

Acuerdos y controversias en intervención temprana con niños sordos

Silvana Veinberg - Enrique Silinger

Una vez más: El discurso médico

En las investigaciones que se han llevado a cabo en las últimas décadas en relación al tratamiento de la sordera, los especialistas se han desplazado del ámbito médico hacia una perspectiva social, antropológica y lingüística de la sordera. Concordamos con que las conclusiones a las que se han arribado desde esta perspectiva favorecen el desarrollo de los individuos de esta comunidad mediante el reconocimiento de sus derechos lingüísticos y culturales.

Las bases sobre las que se funda la perspectiva social de la sordera son esenciales para comenzar un nuevo período en la educación de los sordos. ¿Por qué, entonces, una vez que abandonamos el discurso médico y nos concentramos en lo estrictamente pedagógico volvemos a introducir aspectos médicos en el área?

Porque actualmente podemos diferenciar aquellos puntos que tuvimos que descartar cuando lo médico-clínico impregnaba el discurso pedagógico. Los médicos han sido y siguen siendo los profesionales que entran en contacto con el bebé sordo y sus padres desde el primer momento. Han tenido y siguen teniendo el poder de orientar, de informar y muchas veces de definir el futuro de los sordos.

A partir del diagnóstico médico se construye o se destruye, se alejan o se acercan los temores, las incertidumbres. El médico acompaña a la familia y a partir de la concepción que los médicos tengan de lo que implica ser sordo, de su propia experiencia con la diferencia favorecerán o no el desarrollo del niño sordo/paciente. Los sordos han sido siempre descriptos erróneamente a partir de su deficiencia y se ha puesto el énfasis en subsanar y compensar el déficit.

La perspectiva médica aún no ha cambiado. Consideramos que este es un paso fundamental para consolidar las bases en este campo, bases que se han establecido en otras áreas.

En primer lugar, la medicina se ocupa de estudiar e investigar las causas que llevan a la sordera para su prevención. La atención se ha centrado en la prevención primaria mediante el control de los antibióticos que se suministran, el seguimiento de las madres de alto riesgo, el control de las infecciones maternas, las infecciones en el bebé, etc.

La prevención secundaria, es decir, las estrategias para evitar las consecuencias de la sordera no han recibido la atención necesaria. Estas tienen que ver con el cuidado de las necesidades específicas que tienen los sordos en la comunicación y con la concientización de todos los grupos de la sociedad para contemplar y respetar los derechos de los individuos sordos.

Dentro del área de la prevención se inscribe también el análisis del rol del pediatra, sus sentimientos frente al niño diferente y su familia, su enojo frente a la patología que no puede ser reparada, dificultades que no pueden ser superadas y dificultades que plantea la relación con los padres luego del diagnóstico.

Es importante analizar también cuáles son los fenómenos que esto provoca en los médicos que han sido entrenados para curar, sanar, restituir completar a sus pacientes y a sus padres cuando están frente a una patología que anuncia que su objetivo será de difícil cumplimiento. Seguramente ésta y otras situaciones en la relación médico-paciente influyen en la poca importancia que tiene la formación y la información para médicos de niños, sobre los problemas de niños con discapacidades, la exclusión del pediatra de los equipos interdisciplinarios ya sea por autoexclusión o porque algún miembro del grupo se hace cargo de solucionar los episodios agudos de enfermedad, sin tener en cuenta la importancia del seguimiento longitudinal del niño y de su inclusión dentro de los pacientes que consultan en salud sobre crisis evolutivas, vacunación, trastornos de conducta, alimentación, resfríos, etc. (Silinger, 1997).

La actitud que adopten los médicos dependerá de su postura ante la enfermedad, la diferencia, la malformación y finalmente frente a la muerte. La detección temprana es otra de las áreas de interés del campo médico. Garantiza una mejor oportunidad para educarse a los padres y al bebé.

Si los padres se enteran y se informan tempranamente podrán equiparlo o armar una de las estructuras de las que se hablará más adelante.

La mirada médica de un niño sordo marca, en gran medida, el futuro desarrollo de ese niño en todas las áreas.

La estimulación temprana como práctica terapéutica

“El mundo es percibido siempre en función de los objetivos del observador, reduciéndose a medios para sus fines. Sus necesidades manipulan su visión. La perspectiva de la realidad es manipulada por el deseo”.

“Estimulación Temprana” es un término que se asocia a intervención clínica, médica y supone un hijo enfermo, “con problemas” (Páez, 1981, Fiondella, 1981).

En el caso del niño sordo, la especialización en estimulación temprana ha surgido dentro del marco de la rehabilitación, más específicamente de la rehabilitación de la comunicación entre la madre y su hijo: apunta a subsanar la alteración del vínculo madre oyente-hijo sordo provocado por la falta de audición por un lado y por la falta de una lengua en común por otro.

Los profesionales de la estimulación temprana sostienen que existe siempre una diferencia entre el bebé que nace y el bebé que soñaban los padres: el bebé que reciben no concuerda en su totalidad con el bebé que esperaban.

Esta divergencia implica la necesidad de una adaptación, un ajuste entre lo que imaginaban los padres y el bebé con el que se encuentran. Este es un proceso natural que da lugar al deseo de los padres en el armado del bebé (Peaguda, 1993).

La distancia entre lo real y lo imaginario varía según las expectativas de los padres y según su historia y sus experiencias previas. La adaptación de los padres a esa diferencia también varía de acuerdo a la medida que esa distancia tiene para ellos y a la capacidad de recuperarse de esa diferencia.

Hasta ahora hemos planteado una discrepancia esperable, universal y reversible. La estimulación temprana aparece como recurso necesario cuando la distancia entre lo encontrado y lo esperado sobrepasa los límites del poder de adaptación de los padres (Coriat y Jerusalinsky, 1981, Peaguda, 1993). La medida de esta distancia ha sido calificada por Peaguda como “des-medida”.

Estos autores consideran que cuando el bebé es tomado en su totalidad por la diferencia, es necesario el ingreso de un profesional que intervenga, siempre a partir de la acción posible y no de aquella que la discapacidad específica está afectando (Coriat y Jerusalinsky, 1981).

El tratamiento de estimulación temprana está en relación directa con el significado de esa diferencia para los padres. Más adelante analizaremos cómo el significado de la diferencia se relaciona también con el profesional interviniente.

El nacimiento de un bebé sordo se encuentra, en la gran mayoría de los casos encuadrado dentro del proceso natural de desajuste entre lo imaginado y el bebé que nació, ya que los bebés sordos no presentan diferencias físicas observables y actúan durante los primeros meses en forma semejante al bebé oyente.

Es por eso, que para hablar de intervención temprana, debemos trasladarnos en el caso del bebé sordo al momento del diagnóstico, de la concientización y enfrentamiento con la diferencia, lo que ocurre en forma tardía a partir de los 8 meses y llega en muchas ocasiones a los 2, 3 y 4 años de edad.

Hasta el momento de la detección el bebé fue hablado y fue interpretado por su madre. La mamá le habló pidiendo respuesta y le otorgó un significado a la respuesta de su bebé, de la misma manera en que lo hacen las mamás oyentes de niños oyentes.

En todos los casos, la primera fase de la atención conjunta entre la mamá y su bebé es el de establecer un sostenido contacto cara a cara.

Esto provoca mucha vocalización por parte de la madre y poco después por parte del niño. Hacia el final del segundo mes se establece el contacto con acompañamientos vocales: la madre y el niño comienzan a mostrar una dinámica de turnos de intercambio al “iniciar” y “cesar” uno y otro sus conductas. Ya a los seis meses el bebé comienza a redirigir su atención como

respuesta a sutiles normas convencionales que son rasgos del lenguaje adulto, como característicos cambios hacia arriba en la entonación. La adquisición del lenguaje “comienza” antes de que el niño exprese su primer habla léxico-gramatical (Bruner, 1995).

La madre le ofrece al hijo su voz, su palabra, su significación (Giuliani y Baralo, 1993). En el caso de un bebé sordo ¿tiene algún significado para él la voz y la palabra de su madre? ¿Cuáles son los estímulos ante los que responde el bebé? ¿Cuál es el grado de compatibilidad entre las respuestas del bebe y la interpretación que su madre ha hecho de esas respuestas?

Evidentemente, en el caso del bebé sordo las conductas comunicativas descritas anteriormente se encuentran distorsionadas. La madre no encuentra la respuesta que espera de su bebé. ¿Cómo analiza e interpreta la madre esa falta de respuesta del bebé? La mamá se da cuenta de que existe una diferencia; sospecha que este niño es diferente.

Al desconocer la posibilidad de una falta de audición, la mamá le atribuye a la falta de atención significados diversos: que es bueno, que es tranquilo, que es más tranquilo que el bebé anterior, pero muchas veces le otorga significados negativos: que es un bebé indiferente, que no le interesan las cosas, tiene miedo de que el bebé sea autista o que la esté despreciando.

La díada madre-hijo es una díada en movimiento, dinámica. La madre le habla y el bebé no responde, la madre se enoja, se frustra y puede pensar que el bebé no la quiere, que él no la entiende a ella y duda de su capacidad de entenderlo y de atenderlo.

¿Para qué le habla la mamá al bebé si el bebé no entiende? Porque es la forma de significarlo, es la forma en que tenemos naturalmente de transformarlo en un ser con deseos propios, en darle significado a sus deseos.

¿Qué pasa con este trabajo de estructuración cuando el otro no oye?

Los cuestionamientos anteriormente planteados han sido descriptos en relación a los padres oyentes de un bebé sordo, a los padres diferentes. No obstante, los padres sordos de un bebé sordo también se enfrentan con un hijo diferente del imaginado, pues, como ya se ha señalado, este es un sentimiento universal.

La diferencia entre esta situación y la anterior es que los padres sordos pueden otorgarle a su bebé sordo “voz, palabra y significado” en la forma de gestos, miradas y significados.

Por otro lado, en el caso de un bebé oyente de padres sordos, la medida o la desmedida de la diferencia varía de acuerdo a las expectativas que esos padres hayan tenido en relación al nacimiento de su hijo.

Los padres sordos ya han incluido en su imaginario la posibilidad de un hijo sordo y también la posibilidad de un hijo oyente. Estos padres seguramente

hayan tenido padres y otros familiares cercanos oyentes, los que acorta - o acota - la distancia.

Las tres situaciones planteadas relativizan la diferencia en función de las variables oyente/sordo, padres/hijo.

Volvamos en este punto a la mirada del médico.

¿Cuál es la distancia, entre el médico y el bebé que acaba de diagnosticar?

Del significado que este profesional otorgue a esta diferencia dependerá la postura que adopte frente a la intervención. La diferencia provoca disrupción y la medida de la disrupción se encuentra en relación directa con los prejuicios sociales, médicos y personales que tiene el médico con respecto a esa diferencia.

Lo desconocido es diferente y lo diferente es desconocido. Cuanto más desconocido, mayor es la distancia y mayor es la disrupción para los padres, para el profesional médico y para el profesional de la estimulación temprana.

Este último - profesional único dentro de la teoría de Coriat - es aquel que va a trabajar en este abismo que hay entre lo desconocido y lo presente. Es el que tiene la posibilidad de acercar al niño a los ojos de los padres. Sin embargo, esto sucede siempre desde los propios ojos de este estimulador que tiene prejuicios e ideas acerca del sujeto y de la familia con la que está trabajando.

La relación entre los padres, el estimulador, el médico y el niño se hace aún más compleja debido a que la mayor parte de los padres oyentes de niños sordos no han tenido experiencias previas con sordos y por ende, desconocen cuáles son los aspectos que resultarán favorables o desfavorables en la comunicación con su hijo. Este desconocimiento no es propiedad exclusiva de los padres, sino que es compartida por la mayor parte de los profesionales que intervienen en los primeros momentos.

Los médicos utilizan lo que conocen - o desconocen - en el abordaje con ese niño con diferencias más o menos des-medidas. La diferencia se acorta a medida que el niño se acerca más a lo conocido por el médico o el estimulador.

Controversias

Nos enfrentamos a una propuesta de intervención basada en el imaginario de los profesionales. Se interpreta la angustia del niño a partir de supuestos que parten de un lugar previamente establecido por el otro. De la misma manera en que la madre interpreta y no describe, significa a su hijo a partir de su propia subjetividad, el profesional lo hace a partir de su lugar de intervención.

Yanov (1992) fundamenta la angustia mayor con la que se cría un bebé sordo mediante una explicación que toma los sonidos ambientales como base de protección para el bebé.

De acuerdo con Yanov, el bebé sordo se cría con cierta dosis de angustia mayor que la de los niños oyentes, ya que no posee el sostén proveniente de los sonidos.

La interpretación que nosotros hacemos sobre las angustias del bebé sordo que no puede anticipar la llegada de su madre o no puede inferir su presencia por medio de los sonidos del medio ambiente es una interpretación de una persona que oye. El valor que para nosotros tiene la "falta de sonido" nos lleva a interpretar esta falta como el motivo de muchas de las angustias del bebé. El silencio no tiene un significado en términos absolutos para el bebé sordo; no existe el sonido y por ende tampoco el silencio. La angustia en todo caso, proviene del gap entre la necesidad del bebé de ver el rostro materno y la respuesta sonora de la madre. Entre la falsa expectativa de la madre que espera una respuesta auditiva y oral de su bebé y la respuesta "inadecuada e inesperada" de su hijo.

La elección del profesional es un punto de controversia en el campo de la estimulación temprana.

En primer lugar, el tratamiento de estimulación temprana sugiere que la elección del terapeuta único tenga en cuenta la especificidad del profesional en relación a las dificultades de su paciente (Schiappino y Yanov, 1998). El bebé sordo necesitará entonces, un profesor de sordos o un fonoaudiólogo, ya que los trastornos en su desarrollo están íntimamente ligados al desarrollo de la lengua oral. La lengua oral es conocida, no es diferente, y de esta manera los profesionales estarán preparados para interpretar e intervenir en las dificultades en la comunicación entre la madre y su hijo.

En segundo lugar, de acuerdo con las bases que sustentan la estimulación temprana, el bebé debe ser tomado en su totalidad en relación a su aceptación y a su inclusión en la familia; esto supone que la diferencia que lo marca también es tomada en su totalidad. En el caso de los sordos, no solo tiene que ver con la comunicación oral, sino con su desarrollo general como individuo.

Estas dos variables - el conocimiento de las necesidades específicas de un niño sordo y la integridad del niño - deberían funcionar en forma combinada en el profesional de manera que intervenga de acuerdo con la singularidad de esta articulación madre-hijo en la que el hijo no oye a su madre y la madre espera una respuesta de su hijo que él no es capaz de darle.

Sin embargo, así como sucede en otras áreas de la medicina, en la estimulación temprana también se desconocen los aspectos específicos en relación a los sordos. Aunque el bebé sordo es un sujeto singular que ha sido inscripto en la subjetividad de la madre que tiene una historia propia, etc., también está inscripto dentro de una sociedad y una cultura determinadas: una sociedad más o menos prejuiciosa, en la que se respetan en mayor o en menor medida los derechos de los individuos que la componen, con una cultura que signa el comportamiento de sus instituciones.

El bebé nace dentro del contexto de una sociedad determinada y su desarrollo e integración también estarán influenciados por las limitaciones que encuentran fuera del contexto familiar. La construcción de su identidad dependerá de complejas relaciones familiares, lingüísticas, históricas, sociales y culturales (Skliar, 1997).

Es decir, que el niño sordo se estructurará como persona no solo a través de las palabras y las expectativas de su madre, sino también a través de sus contactos con otros niños sordos u oyentes y con la lengua que use para comunicarse, entre otras cosas.

Es fundamental que la persona interviniente conozca las sutilezas en la comunicación entre una madre sorda y un bebé sordo, qué “tono de gesto” al bebé le resulta más agradable, cuáles son los gestos del bebé que la madre sorda toma como comunicación, a qué gesto la madre le atribuye un “decir”.

Si el estimulador desconoce las variables que conforman la estructuración de ese bebé, diferente de sus padres, diferente de la comunidad en la que vive, la forma en la que el profesional mire al bebé y a sus padres estará contaminada por prejuicios que no tienen que ver solo con falsas creencias, sino con falta de información.

El sistema de estimulación propuesto hasta ahora sugiere utilizar la voz, la palabra, para recibir una respuesta que la madre no recibe de la forma esperada. La frustración ante la falta de respuesta se agudiza cuando las expectativas están puestas sobre esa cuestión en particular.

El terapeuta debería prevenir a la madre en no esperar ella respuestas que no va a recibir, y sí adelantarle qué gestos, movimientos, actitudes suyas van a generar respuesta del bebé. A la vez, la madre debería describir y atesorar lo que ella misma descubre y registrar cuáles son las reacciones del bebé que generan una respuesta de parte de ella.

La madre debe recurrir a todas las estrategias que generen una respuesta del bebé, no únicamente a través de la voz y la palabra, ya que la imposibilidad del bebé sordo de utilizar la audición como medio de comunicación con su madre, limita la vía de comunicación natural de la madre con su hijo. Aunque la madre no deje de hablarle a su hijo, ésta no será la vía regia de comunicación.

Debemos preguntarnos si solo caricias, contacto y miradas entre la madre y su hijo son suficientes para que ese bebé se transforme en persona, para generar en la madre el deseo de levantarlo, sentirlo, tomarlo. La primera comunicación entre la madre y el bebe tiene un valor de código en el que pesa más el contacto y el afecto que la enseñanza de una lengua, como sucede con cualquier bebe.

Mediante formas de comunicación gestuales (que no están inscriptas dentro de la estructura compleja de la lengua de señas) la madre puede empezar a construir una comunicación satisfactoria. Esta forma de comunicación sirve para aprehenderse mutuamente. Sin embargo, la prolongación de esta forma

de comunicación puede transformarse en un síntoma - producto de la eternización de un tipo de comunicación primaria -.

La intervención de un tercero permite transformar esta comunicación primitiva en una forma de comunicación lingüísticamente compleja.

El lugar que ocupa el profesional dentro de esta estructura es otro de los puntos controvertidos en la práctica de la estimulación temprana. Este lugar puede ser disruptivo entre la madre y su hijo, ya que la madre mira a este profesional como poseedor de un saber que ella no tiene.

En el caso del niño sordo la lengua a la que el niño accederá espontáneamente será la lengua de señas. El niño no entrará a esta lengua por medio de sus padres, sino a través de hablantes de esa lengua, a menos que los padres posean un conocimiento de la lengua de señas fluido, anterior a la adquisición de esa lengua por su hijo. "Los niños no hablan a partir de una cierta abstracción de las acciones, ni lo hacen bajo una forma representacional. Ellos hablan a partir de su inscripción como sujetos, que los introdujo, sin que ellos supiesen, en una red del saber del que hablan sin saberlo. Por eso usan palabras y gramática que nunca les enseñamos" (Jerusalinsky, 1993).

Si la madre aprende a detectar los signos de comunicación significativos para su bebé, y al mismo tiempo aprende a utilizar la lengua que su hijo entiende, se irá construyendo entre ellos una estructura predecible de acción recíproca que puede servir como un microcosmos para comunicarse y para constituir una realidad compartida.

El microcosmos descrito por Bruner (1995) les servirá como base para la instalación de una lengua compleja. Esto, a su vez, le permitirá a ese niño inscribirse en la cultura de sus padres y valorar y aprender la forma de comunicación de sus padres, que será la segunda lengua de ese niño.

Acuerdos

Los niños - sordos u oyentes - entran a la lengua no solo a través de hablantes de esa lengua que proporcionan el medio lingüístico apropiado para el desarrollo del niño, sino a través del deseo de la madre de comunicarse con él. Los hablantes naturales de la lengua poseen la capacidad de utilizarla en todas sus dimensiones; la madre determina el propósito de la comunicación.

Existen fuertes evidencias que apoyan la necesidad de un ambiente de interacción apropiado para el niño y que se basan en la relevancia del habla dirigida al niño en el desarrollo de su lengua. En el habla dirigida al niño los padres lo proveen con gran cantidad de pistas acerca de la estructura de la lengua; ellos no le hablan al niño sino que hablan con el niño.

En sus intercambios, los padres responden a preguntas, expanden el habla de su hijo, preguntan, repiten, marcan los diferentes tipos de oraciones mediante la prosodia y señalan los turnos conversacionales (Schick, 1998).

La correspondencia entre dos personas hablando ha sido demostrada mediante observaciones que revelan que las personas se mueven en forma sincrónica y comparten un ritmo correspondiente a la lengua hablada. Esta sincronía ha sido observada también entre niños pequeños en relación a la voz de su cuidador (Heiling, 1995).

Los padres sordos de niños sordos utilizan estrategias de habla dirigida a su hijo sordo que se adaptan a las estructuras de las correspondientes lenguas de señas y a las necesidades de su hijo pequeño.

Las señas que las madres sordas dirigen a sus hijos, aparecen en forma simplificada y redundante, tal como ocurre con las lenguas orales. Los padres tienden a colocar su cuerpo y el de sus hijos como para maximizar la atención, intercalan actos afectivos no-vocales con interacciones lingüísticas, utilizan modalidades alternadas o simultáneas para comunicarse con sus niños, y repiten las señas varias veces (llegando en ocasiones a repetir doce veces la misma seña).

El tamaño exagerado de las señas parece corresponderse con una entonación exagerada en las lenguas orales.

Existen también otros aspectos importantes en las madres señando a sus hijos:

1) la tendencia a señar sobre el cuerpo y la cara del niño en lugar de señar sobre el cuerpo de la madre; 2) la tendencia a producir ciertas señas en particular el nombre de los objetos sobre el objeto mismo, resaltando, de esta forma, la asociación entre la seña y el objeto, y 3) la tendencia de los padres de mover o moldear las manos del niño para producir una seña determinada (Wilbur, 1987).

Las características que han sido descritas en referencia a los intercambios comunicativos entre los padres oyentes y sus hijos sordos no concuerdan con los parámetros establecidos previamente para los padres e hijos que utilizan el mismo código lingüístico. Algunos estudios que han sido llevados a cabo sobre la interacción entre la madre oyente y su hijo sordo indican que las madres tienen mayores dificultades para establecer la alternancia comunicativa, los juegos de anticipación y la referencia conjunta. La frustración que esto produce conduce en numerosas ocasiones a disminuir las expresiones orales y los juegos de alternancia y a controlar en forma más directa la atención del niño.

Este control más directo lleva al niño a una actitud más pasiva y menos interesada en los intercambios comunicativos. Las conductas de los padres en relación a la comunicación con su hijo son menos igualitarias y espontáneas y más controladoras que las que se mantienen con los hijos oyentes. Los padres tienden a tomar la iniciativa en los intercambios y estructuran el uso de las funciones comunicativas del niño sin darle demasiadas alternativas: giran la cabeza del niño para que preste atención, colocan el objeto del que van a hablar delante de él, y formulan preguntas con solo dos alternativas de respuesta. Los contenidos de los intercambios están determinadas por el contexto presente, lo que es visible, ya que requiere de una menor complejidad

lingüística. Las dificultades para hablar sobre lo que no está presente, sobre lo que va a suceder, limita el conocimiento del niño sobre las acciones futuras y limita sus posibilidades de planificar (Marchesi, 1987).

El hecho de que los intercambios con niños sordos estén acotados dentro de este marco comunicativo, refleja aspectos desfavorables sobre los sentimientos de los padres en relación a la comunicación con su hijo.

Schlesinger (en Sacks, 1991) califica a estos padres como "impotentes" en referencia al intercambio con su hijo. Según este autor, los padres impotentes se sienten pasivos y dominados por la falta, y eso los lleva a ejercer un control excesivo sobre sus hijos; monologan **para** ellos en lugar de dialogar **con** ellos.

A partir de las consideraciones que han sido expuestas en este trabajo surge la necesidad de examinar en forma conjunta todos los aspectos que conforman al niño sordo para elaborar una estructura de intervención coherente.

Proponemos, en primer lugar, informar y asesorar a los padres del bebé sordo en cuanto a las posibilidades reales de comunicación con su hijo. El profesional interviniente debe ofrecerle, a partir de la información, un lugar de participación, reflexión, decisión y detección que contemple el deseo y la disposición de los padres frente a su hijo.

En segundo lugar, es indispensable la intervención de un adulto sordo, modelo lingüístico, cultural y social que ofrezca a ese niño sordo el marco de interacción y contacto con las reglas que lo organicen social y lingüísticamente.

El papel del adulto sordo es doble: con el niño, como medio de acceso a la información del mundo exterior y con los padres, la posibilidad de que al interactuar y conocer los padres adultos sordos, sean capaces de imaginar y proyectar un futuro para sus hijos y dejen de lado las fantasías muchas veces aterradoras acerca de lo que significa la sordera.

No se trata de evitar o desconocer la diferencia, sino de controlar la disrupción que ella produce, y la fractura (disrupción), como ya hemos señalado, se encuentra en relación con la desinformación, con el desconocimiento.

Para que los intercambios sean beneficiosos para los padres y su hijo, es imperioso que ambas partes encuentren satisfacción en la comunicación, que se comprendan mutuamente, y que sean competentes en el mismo código lingüístico (la lengua de señas, en este caso). Es así como aumentan las posibilidades de una comunicación fluida y de una conversación satisfactoria (Marchesi, 1987).

Se trata de que no sea la madre la que le habla a su hijo, sino que le ofrezca un lugar en el diálogo, un espacio para preguntar, para criticar, para dudar, para quejarse, para sentir el deseo de comunicarse, para pensar en el pasado y proyectarse en el futuro.

Conclusión

Hemos intentado establecer un punto de encuentro entre la mirada médico-clínica de los sordos y sus posibilidades de desarrollo integral. Los objetivos de la detección temprana y la prevención de la sordera deben ser reformuladas en base al significado y la importancia que tienen los primeros momentos en la comunicación de una madre con su hijo.

La mirada médica no debe implicar solo una intervención reparadora. Detectar tempranamente a un bebé sirve para prevenir trastornos en la interacción especialmente con su madre, derivados de la falsa expectativa que muchos padres poseen acerca de las posibilidades que su hijo tendrá para adquirir la lengua oral y para mejorar su audición.

La nueva perspectiva médica diagnóstica a un bebé sordo e informa a sus padres acerca de sus capacidades e incapacidades. Trabaja con la información para alejar los demonios. Previene las consecuencias de la sordera en el niño y en su familia.

La estimulación temprana es recomendada teniendo en cuenta que las dificultades en la comunicación madre oyente - bebé sordo son generadas en muchos casos por la desinformación acerca de esta situación.

¿Qué alternativa es posible plantear a partir de la información que tenemos?

En la intervención temprana con niños sordos planteamos un tipo de actuación en dos niveles diferenciados y paralelos.

Por un lado, hemos postulado algunas evidencias que demuestran que el lugar en el que se coloque la madre en relación a la diferencia marca el desarrollo comunicativo y lingüístico de su hijo sordo.

Por otro lado, para que el niño sordo alcance un desarrollo integral necesita no solo el deseo de la madre por comunicarse, sino también que lo haga a través de una vía de comunicación accesible para él, que le proporcione los medios para interpretar el mundo, independientemente de la comunicación con ella.

El tipo de intervención propuesto sugiere usar la información para acortar la distancia entre lo conocido y lo diferente, controlando de esta forma la disrupción que ocasiona la llegada de un bebé distinto.

Silvana Veinberg - Enrique Silinger (*)

Bibliografía

Bruner, J. (1995). El habla del niño. Buenos Aires: Paidós.

Coriat, L y Jerusalinsky, A. (1981). Definición de estimulación temprana. Cuadernos del desarrollo infantil, N° 2. Fundamentos de la estimulación temprana. Ediciones Centro Dra. Lydia Coriat.

Fiondella, A.M. (1981) Estimulación temprana en el bebé ciego. Cuadernos del desarrollo infantil. El lactante con problemas. Ediciones Centro Dra. Lydia Coriat.

Giuliani, N. y Baralo, F. (1993). Reflexiones sobre la adquisición del lenguaje. Escritos de la Infancia, Nº 1. Ediciones FEPI.

Heiling, K. (1995). The Development of Deaf Children. Academic achievement Levels and Social Processes. Hamburg: Signum-Verlag.

Jerusalinsky, A. (1993) Hablar un niño. Escritos de la Infancia, Nº 1. Ediciones FEPI.

Marchesi, A. (1987) El desarrollo cognitivo y lingüístico de los niños sordos. Madrid: Alianza

Paez, S. (1981) Estimulación temprana en niños discapacitados auditivos. Cuadernos del desarrollo infantil. El lactante con problemas. Ediciones Centro Dra. Lydia Coriat.

Peaguda, S. (1993) La estimulación temprana y sus paradojas. Escritos de la Infancia, Nº 1. Ediciones FEPI.

Sacks, O. (1991). Viendo voces. Madrid: Muchnik

Schiappino, S. y Yanov, M. (1998). ¿Qué es la estimulación temprana? Educación inicial Schick, B. (1998). Language Development Home Page. <http://stripe.Colorado.EDU/-schick>.

Silinger, E. (1997). "Pediatria y Discapacidad". 1ª Jornada de Intercambio y Reflexión sobre Avances en Discapacidad. 5ta Reunión del Comité Nacional de Discapacidad. Sociedad Argentina de Pediatría, Vaquerías, Valle Hermoso, Córdoba.

Skliar, C. (1997). Bilingüismo y Biculturalismo: un análisis sobre las narrativas tradicionales en la educación de los sordos. Trabajo presentado en la Asociación Nacional de Investigadores de posgraduación en Educación. Caxambú, Minas Gerais, Brasil.

Wilbur, R. (1987). American Sign Language. Linguistic and Applied Dimensions. Second Edition. Boston: Little, Brown and Company (Inc.).

Yanov, M. (1992). El silencio de los inocentes. Más allá de la discapacidad.

(*) Comunicación presentada en el I Congreso Iberoamericano de Educación Bilingüe para Sordos, Lisboa, Portugal, Julio de 1998.