



LOS PADRES ANTE LA SORDERA DEL HIJO: REPERCUSIONES PSICOLÓGICAS

L. FORTICH MORELL

Instituto Valenciano de Audiofonología. Servicio Psicopedagógico Escolar (Valencia)

Resumen

La extraordinaria importancia de los padres como primer ambiente del niño y su papel preponderante en las primeras adquisiciones del hijo cobran un especial interés al diagnosticarse en éste una sordera profunda. De aquí la conveniencia de analizar los distintos aspectos relacionados con la información del diagnóstico, las reacciones de los padres y la necesidad de un afrontar positivamente este hecho de un modo constructivo.

Abstract

The enormous importance of the parents as the child's first ambiente and their primary role in the child's first acquisitions are of special interest when severe infant deafness is diagnosed. This is then followed up by an analysis of the different aspects related to the information of the diagnosis, the reaction of the parents and the necessity of facing up to it positively in a constructive way.

Introducción

La influencia del entorno familiar en el niño y especialmente la importancia de los padres en las adquisiciones propias de la primera infancia, como el lenguaje, control de esfínteres, formación de hábitos, actitudes, etc., tienen una larga tradición en Psicología por tratarse del primer ambiente del niño, hasta ampliarse posteriormente en la etapa escolar o preescolar.

El reconocimiento de esta legítima importancia ha supuesto desde considerar a los padres como alternativa terapéutica en Modificación de Conducta (Polaíno-Lorente y Cerezo, 1984), hasta atribuirles el papel preponderante en la Estimulación Precoz o Educación Temprana de los hijos que presentan determinado déficit.

En el caso del niño sordo profundo prelocutivo, esa intervención por parte de los padres es propuesta ya en 1680 por George Dalgarno, quien entiende que la adquisición del lenguaje por parte del niño privado de audición debe realizarse del mismo modo que lo hace el niño oyente, facilitando la madre este proceso mediante el deletreo de cada pala-

bra, ayudándose de la dactilología y comenzando desde el nacimiento del niño (Savage, R. D., y otros 1981).

Sin embargo, con Estimulación Precoz y sin ella, hay un factor previo que no debe ser pasado por alto por cuantos profesionales tratan con niños sordos y, especialmente, por parte de los psicólogos. Se trata de entender que el primer problema, diagnosticada la sordera, no reside en quien la padece a nivel orgánico, sino en el estado psicológico de los padres que tienen que enfrentarse a una realidad siempre difícil de aceptar.

La comprensión de lo que supone una sordera profunda, su irreversibilidad y sus consecuencias en el propio hijo y a nivel familiar exigen un especial cuidado y una sólida formación por parte del profesional que debe informar a los padres. Pero sólo así se puede conseguir evitar las falsas esperanzas, la aceptación real del déficit y de sus implicaciones y el enfrentarse positivamente a la tarea reeducadora como única terapia válida.

En esta revisión tratamos de poner de manifiesto los distintos aspectos relacionados con esa primera información del déficit auditivo y de los efectos psicológicos que pueden derivarse en los padres.

De las sospechas a la confirmación del déficit

Si bien las deficiencias de grado leve o moderado en relación con la audición, la visión o incluso con la inteligencia, son detectadas más tardíamente en general y no siempre en el ámbito familiar, en el caso de la sordera profunda y temprana suelen ser los padres o familiares más allegados al niño, los primeros en advertir que algo no funciona bien: no responde a los estímulos sonoros, no se despierta ante un ruido intenso e inesperado, parece estar siempre demasiado distraído o se retrasa excesivamente la aparición espontánea de las primeras manifestaciones del habla.

Si no hay antecedentes familiares de sordera, es muy posible que los padres ni siquiera sospechen, en principio, que puede tratarse de una deficiencia auditiva. Y también es posible, sin antecedentes y aun con ellos, que rechacen de antemano esa posibilidad tratando de no enfrentarse a ella.

Lógicamente, no será el psicólogo el primero en confirmar el diagnóstico de una lesión irreversible en el caso de una sordera profunda. Sin embargo, antes o después se encontrará con esos padres y su hijo o hija sordos y en más de una ocasión le dirán el efecto que les produjo conocer esa realidad, en principio siempre inaceptable, y lo que aún es peor, la forma como se la dieron a conocer. Independientemente del tiempo transcurrido y cualquiera que sea ya la edad del hijo o hija, ese momento sigue estando presente en el recuerdo de los padres y lo está de forma dolorosa.

De ahí que siendo el clínico especialista, otorrino o audiólogo, el primero en diagnosticar el daño auditivo y quien debe informar a los padres, sean los propios audiólogos los que se hayan preocupado, junto con psiquiatras y psicólogos, de cómo deben informar y de qué consecuencias se derivan de esta información, así como la forma de enfrentarse los padres a ese hecho.

Northern y Downs (1974), profesores del Departamento de O.R.L. y Audiología de la Universidad de Denver, consideran que quizá no exista forma de mitigar el shock de saber que un hijo carece de audición, por lo que se impone una actitud de simpatía y comprensión hacia los padres. Igualmente, donde sea posible, dicen, «deben organizarse grupos de padres, aconsejados por psicólogos cualificados, para proporcionar apoyo y guía permanente... El audiólogo ha de ser consciente de sus limitaciones en cuanto a proporcionar psicoterapia a los padres que necesitan aliento en sus esfuerzos» (trad. 1981, pág. 171).

A continuación, los autores citados resumen la responsabilidad expresa del audiólogo en sus relaciones con la familia:

— Explicación completa de lo que es un audiograma, pérdida auditiva del niño y lo que podrá oír y no oír.

— Descripción del tipo de pérdida y las posibilidades de tratamiento médico.

— Descripción detallada de los programas educativos posibles para su hijo, poniéndolos en contacto con los servicios de información correspondientes.

— Apoyo psicológico.

El hecho de que dos clínicos como Jerry L. Northern y Marion P. Downs aconsejen a sus colegas lo que deben hacer en estos casos, de alguna forma indica que no siempre se hace. Lo mismo se puede decir con respecto a nuestro país. Y, no obstante, esa primera relación, clínico-familia, es de una importancia capital, pues de ella puede depender la comprensión y aceptación del problema, requisito imprescindible para afrontar con realidad la necesaria rehabilitación del niño. Por otra parte, tampoco hay que olvidar que, desde el punto de vista psicológico, está en juego la salud mental de los padres y, como consecuencia, la del hijo.

Ello ha supuesto que tales relaciones entre clínico y los padres hayan sido estudiadas en detalle, según informan Northern y Downs (1974), por el psiquiatra Brian Hersch y la profesora de niños sordos Carol Amon, desde la experiencia de un programa de rehabilitación auditiva realizado en la Universidad de Denver, a la que pertenecen todos ellos.

Hersch y Amon (1973) indican que, «después de escuchar a muchos padres relatar sus experiencias y frustraciones, comenzamos a comprender que el acto de informar del diagnóstico no sólo tuvo mucha importancia, sino que, en muchos casos, fue el principio de un proceso que abarcaría la rehabilitación y educación del menor y también la participación, que es fundamental, de la familia. Este proceso puede favorecerse y enriquecerse, o ser desbaratado y trabado, según las relaciones interpersonales en el conducto inicial». (En Northern y Downs, trad. 1981, pág. 172).

Igualmente, son citados Beck (1959) y Meadow (1968b), quienes señalan que la familia es mucho más receptiva para escuchar e integrar información dolorosa cuando proviene de personas que se interesan y se muestran sensibles.

Hersch y Amon recomiendan, por parte del clínico, presentar a los padres los hechos de la forma más clara posible, con autoridad pero en un lenguaje que puedan entender. También debe admitir, si es el caso, cualquier falta de información o conocimientos que aún pueda tener en ese momento sobre cualquier aspecto del problema o de su pronóstico.

Y no sólo debe cuidar lo que dice y de qué forma lo dice, sino que también debe saber escuchar y dejar que los padres se desahoguen, debiendo estar presentes ambos progenitores en la discusión del diagnóstico.

Lejos de entenderse como un aspecto secundario, el tiempo dedicado a la comunicación del diagnóstico es esencial. Una queja generalizada en muchos padres se refiere, precisamente, a esa falta de atención por parte del clínico cuando les anunciaron la deficiencia auditiva del hijo como de pasada y con prisas. De ahí, que Hersch y Amon (1973) consideren necesario, como mínimo, dedicar unos 45 minu-

tos a ese informe inicial y, de no ser posible o no estar presentes ambos cónyuges, concertar una segunda entrevista dentro de las 24 horas siguientes.

Una comunicación del diagnóstico inicial positiva y afectuosa no sólo dependerá de los conocimientos del especialista, de su tacto con los sentimientos ajenos y de emplear el tiempo que sea necesario, sino también del estado de ánimo general que se establezca en dicha comunicación. Mindel y Vernon (1971) señalan que si no se mantiene un adecuado estado emocional en la familia, a la larga, los resultados de cuanto se haga con el niño en los aspectos recuperativos dejarán mucho que desear.

Por nuestra parte hay que decir que, si bien esta serie de recomendaciones va dirigida directamente al clínico, responsable del primer diagnóstico audiológico en el que se confirma una pérdida auditiva grave, la propia experiencia en el trato con padres de niños sordos desde nuestro Servicio Psicopedagógico Escolar del Instituto Valenciano de Audiología hace que con frecuencia sea el psicólogo quien tenga que poner en práctica muchas de esas recomendaciones, dada la falta de información que las familias presentan acerca de los audiogramas, de los restos auditivos, del alcance de éstos, de las posibilidades del audífono, de los prejuicios hacia el lenguaje gestual, de las metas educativas a las que puede llegar el niño en su escolarización... Y sobre todo es en el psicólogo donde esperan ver la mayor comprensión de «su» problema y ante quien pueden desahogar sus sentimientos con mayor facilidad. Sentimientos de dolor, de frustración, de impotencia, de culpabilidad, de agresividad desplazada... De ahí que el psicólogo necesite una formación lo más amplia y actualizada posible en relación con la sordera y respecto de las distintas materias implicadas en ella. Y de ahí también que la mayoría de entrevistas con los padres, de este tipo, supere con creces la hora de duración.

Muy posiblemente, la práctica médica tropieza casi a diario con padres un tanto ansiosos, preocupados por la salud del hijo más allá de lo «normal». Sin embargo, teniendo en cuenta las dificultades de un primer diagnóstico fiable y un cierto hábito por restar importancia a determinadas preocupaciones de la familia, no es de extrañar la afirmación de Schlesinger (1969) de que casi siempre el médico, consultado en los primeros tiempos de duda, niega la posibilidad de sordera y no encuentra nada anormal.

Para Altshuler (1974), quien recoge la cita anterior, cuando por fin es confirmado el diagnóstico, los padres ya se encuentran con anterioridad ansiosos y desconcertados. Tal confirmación sólo hace que aún se sientan peor. Según este conocido psiquiatra de Nueva York, especializado en el campo de la sordera, «el médico, desorientado por su deseo de ayudar, a menudo ignorante de lo que representa el déficit, e incómodo frente a su propia inseguridad, ofrece a veces un consejo tranquilizador que es más una expresión de deseos que real: "Se pueden lograr maravillas con un audífono", o "el niño llegará a ser igual que ustedes o yo". Con frecuencia, no re-

suelve el problema de la etiología, dejando abierto el interrogante de quién es responsable de ello» (trad. 1977, pág. 57).

Reacciones de los padres

McCay Vernon (1974a), profesor de Psicología del Western Maryland College y editor de «American Annals of the Deaf», revista especializada fundada en 1847, analiza una serie de aspectos psicológicos en el diagnóstico de la sordera, señalando en primer lugar la comprobación de que los padres de un niño sordo suelen tener sentimientos de hostilidad para con el médico y otros profesionales que han diagnosticado la sordera del hijo (Heferman, 1955; Mindel y Vernon, 1972). Parte de esa hostilidad surge de la frustración de los padres ante la minusvalía del hijo. Otro tanto es resultado de la tendencia a pensar que el médico está para curar y echarle la culpa por su incapacidad para realizar una cura milagrosa.

Para Vernon (1974a), la psicodinámica de los padres en el momento en que descubren la sordera del hijo «es de consecuencias vitales, a menudo permanentes, para la familia y el niño. En este momento traumatizante, el consejo constructivo del médico podrá evitar un daño psicológico irreversible y las reacciones inadecuadas de la familia, que pueden ser más perjudiciales para el niño que la misma sordera» (trad. 1977, pág. 69).

Vernon pone el punto de partida de los posibles conflictos futuros en la misma época ya del embarazo, en la que se da una serie de sentimientos ambivalentes en forma de grandes expectativas y esperanzas por un lado, y de rechazo ante una situación no siempre esperada, de nuevas responsabilidades, de cuidados y precauciones, por otro, y no pocas veces, de echarse la culpa uno a otro progenitor por haber permitido la concepción. Tales sentimientos pueden aflorar después, al diagnosticarse la sordera, en forma de reproche, de negación o de culpabilidad.

La forma de enfrentarse los padres ante una discapacidad irreversible ha sido estudiada con cierta amplitud en trabajos como los de Hamburg (1953) sobre niños con leucemia, Cholden (1958) sobre la ceguera, Grinker (1969) sobre la sordera, o Siller (1969) respecto de las deficiencias a nivel espinal, pudiéndose establecer varios principios generales fundamentales:

Uno de estos principios consiste en el hecho de que el enfrentamiento positivo y efectivo ante una deficiencia irreversible sólo comienza cuando tanto el paciente como la familia tienen una comprensión total de su irreversibilidad y de sus consecuencias. Mientras no se dé esa aceptación, difícilmente se pondrán los medios necesarios para la adecuada rehabilitación.

Igualmente, no está de más añadir, en el caso que nos ocupa, que, junto con la aceptación de la sordera y de sus consecuencias, debe aceptarse del mismo modo al propio hijo tal y como es y no como se hubiera querido que fuese. El niño, en efecto, es

sordo y debe ser aceptado con su deficiencia auditiva, sin que ello signifique llevar esta situación al extremo opuesto e interpretar esa sordera como una especie de incapacidad total, negando o anulando todas las potencialidades del niño.

Otro de estos principios generales se refiere a ciertos mecanismos de defensa como es la negación inicial, por parte de los padres, del defecto o de sus implicaciones. Los estudios citados de Hamburg (1953) y Cholden (1958) muestran que la negación es un mecanismo normal para hacer frente a una situación insoportable, por lo que el ser humano se protege inicialmente en un momento de trauma. Como señala Vernon (1974a), el problema surge cuando esa negación se convierte en crónica, lo que hace que adopte un carácter patológico e impida la adaptación constructiva a la discapacidad.

El mismo Vernon indica otro problema que aparece en segundo término y al que se refiere como el período de aflicción de los padres, entendido como un dolor reprimido, no exteriorizado, que convive indefinidamente con los padres y con la persona sorda. De ahí que lleguen con frecuencia al llanto cuando hablan de la sordera del hijo, incluso ya adulto, por esa pena reprimida y crónica que nunca fue elaborada psicológicamente.

Todos estos aspectos debe tenerlos presentes el profesional que trata con padres de niños sordos, y especialmente el psicólogo. A ellos hay que añadir, a medida que va creciendo el hijo, su falta de comunicación o su silencio. Para Altshuler (1974) ese silencio del hijo puede convertir a éste en una pantalla sobre la cual proyectar una neurosis familiar. Igualmente, Vernon (1974a) entiende el deterioro de la comunicación familiar como una de las tensiones más severas.

Es posible que, fuera del ámbito de la psiquiatría y de la psicología, todos estos aspectos puedan parecer un tanto exagerados y patológicos. Se pretende partir de la base de que la mayoría de las familias son normales. En cambio, «para un psiquiatra la familia es, ante todo, una red de tensiones familiares» y «se da por sentado que una definición de "normal" no existe, ni es posible» (Claramunt, 1978, págs. II y III). También Altshuler (1974) dice en otro momento que, a pesar de todo, «no deja de parecernos milagro que la mayoría de los niños sordos resulten neuróticos normales como el resto de nosotros» (trad. 1977, pág. 60).

En efecto, tales afirmaciones provienen de dos psiquiatras. Sin embargo, en marzo de 1973 se celebró en Williamsburg (Virginia) el VI Foro Nacional del Consejo de Organizaciones al Servicio del Sordo con el tema «El niño sordo y su familia» (Lloyd, 1973), cuyas actas fueron analizadas por Eguiluz (1978), para quien lo más destacable fue la gran aportación de los propios sordos hablando de sus experiencias en el seno de sus familias. En este Foro Nacional salió a relucir la complicada problemática que provoca la sordera en el seno familiar y se habló de angustias, frustraciones, desorientación, dificultades económicas y cambios de residencia

por falta de centros adecuados próximos, entre otras cosas...

Algunas manifestaciones de la negación

Una reacción característica de los padres ante el diagnóstico inicial de sordera del niño y bastante próxima a esos sentimientos de hostilidad ya mencionados, consiste en no fiarse de ese resultado ni del clínico que lo emitió, hasta encontrar esperanzadamente el especialista idóneo que diagnostique audición normal o proponga una solución quirúrgica que elimine la discapacidad. Por desgracia, la cirugía no llega más allá del oído medio, por lo que si la sordera es de oído interno, o de percepción, tal especialista idóneo no existe.

Este modo de reaccionar es perfectamente comprensible. Pero también, cuando se trata de una interminable lista de médicos visitados, supone una lastimosa pérdida de tiempo —y de dinero— con el telón de fondo de la negación.

La no aceptación de una deficiencia grave puede adoptar formas muy diversas, independientemente de la edad del hijo.

Una de las formas se refiere a la propia denominación de la deficiencia, siempre dolorosa, y que con el paso del tiempo cada término empleado va adquiriendo una connotación peyorativa que es necesario sustituir. Así, en la deficiencia mental, es bien conocida la evolución de los términos «imbécil» e «idiot», según la clasificación de Terman, y que forman parte del repertorio de los insultos, pasando por «oligofrénico», «anormal», «subnormal», «retrasado o deficiente mental». Ello hace que se busquen cada vez palabras más eufónicas, menos hirientes y más cariñosas como, p. ej., «niños diferentes», hasta que el uso generalizado, aplicado a determinados niños con esta deficiencia, vuelva a convertir el término en peyorativo y tenga que ser reemplazado por otro, en principio, más aséptico.

Algo parecido ocurre en el caso de la deficiencia auditiva. Debido a que el primer síntoma apreciable en el sordo prelocutivo es la mudez, durante siglos se les aplicó el nombre genérico de «mudos», lo que no es de extrañar habida cuenta que en la Antigüedad Clásica no se relacionó dicha mudez con la falta de audición. Por otra parte, como no todos los mudos lo son a causa de la sordera, también se hablará durante siglos de «sordos y mudos». A partir del siglo XVI, cuando comienza la educación de los sordos con el benedictino español Pedro Ponce de León (+ 1584) y se generaliza en toda Europa después, consiguiéndose la desmutización, incluso se hablará de «surdus loquens», según reza el libro de J. C. Amman de 1692 (en Quirós y Gueler, 1973), es decir, «sordos que hablan» o «sordos parlantes». A finales del siglo XVIII, Lorenzo Hervás y Panduro en su *Escuela Española de Sordomudos*, de 1795, deja acuñado el término «sordomudo».

Dicho término ha llegado hasta nuestros días, aunque es ampliamente rechazado no sólo por la

mayoría de los padres, sino también por parte de los especialistas, considerándose caduco e inexacto. Pero como la realidad está ahí y hay que ponerle nombre a las cosas siguiendo una tradición empezada ya por el mismo Adán, se sustituye por términos como «sordo», «hipoacúsico», «deficiente auditivo», «discapacitado auditivo», etc.

El principal problema que plantean estos términos usados como sustitutos de «sordomudo» o «sordomudez» es la falta de precisión a la que pueden llegar si no se acompañan de otros términos, p. ej. «deficiente auditivo profundo y prelocutivo», lo que supone utilizar cuatro vocablos en lugar de uno. El término «sordo» suele indicar una pérdida más grave que el de «hipoacúsico», por lo que no serían equivalentes. Por otra parte, cualquier persona con deficiencia auditiva profunda se considera sorda, aunque dicha pérdida puede ser desde el nacimiento o anterior a la adquisición del habla (sordomudo o sordo prelocutivo en ambos casos), posterior a la adquisición del habla (sordos postlocutivos), por trauma acústico o por simple envejecimiento (presbiacusia), lo cual, desde el punto de vista educativo y más aún psicológico, presenta en cada caso unas consecuencias distintas. En defensa de esa precisión es por lo que Perelló (1978) sigue manteniendo los términos «sordomudo» y «sordomudez», bien entendido que el niño sordo prelocutivo «no es mudo, pero lo está y este estar es lo que indica el nombre de sordomudez» (pág. 2).

Cuando el rechazo de este término, por parte de algunos padres, es excesivamente emocional, cabe la sospecha de que detrás de ese rechazo haya algo más que una simple cuestión de términos y no esté debidamente asumida la sordera del hijo.

Una tema ampliamente discutido y que desde los orígenes de la Sordomudística ha supuesto una larga y encendida polémica, todavía no apagada ni superada en nuestros días, se refiere a la inclusión o no del lenguaje de signos o gestual en la metodología reeducativa de los sordos. Una controversia que en los Estados Unidos ha sido calificada como la Guerra de los Cien Años (Brill, 1974) tomando como fecha de referencia el año 1880, en el que se celebró el Congreso de Milán, y que consideró en sus conclusiones que «el uso simultáneo de la palabra y de los gestos mímicos tiene el inconveniente de perjudicar a la palabra, a la lectura labial y a la precisión de las ideas» (Barberá, 1895, pág. 194).

Este tema del lenguaje de signos ha sido ya objeto de un amplio trabajo en castellano debido a A. Marchesi (1981a). Por el momento, bastaría señalar que se trata del lenguaje que los sordos de todo el mundo consideran como propio y que desde los años setenta está despertando un enorme interés por parte de diversos especialistas, algunos de los cuales abogan, precisamente, por la simultaneidad de ambos tipos de lenguaje, oral y gestual o bimodalidad de la comunicación, según Schlesinger (1978), como el procedimiento más eficaz para la adquisición y desarrollo del lenguaje en el niño sordo, desde las primeras etapas de la vida y como refutación total de la segunda conclusión del Congre-

so de Milán antes mencionada, insostenible desde los puntos de vista neurológico, lingüístico, pedagógico o psicológico.

A diferencia de otras discapacidades, la sordera puede pasar inadvertida para los demás por no ser visible. En cambio, si resulta fácilmente distinguible el lenguaje de signos, identificado rápidamente como sordo a quien lo usa. El rechazo de este lenguaje, igualmente emocional, de muchos padres en contra de su utilización por parte del hijo, se justifica en razones de tipo lingüístico, se basa en cuantos prejuicios existen todavía sobre dicho lenguaje y sus «contraindicaciones» y, una vez más, puede estar en la base de disimular una sordera todavía no asumida ni aceptada.

En estrecha relación con ese rechazo total del lenguaje gestual, se encuentra también la negación a ultranza de los colegios específicos de niños sordos, considerados desde este punto de vista, como auténticos ghettos, marginadores, arcaicos, obsoletos y necesariamente a extinguir por cuanto aíslan al niño de la sociedad en la que tiene que vivir y sólo le enseñan a ser más sordo aún de lo que es.

Como contrapartida, surge la integración escolar del niño en escuelas ordinarias, donde convive con niños oyentes; donde no aprende el lenguaje gestual; donde se esfuerza por comprender y expresarse en lenguaje oral y donde, necesariamente, debe contar con los apoyos psicopedagógicos apropiados a sus dificultades. Ello supone el no rotundo al Colegio especializado y puede suponer la aceptación de la integración por sí misma y no por ser lo más adecuado en ese niño concreto.

Llegados a este punto, se imponen dos consideraciones. Una es que las distintas manifestaciones contrarias al término «sordomudo», al lenguaje gestual o al colegio de sordos, no son exclusivas de los padres, sino que son defendidas y postuladas por muchos profesionales desde sus respectivas áreas de influencia. Lo cual proporciona a los padres las razones científicas para distinguir entre lo mejor y lo peor para su propio hijo. Lógicamente, la opinión puede ser la misma, pero las motivaciones suelen ser distintas.

La segunda consideración es que difícilmente se puede hablar de los sordos como un grupo homogéneo, en el que el rasgo definitorio es la pérdida de audición. Todo lo contrario, la heterogeneidad como grupo viene impuesta por una serie de diferencias interindividuales (Conrad, 1979, entre otros) como el grado de pérdida auditiva, la edad de aparición, el tipo de pérdida, la etiología, el inicio de la reeducación, la adaptación a la prótesis auditiva, el grado de inteligencia, el nivel de comunicación, la colaboración familiar, el estatus sociocultural y económico de los padres o el hecho de que éstos sean oyentes o sordos. Como dice Marchesi (1981b): «no tener en cuenta dichas diferencias puede conducir a generalizaciones abusivas e incorrectas» (pág. 955).

En efecto, tener en cuenta estas diferencias supone partir de la base de un diagnóstico interdisciplinar lo más amplio posible, periódicamente contrastado con sucesivas evaluaciones, en el que se refle-

jen los distintos factores señalados en orden a la adecuada intervención, orientación y asesoramiento de cada niño concreto con sus peculiaridades individuales.

Perder de vista este aspecto sólo sirve para caer en la simplificación del problema, alimentar discusiones inútiles, perder un tiempo precioso en la evolución del niño y no beneficiarle en absoluto. Unos y otros pueden tener razón en cada caso concreto, y lo que es perfectamente aconsejable y válido para un niño puede no serlo en absoluto para otro en función de esas diferencias.

Las consecuencias psicológicas de la sordera hacen de la persona sin audición algo más complejo que la simple falta de oído como característica fundamental. De ahí la necesidad del psicólogo de no olvidar la frase de Myklebust (1964): «La opinión, según la cual el sordo, excepción hecha de su sordera, es exactamente igual que cualquier otro, no parece el punto de partida adecuado para el progreso de los estudios de la psicología de la sordera» (trad. 1975, pág. 72).

Consideraciones finales

Se podría hablar mucho más, por supuesto, de los padres y de sus relaciones con el hijo sordo, de cómo entienden o no acaban de entender esta sordera en toda su complejidad o de cómo son las relaciones con ese hijo o hija dentro de la psicodinámica familiar. Frente a estas manifestaciones que deján traslucir un cierto rechazo o no aceptación de la sordera, o del propio hijo con menos frecuencia, está también el efecto contrario de la sobreprotección, en muchos casos sobre la misma base del rechazo más o menos consciente, y con unas consecuencias igualmente negativas para el desarrollo psíquico del niño por cuanto refuerza la inmadurez, la dependencia y el aislamiento.

No obstante, aún cabe hablar de un tipo concreto de padres y de los resultados obtenidos con sus hijos. Se trata de los padres sordos de hijos sordos. Aunque se calcula en un 10 por 100 los sujetos en los que ambos progenitores son sordos (Altshuler, 1974), este grupo ha sido objeto de numerosos estudios comparativos, destacando mayores ventajas en los distintos aspectos, frente a los sordos hijos de padres oyentes.

Las consecuencias del descubrimiento de la sordera en el hijo no son iguales para unos y otros padres. Las tensiones familiares tampoco. Y las posibilidades de comunicación a nivel familiar hacen que en el caso de los padres sordos existan desde el principio y que en el otro caso se retrasen considerablemente y sean limitadas. El niño sordo hijo de padres sordos, nace y crece entre iguales y desarrolla el lenguaje de signos como lo pueda hacer el niño oyente, lo que le posibilita participar en todas las conversaciones familiares, manifestar sus sentimientos y deseos y sentirse uno más en el seno familiar. Tampoco es distinto el caso del niño oyente

hijo de padres sordos, en cuanto a comunicación e integración familiar (Vernon, 1974b).

De ahí que la interpretación de los padres sordos de la sordera de sus hijos, el ambiente familiar emocional y afectivo de éstos y su acceso temprano a la comunicación, estén en la base de los resultados obtenidos en los múltiples estudios comparativos con los niños sordos hijos de oyentes, en los que aparecen, por parte de los hijos de sordos, mejor adaptación personal y social; mejores resultados académicos; mayor facilidad para el lenguaje escrito; mayor grado de identificación respecto del rol sexual, etc. (Brill, 1960; Rainer y cols., 1969; Stevenson, 1964; Stuckless y Birck, 1966; Quigley, 1966; Meadow, 1967; Schlesinger, 1969; Schlesinger y Meadow, 1971 y 1972; Quigley y Frisina, 1961; Meadow, 1968a; Vernon y Koh, 1970; Conrad, 1979). Todo lo cual invita a pensar en la extraordinaria importancia de las relaciones paterno-filiales, en este caso en que el hijo es sordo, así como de la aceptación de esa sordera y todas sus implicaciones.

M. Siguán (1980) señala que el modo como el deficiente, en general, se comunica con los demás es el resultado, por una parte, de su actitud ante la propia deficiencia y, por otra, que esta actitud es el resultado de las relaciones que ha sostenido con los demás y de la actitud de los demás ante él. El punto a destacar aquí es que para el deficiente, «al comienzo de su evolución, los demás son en primer lugar sus padres... la actitud de los padres ante el hándicap del hijo influirá decisivamente en la actitud que el hijo adoptará ante su limitación. El rechazo más o menos disimulado aumentará el déficit del hijo y la conciencia que éste tiene de su defecto» (pág. 1091).

En consecuencia, el aprovechamiento temprano de las potencialidades del niño en plena maduración, exige la intervención tan pronto como sea posible. Ello supone que, cronológicamente y en los aspectos de información, orientación y asesoramiento, los padres ocupan el primer lugar.

En esta cuenta atrás inmediatamente anterior a la intervención especializada del niño, el momento cero, como diagnóstico de la sordera, requiere toda la atención dirigida hacia los padres de quienes depende, fundamentalmente, el desarrollo emocional del hijo y de la familia, la plena integración del niño en el seno familiar y social y el asentamiento de las bases adecuadas para la necesaria reeducación, previa la aceptación de la sordera y su enfrentamiento a ella de modo realmente positivo.

Referencias

- Altshuler, K. Z. (1974): Evolución social y psicológica del niño sordo: problemas y tratamiento». En P. J. Fine (ed.): *Deafness in Infancy and Early Childhood*, Baltimore, Williams and Wilkins. Trad.: *La sordera en la primera y segunda infancia*, Buenos Aires, Panamericana, 1977.

- Amman, J. C. (1692): *Surdus loquens*, Amsterdam, J. Wolters.
- Barberá, F. (1895): *La enseñanza del sordomudo por el método oral puro*, Valencia, Imp. de Manuel Alufre.
- Beck, H. L. (1959): Counseling parents of retarded children, *Children*, 6, 225-230.
- Brill, R. G. (1960): A study in the adjustment of three groups of deaf children, *Except. Child*, 26, 464.
- Brill, R. G. (1974): La Comunicación Total como base de la educación del niño sordo. En P. J. Fine (ed.): *Deafness in Infancy and Early Childhood*, Baltimore, Williams and Wilkins. Trad.: *La sordera en la primera y segunda infancia*, Buenos Aires, Panamericana, 1977.
- Claramunt, F. (1978): Psicología, higiene mental y ámbito familiar, *P.R.O.A.S.*, 42, I-XVI, Separata.
- Conrad, R. (1979): *The Deaf Schoolchild. Language and Cognitive Function*, London, Harper and Row.
- Cholden, L. S. (1958): *A Psychiatrist Works with Blindness*, New York, American Foundation for the Blind.
- Dalgarno, G. (1680): *Didascalocophus: or, The Deaf and Dumb Man's Tutor*, Oxford, Timothy Hahton.
- Eguiluz, A. (1978): El niño sordo y su familia, *P.R.O.A.S.*, 41, 22-23.
- Grinker, R. G. (ed.) (1969): *Psychiatric Diagnosis, Therapy, and Research on the Psychiatric Deaf*. Final Report, Grant, n.º RD-2407-S, *Social Rehabilitation Service Department*, Washington, D.C. U.S. Department of Health, Education and Welfare.
- Hamburg, D. A. (1953): *Psychological adaptive processes in lite threatening injuries*, Read before the Symposium on Stress, Walter Reed Medical Center, Washington, D.C.
- Heferman, A. (1955): A psychiatric study of fifty children referred to hospital for suspected deafness. En G. Caplan (ed.): *Emotional Problems of Childhood*, New York, Basic Books.
- Hersch, B., y Amon, C. (1973): *An Approach to Reporting the Diagnosis of Hearing Loss in Parents of a Hearing Impaired Child*, Manuscrito no publicado, University of Denver.
- Hervás y Panduro, L. (1975): *Escuela Española de Sordomudos o arte para enseñarles a escribir y hablar el idioma español*, Madrid, Fermín Villalpando.
- Lloyd, G. T. (1973): *The Deaf Child and his Family. Proceedings of National Forum VI Council of Organizations Serving the Deaf*. (Marzo, 14-16, Williamsburg, Virginia). Washington, D.C., U.S. Department of Health, Education and Welfare.
- Marchesi, A. (1981a): El lenguaje de signos, *Estudios de Psicología*, 5/6, 155-184.
- Marchesi, A. (1981b): El habla interna de los sordos profundos, *Rev. Psic. Gral. y Aplic.*, 36 (5), 955-962.
- Meadow, K. P. (1967): *The Effects of Early Manual Communication and Family Climate on the Deaf Child's Development*, Tesis Doctoral no publicada, University of California.
- Meadow, K. P. (1968a): Early manual communication in relation to the deaf child's intellectual, social and communicative functioning, *Am. Ann. Deaf*, 113, 29-41.
- Meadow, K. P. (1968b): Parental response to the medical ambiguities of congenital deafness, *J. Health Soc. Behav.*, 9, 299-309.
- Mindel, E. D., y Vernon, M. (1971): *The Grow in Silence: The Deaf Child and his Family*, Silver Spring, Md. National Association of the Deaf.
- Mindel, E. D., y Vernon, M. (1972): Ont of the shadows and the silence, *J.A.M.A.*, 220, 1127-1128.
- Myklebust, H. R. (1964): *The Psychology of Deafness*, New York, Grune and Stratton, 2.ª ed. Trad.: *Psicología del sordo*, Madrid, Magisterio Español.
- Northern, J. L., y Downs, M. P. (1974): *Hearing In Children*, Baltimore, Williams and Wilkins. Trad. *La audición en los niños*, Barcelona, Salvat, 1981.
- Perelló, J., y Tortosa, F. (1978): *Sordomudez*, 3.ª ed., Barcelona, E.C.M.
- Polaino-Lorente, A., y Cerezo, M.ª A. (1984): Algunos factores posibilitadores del desarrollo del entrenamiento de padres en Modificación de Conducta como alternativa terapéutica, *Rev. de Psic. Gral. y Aplic.*, vol. 39 (6), 1141-1162.
- Quigley, S. (1966): The problems of Communication of deaf children. En *What is Special Education?*, Proceedings International Conference, Middlesex, England, Association for Special Education.
- Quigley, S., y Frisina, D. R. (1961): Institutionalization and psychoeducational development of deaf children, *C.E.R. Research. Monograph*, A.3.
- Quirós, J. B. de, Y Gueler, F. S. (1973): *La comunicación humana y su patología*, Buenos Aires, CMIFA.
- Rainer, J. D.; Altshuler, K. Z., y Kallmann, F. J. (1969): *Family and Mental Health Problems in a Deaf Population*, 2.ª ed., Springfield, Illinois, Charles C. Thomas.
- Savage, R. D.; Evans, L., y Savage, J. F. (1981): *Psychology and Communication in Deaf Children*, Sydney, Grune and Stratton.
- Schlesinger, H. S. (1969): The deaf pre-schooler and his many faces. En G. Lloyd (ed.): *International Seminar of the Vocational Rehabilitation of Deaf Persons*, Washington, D.C., U.S. Department of Health, Education and Welfare.
- Schlesinger, H. S. (1978): The acquisition of bimodal language. En H. S. Schlesinger y L. Namir (eds.): *Sign Language of the Deaf. Psychological Linguistic and Sociological Perspectives*, New York, Academic Press.
- Schlesinger, H. S., y Meadow, K. P. (1971): *Deafness and Mental Health: A Developmental Approach*, Langley Porter Neuropsychiatric Institute, San Francisco, Social and Rehabilitation Service, Washington, D. C.
- Schlesinger, H. S., y Meadow, K. P. (1972): *Sound and Sign. Childhood Deafness and Mental Health*, Berkeley, Ca., University of California Press.
- Siguán, M. (1980): Comunicación y Handicap, *Rev. Psic. Gral. y Aplic.*, 35 (6), 1079-1092.
- Siller, J. (1969): Psychological situation of the disabled with spinal cord injuries, *Rehab. Lit.*, 30, 290-296.
- Stevenson, E. A. (1964): A study of the educational achievements of deaf parents, *The California News*, 80, 143.
- Stuckless, E. R., y Birch, J. W. (1966): The influence of early manual communication on linguistic development of deaf children, *Am. Ann. Deaf.*, 3, 452.
- Vernon, M. (1974a): Aspectos psicológicos en el diagnóstico de la sordera en el niño. En P. J. Fine (ed.): *Deafness in Infancy and Early Childhood*, Baltimore, Williams and Wilkins. Trad.: *La sordera en la primera y segunda infancia*, Buenos Aires, Panamericana, 1977.
- Vernon, M. (1974b): El efecto de la sordera de los padres en el niño oyente. En P. J. Fine (ed.): *Deafness In Infancy and Early Childhood*, Baltimore, Williams and Wilkins. Trad.: *La sordera en la primera y segunda infancia*, Buenos Aires, Panamericana, 1977.
- Vernon, M., y Koh, S. D. (1970): Effects of early manual communication on achievement of deaf children, *Am. Ann. Deaf*, 115, 527-536.