recopilación teórica del tema de la sordera, destacando todos aquellos elementos que rodean la vida de las personas con discapacidad auditiva. Se concluyo con una propuesta de intervención, dirigida a adolescentes con un enfoque arteterapéutico, que permitirá incrementar la autoestima de esta población.

A continuación se expondrán las principales reflexiones derivadas de esta investigación:

A lo largo de la historia el tema de discapacidad ha sido abordado desde diferentes perspectivas. Es importante destacar los modelos que la ONU (2001) propone: el modelo médico- asistencialista y el modelo social.

Aun cuando el modelo social es el más actual sobre la visión que la sociedad debe tener acerca de las personas con discapacidad, desafortunadamente se mantiene en ejercicio activo el modelo médico-asistencialista; es decir, se trata de “curar” la discapacidad.

Esto conlleva a que la sociedad sea la que rige de manera clara la etiqueta que se le otorgara a la persona con discapacidad, demostrando la ineficacia de ésta ante las necesidades de cada individuo.

Por lo cual lo único que se generan son “nombres” o “etiquetas” que permiten identificar las diferencias básicamente fisiológicas y físicas, entre cada una de las diversas discapacidades. Dejan de lado las habilidades y las cualidades que tienen las personas con discapacidad.

De esta manera se describe a la sordera desde la perspectiva médica, mencionando que es la dificultad o imposibilidad de utilizar el sentido del oído debido a una pérdida de la capacidad auditiva.

Pero las personas sordas tienen una descripción diferente, consideran que es aquella persona que utiliza la lengua de signos como modelo de comunicación primario, la cual se identifica con otras personas sordas.

Se puede observar la gran diferencia entre la connotación médica y la social. Los conceptos evolucionan hacia a las habilidades y características específicas de las personas con discapacidad, dejando de lado las limitaciones físicas y/o fisiológicas.

También es importante conocer la historia de la evolución de los conceptos pasando de sordomudez a sordera y como ésta ha sido atendida a lo largo de la misma.

Tomando como país de origen España pues es en el primero que se intentan crear métodos de atención, aunque son de corte educativo, utilizando por primera vez la mímica y los movimientos de la mano con un significado específico, (lo que posteriormente se conocería como la lengua de signos) siendo una forma primaria de comunicación.

En México, Benito Juárez, impulso la atención a este segmento de la población por lo que hasta nuestros días, el 28 de noviembre se conmemora el “día nacional del sordo”, debido a que en esta fecha fue cuando se inauguró la primera escuela

de atención y enseñanza para personas sordo-mudas. Por lo que las diferentes comunidades de personas sordas se reúnen y se manifiestan en silencio, con el fin de ser escuchadas. Recordando a la sociedad que existen y expresando sus necesidades y deseos. Aun cuando en ese tiempo contaron con un colegio exclusivo para ellos otorgado por el gobierno federal, el día de hoy carecen de atención médica y educativa especializada.

Se puede destacar que las personas con discapacidad auditiva han sido poco atendidas en las diferentes áreas de su vida. Son sumamente marginadas desde su núcleo familiar y por ende no se encuentran preparadas para enfrentar su entorno social.

Por lo que existen diferentes complicaciones que se presentan a lo largo de su vida. Estas inician con la detección de la sordera, la cual suele confundirse constantemente con retraso mental o autismo, con lo cual comienza el devenir de los padres por diferentes especialistas en pos de que les otorgue un diagnóstico adecuado, más no el deseado por éstos.

El sufrimiento de los padres se observa y se vive de manera silenciosa por los niños/as sordos/as, la noticia es tomada por los progenitores como un “castigo divino”, que el hijo/a no entiende, pero siente que algo ocurre; sin embargo, la información que se le otorga es limitada. La culpa de los padres tiene gran peso en este momento, ¿Quién es el responsable tú o yo? ¿Ahora que haremos?, ¿Qué será de él?, ¡pobrecito!. Como enfrenten este primer encuentro con la discapacidad dependerá de la forma en la que vivan su duelo.

La comunicación se va fracturando por no saber cómo explicarles qué es lo que esta pasando y no es tan solo eso, sino que además es como decírselos. El indudable deterioro de las relaciones familiares comienza.

Esta situación se vive como una pesadilla, los padres quisieran detener el tiempo, pero esto continúa y ese pequeño infante comienza su desarrollo tanto físico como psicológico pero con serias carencias afectivas, de información, académicas y de relaciones sociales.

Ello repercute en su estructura personal, es decir, en la formación de su autoestima.

Además no solo se limita en su medio familiar, sino también en su entorno social, ya que éste no les brinda las herramientas necesarias para su desarrollo integral, es decir, no existen colegios especializados o con los requerimientos mínimos para que puedan prepararse. Tienen la opción de integrarse a los colegios regulares, sin embargo, los profesores no siempre están capacitados para atenderlos de una manera adecuada y eficaz, en consecuencia son segregados en el área académica, pero de igual manera los compañeros no saben cómo comunicarse con ellos por lo que suelen ser excluidos de los juegos y obviamente de las conversaciones.

En el caso de los infantes que son inscritos en el CAM seguramente han convivido con otros pequeños que comparten la misma condición. La situación aquí es que en estos colegios se concentran diversas discapacidades, por lo que la atención no es precisa ni enfocada a ellos, además de que son atendidos solo hasta los 18 años.

Cuando egresan de los CAM se insertan en el mundo y es cuando comienzan a darse cuenta de que son diferentes.

En consecuencia se genera una crisis por no sentirse pertenecientes a este mundo extraño en donde no los entienden, se sienten rechazados y por lo tanto lastimados. Si a esto aunamos que los padres no les fortalecieron la autoestima

debido a su duelo no resuelto obtendremos una persona con una autoestima baja, con problemas para relacionarse con su medio social.

Está también el hecho de que los progenitores no hayan considerado diferentes alternativas para que sus hijos/as con discapacidad auditiva puedan lograr insertarse en este mundo de oyentes dificultara la interacción social. Es decir, que no sólo consideren la alternativa de reparar al hijo/a “defectuoso” con aparatos médicos sino que además les proporcionen una identidad, insertando la lengua de señas como una forma de comunicación.

Por el contrario si estos padres estimularon a su hijo/a, le enseñaron alguna forma de comunicación alterna (lengua de señas mexicanas) y ellos también la aprendieron, él o ella se sentirá integrado a ésta familia, fortalecerá sus vínculos emocionales y se generará una autoestima alta, debido a que se siente aceptado y apoyado por su núcleo familiar, el cual se sabe es el más importante para los individuos. Llevándolo a relacionarse adecuadamente en su medio social.

De la misma manera influyen en ellos las relaciones que tienen con sus iguales, es decir, otras personas con discapacidad auditiva. La forma en la que se comunican es sumamente importante pues esta les permitirá adherirse a ese grupo y ser participe de las actividades que este produzca. Así como iniciar la etapa de la conquista y las relaciones amorosas.

Esto produce una gran tensión familiar pues los padres no están preparados para entender que sus hijos/as tienen derecho a vivir su sexualidad como cualquier otra persona, a elegir con quien desean compartir su vida.

Esta decisión junto con la de a que se dedicaran por el resto de su vida les creara una crisis, la cual superaran basado en las enseñanzas y la información que hasta ese día han recibido de su entorno tanto familiar como social.

Por lo que es de suma importancia poseer una autoestima alta, que les permita acceder a una vida de calidad donde sean libres de expresarse y tomar sus decisiones.

Vivir plenamente y completar su desarrollo integral debería de ser una opción y no sólo un supuesto.

Por lo que es el deber del profesional en psicología brindar las herramientas adecuadas y necesarias para que las personas con discapacidad auditiva logren estar en la cúspide de la pirámide que Maslow plantea.

Sánchez (2008) describe que el psicólogo debe mostrar dominio y destreza en cuestiones como la comunicación. Esta debe de ser de manera efectiva y clara.

Respetar y entender el medio social donde el usuario se desarrolla. Así como tener una actitud proclive hacia la investigación a fin de llegar a brindar un mejor servicio.

El Psicólogo debe tener las habilidades suficientes de comunicación, observación y escucha entre otras. El resultado sería que éste debe prepararse para incidir en este segmento de la población hablando su lengua y conociendo la forma en la que se desarrollan sus comunidades.

Además de generar investigaciones en torno a la atención que se les da a las personas con discapacidad auditiva desde la perspectiva psicológica en el área clínica y no sólo en la educativa.

Por lo que el servicio que el profesional de la psicología debe ofrecer no sólo es de índole terapéutico, sino que además, debe brindar las herramientas precisas y requeridas a través de diferentes programas ya sea de prevención, intervención o

de rehabilitación para que las personas sordas puedan acceder al desarrollo integral de su personalidad.

Aun cuando parecería redundante, es importante retomar que esto es una pauta que permite voltear a ver a un segmento de la sociedad que no ha sido escuchado. Sus quejas, su dolor, su miedo, etc. han sido acallados, limitados y minimizados por el entorno social que aparentemente no se encuentra preparado para afrontar esta discapacidad.

Por lo que la sociedad y en particular los profesionistas son los que deben incrementar su compromiso para con las personas con discapacidad auditiva, generando espacios y programas adecuados.

Hay mucho que investigar, que realizar, que exponer. Pero lo más importante es que a estas personas se les pueda garantizar que el servicio que se les brinde será conforme a los principios éticos que caracterizan a los profesionales de la psicología.

En lo que respecta a las limitaciones encontradas a lo largo de esta investigación se detallan las siguientes:

En lo que respecta a profesionales interesados en desarrollar este tema en México son muy pocos, por lo que la mayor cantidad de información se obtuvo de escritores extranjeros.

La información recabada en su mayoría se refiere a la infancia, por lo que puede ser repetitiva y en consecuencia limita otros temas concernientes a otras etapas de la vida y la problemática concerniente a cada una.

El programa de intervención sólo es una propuesta por lo que no se comprueba su efectividad.

Para concluir, el realizar este tipo de investigaciones permite un mayor conocimiento y apertura sobre el tema, logrando que más profesionistas se interesen en incursionar en el trabajo con personas con discapacidad auditiva.

Además podría generar nuevas propuestas de trabajo, para que el psicólogo que se interese, atienda a las personas con discapacidad auditiva en sus diferentes esferas, pues dirige la atención a un grupo segmentado de la sociedad y aporta una revisión minuciosa con respecto a la sordera y al desarrollo integral de las personas sordas. Lo anterior, aunado a que la propuesta de intervención pueda llevarse a cabo.

Esta investigación es un acercamiento teórico que sienta las bases para trazar nuevas líneas de investigación que permitan en primer lugar visibilizar más a este sector de la población, desde el campo de la psicología clínica, para que al aplicar las herramientas profesionales del psicólogo se generen nuevos conocimientos acerca de sus necesidades y diversas formas de atenciones a las mismas. En segundo lugar albergar la esperanza de que en un futuro, se creen y se desarrollen programas de prevención, intervención y rehabilitación óptimos para las personas con discapacidad auditiva.

REFERENCIAS

Abascal, C. (2001). Intervención logopédica temprana en bebés sordos. *Boletín de A.E.L.F.A.*, 11-12

Aberastury, A. y Knobel, M. (1992). *La adolescencia normal*. México: Paidós Mexicana, S.A.

Aimard, P. y Morgon, A. (1989). *El niño sordo*. Madrid: NARCEA, S.A.

Alpiner, J., Amon, C., Gibson, J. y Sheehy, P. (1980). *Háblame. Ejercicios en el hogar para el desarrollo del lenguaje del niño normal y del deficiente auditivo: infancia a edad preescolar*. Buenos Aires: Médica Panamericana.

Ashman, A y Conway, R. (1992). *Estrategias cognitivas en educación especial*. México: Santillana.

Alegría, J. & Domínguez, A. (2009). ¿Cómo leen los sordos adultos? La estrategia de palabras clave. *Revista Logopedia, Foniatría y Audiología*, vol. 29, no. 3, 195-206.

Barlet, X. y Gras, R. (1995). *Atención temprana del bebé sordo*. Barcelona: Masson.

Blos, P. (2003). *La transición adolescente*. Buenos Aires: Amorrortu

Brooks, F. (1959). *Psicología de la adolescencia*. Argentina: Kapelusz

Calvo, J. & Maggio M. (2004). Aportes de los padres a las necesidades audioprotesicas de sus hijos sordos. *Revista de logopedia, foniatría y audiología*, Vol. 24, No. 2, 89-99.

Caplan, G. (1974). *Principios de psiquiatría preventiva*. Buenos Aires: Paidós.

Cardona, M., Gomar, C., Palmes, C. y Sadurni, N. (2010). *Alumnado con pérdida auditiva*. España: Grao

Chamarro, A. (2007). *Ética del psicólogo*. Barcelona: UOC

Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud CIF, (2001), OMS, OPS. Grafo S.A.

Convención Internacional de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, (2010), Madrid-México.

Calvo, J. (1999). *La sordera: un enfoque socio-familiar*. Salamanca: Amaru.

Chomsky, N. (1975). *Reflections on Language*. New York: Phanteon Books (trad. cast.: "Reflexiones sobre el lenguaje", Barcelona, Planeta, Agostini, 1985)

Dalley, T. (1987). *El arte como terapia*. Barcelona: Herder.

De la Paz, V., Miranada, M. y Rojas, L. (1998). *¡Alumno sordo integrado! Guía para profesores de educación general*. Chile: Universitaria.

Domínguez, A. y Alonso, P. (2004). *La educación de los alumnos sordos hoy*. España: Ediciones Aljibe.

Dumont, A. (1999). *El logopeda y el niño sordo*. Barcelona: MASSON, S.A.

Ehrlich, M. y Uslar, E. (2002). *Discapacidad enfrentar juntos el reto*. México: Trillas.

Espina, A. y Ortega, M. (2003). *Discapacidades físicas y sensoriales. Aspectos psicológicos, familiares y sociales*. Madrid: CCS.

Ertmer, D. & Moreno, I. (2009). El desarrollo vocal en niños sordos de familias hispanohablantes. *Revista de logopedia, foniatría y audiolología*, Vol. 29, No. 3, 153-164.

Ferreira, M. (2008). Una aproximación sociológica a la discapacidad desde el modelo social. *Revista española de Investigaciones Sociológicas*, 124, 141-174

Fischer, B. (1981). *Niños con trastornos auditivos*. Buenos Aires: Galena.

Fischer, E. (1989). *La necesidad del arte*. Barcelona: Península.

Flores, L. y Barruecos, P. (1991). *Los problemas de audición en la edad preescolar. Identificación, diagnóstico y tratamiento del niño sordo*. México: Trillas.

Franca, O. (1996). *Ética para psicólogos. Introducción a la psicoética*. Uruguay: Desclée de Brouwer, S.A.

Freud, A. (1996). *El yo y los mecanismos de defensa*. México: Paidós.

Frola, P. (2004). *Un niño especial en mi aula*. México: Trillas.

Garaigordobil, M. (2000). *Intervención psicológica con adolescentes*. Madrid: Pirámide.

García, S. (2002). *Aplicaciones de Intervención Psicopedagógicas*. Madrid: Pirámide.

Henao, O., Ramírez, D., & Medina, M. (2003). Potenciando la capacidad lectora de los sordos con el apoyo de nuevas tecnologías. *Didáctica y nuevas tecnologías*, 18-25.

Herrera, V., Puente, A., Alvarado, J., & Ardila, A. (2007). Códigos de lectura en sordos: la dactilología y otras estrategias visuales y kinestésicas. *Revista Latinoamericana de psicología*, Vol. 39, No.2, 269-286.

Heward, W. (1998). *Niños Excepcionales, una introducción a la educación especial*. Madrid: PRETINCE HALL.

Klein, J. (2006). *Arteterapia. Una introducción*. Barcelona: Octaedro.

Kweller, D. (2005). *El proceso de entender y ser entendido. Guía para padres de niños y adolescentes con limitaciones auditivas*. México: Trillas.

Lafon, J. (1987). *Los niños con deficiencias auditivas*. España: Masson s.a.

Lane, H. y Beauchamp, M. (1985). *Comprensión del desarrollo humano*. México: Pax-México.

Lange, S. (2001). *El libro de las emociones*. Madrid: EDAF.

Lewis, V. (1991). *Desarrollo y déficit, ceguera, sordera, déficit motor, síndrome de Down, autismo*. Madrid: Paidós.

Ling, D. y Moheno C. (2002). *El maravilloso sonido de la palabra. Programa auditivo-verbal para niños con pérdida auditiva*. México: Trillas.

Luterman, D. (1985). *El niño sordo Como orientar a sus padres*. México: La Prensa Médica Mexicana S.A.

Marchesi, A. (1991). *El desarrollo cognitivo y lingüístico de los niños sordos*. Madrid: Alianza Psicología.

Medina, V. & Serniclaes W. (2009). Consecuencia de la categorización fonológica sobre la lectura silenciosa de niños sordos con implante coclear. *Revista Logopedia, Foniatría y Audiología*, vol. 29, no.3, 186-194.

Minolli, C. (2006). Gestión por competencias e integración de sordos en empresas privadas. *Temas de Manogenart*, 14-23.

Monsalve, A. & Núñez, F. (2006). La importancia del diagnóstico e intervención temprana para el desarrollo de los niños sordos. Los programas de detección precoz de la hipoacusia. *Intervención Psicosocial*, vol.15, no.1, 7-28.

Orri de Castorino, R. (1990). *La adquisición de la lengua en el discapacitado auditivo. Modos de comunicación en la sordera-ceguera*. Argentina: Magisterio del Río de la Plata.

Pain, S. y Jarreau, G. (1995). *Una psicoterapia por el arte. Teoría y técnica*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Perello, J. (1978). *Sordomudez*. Barcelona: Científico-Médica.

Perello, J. (1980): *Exploración audiófoniàtrica*. España: Científico-Médica.

Pepin, L. (1975). *La psicología de los adolescentes*. España: oikos-tau, s.a.

Piaget, J. (1967). *Biologie et Connaissance*. Paris: Gallimard (trad. Cast. "Biología y conocimiento", Madrid, Siglo XXI, 1977)

Programa Nacional para el Desarrollo de las Personas con Discapacidad, (2009-2012).

Ramirez, R. (1982). *Conocer al niño sordo*. Madrid: Ciencias de la Educación Preescolar y Especial.

Rella, F. (2001). *Psicología preventiva y sordera*. Buenos Aires: Lugar Editorial S.A.

Sacks, O. (1991). *Veo una voz. Viaje al mundo de los sordos*. Madrid: Anaya

Sánchez, P. y Torres, G. (1999). *Educación especial I. Una perspectiva curricular, organizativa y profesional*. Madrid: Pirámide.

Schneider, A. (1996). *Arte y psicoanálisis*. Madrid: Ediciones Cátedra S.A.

Schorn, M. (1997). *El niño y el adolescente sordo*. Buenos Aires: Lugar Editorial

Schorn, M. (1999). *Discapacidad una mirada distinta, una escucha diferente. Reflexiones psicológicas y psicoanalíticas*. Buenos Aires: Lugar Editorial

Schorn, M. (2008). *La conducta impulsiva del niño sordo*. Buenos Aires: Lugar Editorial

Sociedad Mexicana de Psicología. (2001). *Código ético del psicólogo*. México: Trillas.

Soriano, J., Pérez, I. & Domínguez, A. (2006). Evaluación del uso de estrategias sintácticas en lectura de alumnos sordos con y sin implante coclear. *Revista de logopedia, foniatría y audiología*, Vol. 26, No. 2, 72-83.

Téllez, M. (2005). La construcción de la sexualidad en adolescentes sordos y sordas. *Archivos Hispanoamericanos de Sexología*, Vol. XI, No.2, 203-218.

Torres, S. y Ruiz, M. (1996). *La palabra complementada*. Madrid: Ciencias de la educación preescolar y especial.

Torres, S. (1995). *Deficiencia auditiva. Aspectos psicoevolutivos y educativos*. Málaga: Albije.

Valerio, J., Gou, J. & Casanova, G. (2006). Calidad vocal en niños sordos. La influencia del tipo de audífono empleado. *Revista de logopedia, foniatría y audiología*, Vol. 26, No. 2, 84-90.

Vayer, P. (1995). *El dialogo corporal*. Paris: Doin-Deren.

Vygotski, L. (1982). *La imaginación y el arte en la infancia*- Madrid: Akal.

Vygotski, L. (1972). *Psicología del arte*. Barcelona: Barral.

Vygotski, L. (1977). *Pensamiento y lenguaje: teoría del desarrollo cultural de las funciones psíquicas*. México: Alfa y Omega.

Virole, Benoit & De Torero. (1997). Señales en psicopatología precoz del niño sordo. 1er. Congreso Nacional de Salud Mental y de Sordera

Vujicic, N. (2010). *Una vida sin límites*. México: Aguilar Fontanar.

