

Psicodinamia de la sordera.

Jorge Corvera,* Fabiola González*

Recepción versión modificada: 29 de abril de 1999

aceptación: 12 de mayo de 1999

Resumen

Objetivo: la hipoacusia genera conflictos psicológicos tanto para el sordo como para los miembros en su entorno. Nuestro propósito es obtener un panorama del tema basado en la bibliografía asequible.

Información: se localizaron artículos pertinentes en Medline y en revistas no listadas, disponibles en el Instituto Nacional de la Comunicación Humana y en el Hospital Juan N. Navarro de la ciudad de México. Los libros se localizaron en el Instituto Nacional de la Comunicación Humana.

Selección del material: los artículos se seleccionaron por los autores, con base a su aparente consistencia interna y su relación con el propósito de la revisión. Se pudo constatar la existencia generalizada de dos criterios diferentes: el que reconoce una "personalidad del sordo" que lo haría propenso al daño emocional, y otro que lo niega, explicando los rasgos distintivos del sordo como respondiendo a factores básicamente ambientales.

Conclusión: pensamos que esta revisión sustenta la premisa de que los daños psicológicos de la sordera son reales, no por ser inherentes a ella, sino por los conflictos sociales, laborales, escolares y familiares que se generan. Varían con la edad de presentación, la adaptación a la deficiencia y la aceptación por la comunidad en general. La paliación de sus daños depende de padres preparados, programas adecuados de educación tanto escolar como laboral y, en su caso, psicoterapia de sostén basada en las necesidades específicas de cada persona sorda y de su entorno. Consideramos conveniente promover la realización y publicación de estudios interdisciplinarios relacionados con este tema.

Palabras clave: Sordera, psicología

Summary

Objective: Deafness generates psychological conflicts for the deaf as well as for others in their environment. Our purpose is to obtain a panorama of the topic based on the available bibliography.

Information: Relevant articles were located in Medline and in unlisted journals, accessible at the National Institute of the Human Communication and at the Juan N. Navarro Hospital of Mexico City. The books were located at the National Institute of the Human Communication.

Selection of the material: The articles were selected by the authors, based in their apparent internal consistency and relation to our purpose. Two different concepts became apparent: one which recognizes a "personality of the deaf" that would predispose to emotional damage, and the other that denies that concept, explaining the distinctive features of deaf people as due to basically environmental factors.

Conclusion: We think that this review sustains the premise that the psychological damages of deafness are real, not inherent to it, but caused by the social, occupational, pedagogical and familiar conflicts that are generated. Those damages vary with the age at the presentation of deafness the personal adjustment to the deficiency and acceptance by the community. The mitigation of deafness, damage depends on educated parents, adequate instruction programs (scholastic as well as occupational), and when needed, appropriate supportive psychotherapy based on the specific needs of each deaf person and this/her environment. We consider highly desirable to promote the elaboration and publication of interdisciplinary studies related to this topic.

Key words: Deafness, psychology

*Instituto Mexicano de Otolología y Neurootología, México D.F.
Correspondencia y solicitud de sobretiros: jcorveraginternet.com.mx

Introducción

La sordera de nacimiento ha comportado consecuencias distintas en la persona afectada según los progresos educativos y técnicos de cada momento histórico. Antes del siglo XVII se desconocían las posibilidades de la persona sorda para aprender el lenguaje oral, y como consecuencia, la ausencia de lenguaje se interpretaba como deficiencia mental. Actualmente, se han desarrollado instrumentos, como el implante coclear, que recuperan audición y se han perfeccionado métodos para el aprendizaje del lenguaje oral de la persona sorda de nacimiento, pero aún se desconocen los obstáculos que estas características lingüísticas puedan constituir para comprender y organizar la realidad por parte de los sordos. La sordera adquirida, tanto en niños como adultos, tampoco ha sido suficientemente estudiada en función de los trastornos psicológicos que ocasiona tanto en sordo, como en su entorno familiar oyente.

La pérdida auditiva no significa simple y exclusivamente la necesidad de compensar dicha deficiencia con las aportaciones de otras vías sensoriales, como la sustitución de la comunicación oral por la visual, sino que puede tener importantes repercusiones en la adquisición del lenguaje, en la relación con el entorno de la persona afectada, y por supuesto, en su propia organización psíquica.

Hasta el momento es muy poco lo que se conoce con certeza en cuanto a las características psíquicas de las personas afectadas por hipoacusia, ya sea congénita o de aparición tardía, aparte de los estereotipos sociales que existen al respecto y que con frecuencia dan una imagen falsa. Es difícil trazar un perfil psicológico único de la persona con hipoacusia, porque son muchas las variables que intervienen en la organización psíquica, y que existen, por supuesto, muchas variedades de individuos. Tampoco se ha escrito mucho sobre las repercusiones de la sordera de un individuo en personas oyentes en su entorno familiar, laboral o social.

Características psicológicas de los niños sordos

La peculiaridad comunicativa de la criatura sorda con el entorno afecta su proceso de socialización, sin embargo, no hay ninguna evidencia de

que por esto existan rasgos específicos de organización en su personalidad o de que pueda definirse una "personalidad del sordo". Varios estudios han destacado algunos rasgos de personalidad encontrando que la impulsividad y la inmadurez social son frecuentes en la población de sordos, pero no de manera unívoca, es decir, por una parte, no todos los sordos presentan dichos rasgos, y por otra, son rasgos que han sido constatados en la población sin deficiencia auditiva. Es importante saber si dichas características derivan de las dificultades lingüísticas de los niños sordos y cómo estas criaturas con su peculiaridad comunicativa son percibidas y aceptadas por el medio social en que crecen.^{1,2}

Perier y De Temmerman³ niegan que los niños presenten características psicológicas propias de la sordera, pero que ésta puede traer consecuencias cognoscitivas y conductuales. Para Rainer y Altshuler (1970), la prevalencia de enfermedades mentales entre los sordos no es superior a la observada entre los oyentes. Furth⁴ y Deleau⁵ niegan que haya una "personalidad del sordo".

Hindley y colaboradores⁶ llegan a conclusiones diferentes. Comparando 62 niños normoacúsicos de una escuela primaria pública con 93 niños sordos que asistían a una escuela de sordos que usaba lenguaje de signos y a tres unidades de hipoacúsicos que usaban el sistema oral, encuentran trastornos psiquiátricos en 42% de los niños adiestrados en lenguaje de signos y 61% en los oralizados.

En un artículo posterior, Hindley⁷ reitera que los niños hipoacúsicos presentan el mismo espectro de problemas de salud mental que los niños normales, pero que su presentación, tratamiento y resultados difieren en función de las diversas maneras de comunicación y del uso del lenguaje. Hirshoren y Schnittjer⁸ comunican el resultado de un estudio realizado mediante una encuesta a maestros de 192 niños de una escuela para sordos. Encontraron en ellos, en comparación con niños normales, mayor frecuencia de trastornos de conducta, problemas de personalidad, inmadurez, socialización delictiva y sentido de inferioridad pasiva.

Luterman⁹ en su libro "El niño sordo", menciona que los principales problemas psicosociales, en opinión de los propios niños sordos (según versión de los padres) son:

1. Retraso en relación con la mayoría de los niños de su edad en la escuela.
2. Extrañan estar con más amigos sordos y tienen dificultades para hablar por teléfono.
3. Hay falta de aceptación por los demás.
4. Se le dificulta hacer amigos íntimos y conservarlos.
5. Se avergüenzan que a veces la gente no los entiende.
6. Sienten deseo de independencia y, sin embargo, continúan dependiendo de otros para poder manejar el mundo exterior.
7. Quieren sentirse parte del ambiente y, con frecuencia, no lo logran por la falta de audición, lo que resulta en una gran frustración.

Myklebust¹⁰ señala la posibilidad de repercusiones psicológicas de una hipoestimulación de la formación reticular del tronco cerebral. El papel de ésta, como sistema activador ascendente de la corteza cerebral, podría modificarse, con posibles consecuencias a nivel del centro de vigilia.

Pasini (citado por Myklebust¹⁰) constató en niños sordos, una particular distribución del sueño REM en sueño paradójico. Probablemente exista una relación entre estas características electrofisiológicas y los trastornos del sueño que refieren los padres de los niños sordos.

En cuanto a la personalidad, la vida afectiva, el comportamiento y las relaciones sociales de los niños sordos, Myklebust señala que son el resultado de las limitaciones comunicacionales secundarias a la deficiencia auditiva, y de las alteraciones de las condiciones del desarrollo que generalmente ésta provoca. Ciertas causas de inmadurez social serían las actitudes paternas, hechas de una mezcla de sobre protección y de exceso de indulgencia en algunos aspectos, así como de actitudes más directivas en otros. Las mamás, incitadas por los educadores, a convertirse en profesores de sus hijos, tienden a ser menos permisivas, más didácticas y menos flexibles.

El retraso en la adquisición del lenguaje y su insuficiencia reducen las ocasiones de contactos sociales y son fuente de frustraciones para los niños sordos y sus padres.

Las dificultades de comunicación verbal y no verbal se suman a las dificultades que caracterizan a los grupos de niños sordos como son la rigidez,

egocentrismo, falta de control sobre sí mismo e impulsividad.

Por otra parte, según Meadows¹¹ el diagnóstico, la descripción, la etiqueta y la definición de un comportamiento están fuertemente influenciados por la disciplina del examinador. En una revisión de estudios hechos hasta 1980, constata que la proporción de las perturbaciones emocionales descritas, varía según la población escolar, la definición de las perturbaciones y la identidad de los responsables de la evaluación.

Vernon¹² estudiando la población de una escuela para niños sordos, reportó que 9% de los niños admitidos debieron abandonarla por problemas emocionales. Los tipos de perturbaciones descritos más frecuentemente fueron inmadurez, hiperactividad y agresividad.

De manera general, sin embargo, la incidencia es de tres a 10 veces superior a aquella observada en grupos comparables de niños oyentes. Myklebust¹³ señala que hay niños con trastornos psicológicos difícilmente caracterizables, a veces también llamados prepsicóticos o "borderline". En otros niños sordos se trata de una verdadera psicosis: grave trastorno de personalidad caracterizado por una perturbación de organización del yo y de la relación entre el niño y el mundo real. Las psicosis infantiles son de diferentes tipos y de diferentes intensidades, desde el autismo primario de Kanner caracterizado por una total ausencia de contacto con la realidad, a disarmonías psicológicas que permiten una parcial adaptación al medio.¹³

La ruptura brusca de la rica comunicación no verbal, consecuencia habitual del anuncio del diagnóstico, podrá jugar un papel determinante. Esta ruptura, en un período crucial para el desarrollo de la personalidad, podría conducir a trastornos psicológicos variables según los niños. En unos, serán trastornos de rasgos psicóticos: regresión, depresión, empobrecimiento de aptitudes motoras y cognoscitivas, inestabilidad. En otros niños, se tratará de una auténtica psicosis.

Según la revista de Ajuriaguerra y Abensur, citados por Myklebust,¹³ no puede afirmarse ninguna relación neta entre sordera y psicosis. Sin embargo, la mayoría de psicólogos y psiquiatras que trabajan con niños sordos piensan que existe un lazo entre ambas.

Los trastornos de la personalidad y del comportamiento pueden provenir en gran parte de las dificultades de comunicación y de las perturbaciones del medio familiar, provocadas por la sordera. Las dificultades de comunicación, crean una frustración recíproca provocando comportamientos artificiales, instalando una tensión permanente en el núcleo familiar.

Decoster¹⁴ (1988) considera que la familia de un niño sordo no es una familia enferma, pero si es una familia que sufre. Atenuar este sufrimiento, tratar de eliminarlo a través del restablecimiento de la relación de los padres con su hijo sordo, y poniendo a su disposición los medios de comunicación apropiados, evitará las evoluciones desfavorables. Una ayuda precoz debería entonces, reducir el número de niños sordos secundariamente discapacitados por trastornos mentales severos.

Repercusión psicológica de la sordera de los padres sobre hijos con audición normal

Un aspecto interesante poco estudiado es la repercusión psicológica de la sordera de los padres sobre hijos con audición normal. Chan y Lui¹⁶ en Hong Kong, compararon el autoconcepto de 70 niños sordos chinos normo-oyentes hijos de 42 parejas de padres sordos, con el de 82 niños normales hijos de 41 parejas normales. No se encontró diferencia entre los dos grupos de niños, a pesar de que los padres mostraron un autoconcepto más bajo que los padres normales.

Frank¹⁷ presenta un estudio que documenta las consecuencias que puede tener la sordera de los padres en el desarrollo de la personalidad de los niños normo-oyentes. La dinámica más significativa está constituida por rencores no reconocidos, generados por tres principales sentimientos: humillación experimentada por las imperfecciones de los padres, confusión de autoidentidad por la actitud suspicaz de los padres hacia el mundo "oyente" y la inversión inevitable de papeles por las deficiencias de los padres.

La posibilidad de experimentar placer triunfante en circunstancias afortunadas ocasiona un sentimiento profundo de culpa, y genera una actitud ambivalente hacia el éxito. Frankenburg y colaboradores,¹⁸ en un estudio más reciente constatan

dichas conclusiones. Una característica de los hijos de padres minusválidos es la tendencia a desarrollar sentimiento de culpa, cualquiera que sea la minusvalía. Algunos fenómenos aparecen con especial relevancia, como el resentimiento exagerado ante las inevitables frustraciones precoces, la reticencia para canalizar la agresión hacia el exterior, la frustración al no poder desagaviar a los padres vistos heridos por la agresión filial y la ausencia de control externo a la expresión de la hostilidad, puesto que las victorias resultan demasiado fáciles. Todos estos conflictos también aparecen en hijos de padres inmigrantes, especialmente si el idioma de los padres difiere del idioma local.

Adolescentes

Para entender la capacidad de las personas con deficiencias auditivas de interactuar socialmente hay que considerar el impacto de sus discapacidades sobre la comunicación con las personas sin ellas.

La sordera afecta negativamente el ajuste socio-emocional de los adolescentes sordos. La mayoría de los adolescentes sordos recibe educación en escuelas para normo-oyentes, y como resultado, tienen que encarar los patrones más complejos de interacción social.¹⁹ Esta transición social coincide con el proceso de ajuste tanto emocional como físico del adolescente sordo enfrentando al mismo tiempo los cambios del aspecto físico y de desarrollo que afectan por igual a los adolescentes tanto sordos como normales: a) separación en individualización de la familia; b) aceptación de la realidad de su crecimiento físico y con ello, el uso y control de su nuevo cuerpo; c) planes para el futuro; d) desarrollo intelectual; e) utilización de valores y desarrollo de un sistema ético; f) desarrollo de relaciones más intensas con otras personas.²⁰ Weil-Behar²¹ comparó tres grupos de 50 adolescentes cada uno, seleccionados por edad y sexo, el primero con audición normal, el segundo con sordera, adiestrado con lectura labiofacial y comunicación oral, y el tercero, con sordera y uso de lenguaje de signos. Los dos grupos de sordos mostraron deficiencia en su ajuste socio-emocional, que fue peor en los sordos oralizados; observándose además un mejor ajuste socioemocional en el sexo masculino que en el femenino.

Altshuler,²² en un estudio comparativo de adolescentes normo-oyentes y con hipoacusia profunda temprana (yugoeslavos y estadounidenses), encontró una tendencia hacia mayor impulsividad como característica del grupo sordo en su conjunto. Hubo gran variabilidad individual, por lo que señalan que deben evitarse estereotipos, e interpretarse los resultados mostrando los diferentes aspectos de la personalidad o cauces de desarrollo que terminan en un camino común. Señala que estudios semejantes podrán definir cuánto de esa tendencia se debe a la reacción de los padres ante un hijo sordo, a la falta de lenguaje o a la carencia de los sonidos.

Beck²³ examina las respuestas de 197 adolescentes con deficiencia auditiva y sordera y un grupo de control de 53 jóvenes sin discapacidad, sugiriendo que las diferencias biológicas no explicarían por sí solas las diferencias de autoconcepto puestas de relieve entre quienes tienen discapacidades de audición y quienes no, ni entre los diversos subgrupos de aquellos con discapacidad auditiva. Otros factores cognoscitivos, emocionales, motivacionales y sociales influyen también. Esto abre la posibilidad de desarrollar nuevos programas de rehabilitación y formación para ayudar a los jóvenes con discapacidades de la audición a conseguir unas autovaloraciones más positivas.

Leigh y colaboradores,¹⁴ comparan la prevalencia de síntomas depresivos entre adolescentes tanto sordos como normo-oyentes, encontrando que se presentan niveles moderados de depresión más prevalentes en los adolescentes sordos que en los normo-oyentes. Dichos síntomas fueron asociados en los normo-oyentes con una personalidad socialmente dependiente.

Sin embargo, MacLean y Becker²⁵ consideran que la literatura presenta una vista general demasiado pesimista que defiende la hipótesis de que las consecuencias de una hipoacusia grave sobre el desarrollo psicosocial son muchas y graves. Para probar tal aseveración, realizaron un estudio piloto en 20 adolescentes con hipoacusia profunda de nacimiento, encontrando que sus resultados no eran compatibles con aquella idea pesimista. Consideran que la enseñanza de medios de comunicación oral facilita la educación y permite un buen desarrollo psicosocial.

Adultos

La integración de la persona sorda en el mundo de los oyentes no es un hecho que se produzca fácilmente ni del mismo modo en los diversos grupos sociales. Parece ser que el grado de pérdida auditiva establece diferencias en el proceso de construcción del autoconcepto, en sentido inverso al encontrado en otras dimensiones psíquicas, como el desarrollo lingüístico.

La gravedad de la sordera juega positivamente a favor de los sordos profundos, hecho que puede interpretarse como una aceptación precoz de la deficiencia, tanto por parte de los padres como del sujeto afectado, que contrasta con la presión que se ejerce sobre los sujetos afectados por sordera menos grave. Lo habitual es que el grado de exigencia sea más alto para éstos que para los más sordos.

Sordos postlinguales

Las personas que quedan sordas cuando son adultos enfrentan problemas diferentes de las que crecieron sordas. Quien queda sordo debe readaptarse a muchas circunstancias, desde reconocer ruidos, hacer preguntas sencillas y recibir cambio en las tiendas, hasta socializar con su familia. De pronto se encuentran aisladas de la comunidad de oyentes, y también de la comunidad de sordos porque no conocen el lenguaje de ellos. Habiendo pasado de la edad del aprendizaje del lenguaje, no suelen desarrollar un medio adecuado de comunicación, sea los signos o la lectura labiofacial, y quedan marginados en un mundo muy limitado, proyectando la imagen de retraídos, displicentes, deprimidos y pasivos o hiperreactivos.^{30,31}

"Los otros sordos", como se autodenominan algunos de ellos, se enfrentan a otros retos. Desde el punto de vista socio-afectivo, la irrupción de la sordera en la vida de una persona oyente representa una necesidad de readaptaciones sociales y en algunos casos, laborales. Las dificultades en la formación e inserción laboral y las barreras comunicativas y psico-sociológicas aparecen de forma más o menos acusada en todos los países de cultura occidental.²⁶

Uno de los aspectos psicológicos más observados en los hipoacúsicos es su dificultad para reco-

nocer su deficiencia.²⁷ Hetu y cols.,²⁸ estudiaron dos grupos de trabajadores hipoacúsicos y a sus cónyuges. Un grupo estaba formado por sujetos participantes en un grupo piloto de rehabilitación y su hipoacusia era de conocimiento general. Ellos señalaron presentar gran estigmatización por su sordera, especialmente de parte de sus compañeros de trabajo.

El otro grupo era de pacientes sin contacto previo con especialistas del oído. En ellos se observó gran reticencia para reconocer que tenían dificultades para oír, expresada por diversas maneras de negar o minimizar su sordera, por incomodidad cuando se tocaba el tema y por rechazo a las medidas que podrían mejorar su audición. Todas estas actitudes se pudieron encontrar solas o combinadas en el mismo individuo.

Los autores consideran que todos esos procesos son parte de un fenómeno de adaptación que debe ser tomado en cuenta para su rehabilitación óptima. También indica la necesidad de tomar medidas que eviten que los hipoacúsicos sean estigmatizados por personas normo-oyentes en su entorno.

Cambra²⁹ estudia la percepción que de los sordos tienen las personas que los rodean, y encuentra que todavía prevalecen los estereotipos negativos que marcan la representación social de la sordera. La familiaridad o la amistad con personas sordas mitiga considerablemente dichas actitudes negativas.

Salvoldelli³² evaluó la personalidad de 68 personas sordas, 43 sordas prelinguales y 25 sordas tardías. Encontró que los sordos prelinguales presentan extraversión significativamente mayor que la población normal, sin que exista mayor neuroticismo (labilidad emocional).

Respecto de la tendencia a la psicosis, encuentra los valores más elevados en los sordos prelinguales que en los sordos tardíos, pero cada grupo la presenta en mayor grado que los normo-oyentes. El psicoticismo es aceptado por el autor como la expresión de una agresividad reactiva ante las frustraciones, acompañada de depresión.

Knutson y Lansing³³ consideran que son las estrategias de comunicación defectuosas y la inadecuada adaptación a la sordera, lo que explica la depresión, aislamiento, introversión y angustia sociales que presentan muchos de los sordos post-linguales.

Viejos

No es una pérdida auditiva *per se* lo que lleva al paciente a buscar ayuda, sino las dificultades que causa en la vida diaria y sus efectos en ésta y en la de quienes lo rodean. Barcham y Stephens³⁴ señalan que las dos quejas más frecuentes se refieren a la conversación general y a escuchar la televisión o el radio.

Antonelli³⁵ (1978) señala que los trastornos de la audición en los ancianos dependen sólo parcialmente del daño en la cóclea, porque existe además daño neural y neuronal a lo largo de toda la vía hasta su porción central. Lo anterior no sólo causa defecto de discriminación fonémica, sino que además todos los procesos de aprendizaje se encuentran disminuidos. La audición dicótica y el lenguaje sensitizado parecen mejorar la discriminación en situaciones críticas. Esto y la ganancia binaural por supresión de enmascaramiento explican la ventaja del uso de auxiliares auditivos en ambos oídos y no sólo en uno.

Garstecki y Erler³⁶ estudiaron un perfil comunicativo del hipoacúsico en 301 sujetos mayores de 65 años de edad que presentaban hipoacusia sensorial de predominio en tonos altos y lo compararon con un grupo control. De las nueve variables estudiadas, siete (autoaceptación, aceptación de la deficiencia, ira, desilusión, estrés, retracción y negación) mostraban deterioro estadísticamente significativo en comparación con el grupo testigo, y solo en dos de las variables estudiadas (desplazamiento y exageración de la responsabilidad) no mostraron diferencia. Además se encontró que los más viejos tienden a minimizar su defecto físico en comparación con los más jóvenes. No está claro si aquellos lo hacen como resultado de una adaptación a un cambio esperado de hipoacusia y dificultad de comunicación natural en la edad, o a un proceso de negación. Los menos viejos ni esperan ni aceptan la hipoacusia como consecuencia de su edad.

Stephens y Zhao¹⁷ estudian la manera en que el viejo reacciona ante su hipoacusia en situaciones sociales. Puede: 1) evitar o retraerse de la conversación, 2) pretender haber escuchado, 3) interrumpir para dominar y controlar la conversación, 4) pedir al interlocutor que repita lo que dijo, o 5) colocarse en una posición y en un lugar en el que escuche o lea los labios mejor. Las dos primeras actitudes son consideradas como negativas y que

deben evitarse, pero desde el punto de vista sociolingüístico permite librar a quien las usa de situaciones vergonzosas y pueden ser apropiadas en ciertas circunstancias. Interrumpir o pedir repetición son conductas acertivas positivas, pero llevan un costo social potencial alto para el hipoacúsico. Tratar de oír o entender mejor es una actitud neutra. Al parecer, la actitud más frecuente es evitar o retraerse de una conversación y colocarse mejor.

Respecto a reacciones psicológicas más serias, desde 1915, Kraepelin describió la paranoia del sordo (citado por Fuchs³⁸) como la conexión entre la hipoacusia del viejo con estados paranoides. Fuchs señala un paralelo entre los síndromes alucinatorios causados o disparados por el aislamiento lingüístico, la afasia sensorial y los trastornos perceptivos en los estados iniciales de la esquizofrenia. Propone un modelo patogénico análogo a la "liberación perceptual" de la teoría de las alucinaciones: la reducción del aporte sensorial y la consecuente distorsión de los esquemas aferentes en el proceso de percepción conduce a una estimulación compensadora y una liberación de patrones del procesamiento de la información que aparecen "paranoides".

Esto hace que el fenómeno de la percepción recupere su consistencia a costa de una interpretación rígida e ilusoria de circunstancias sociales ambiguas. Al respecto, Houston y Royse³⁹ y Cooper⁴⁰ habían ya considerado una asociación entre la hipoacusia y la psicosis paranoide en la etapa avanzada de la vida, observando deterioro considerable y desintegración de la personalidad en personas hipoacúsicas presicóticas.

Es claro que el mayor problema al que se tiene que enfrentar la persona de edad avanzada con hipoacusia grave es a la pérdida de otro u otros de los órganos de los sentidos con los que se establece contacto con el mundo en que se vive.^{41,42}

El niño sordo y la familia

Aunque no todas las familias de oyentes siguen el mismo proceso ante un niño sordo porque cada una de ellas reacciona de forma distinta según sus propias características (tales como la información respecto a la sordera, el nivel cultural, la solidez y estabilidad psíquica de cada uno de los miembros y de la pareja en sí misma, etc.), cabe trazar una

línea general de las reacciones y vivencias comunes más frecuentes. Se pueden considerar en el proceso vivencial de las familias dos etapas importantes, la primera, la de crisis y la segunda, la de adaptación. En la primera, las vivencias están caracterizadas por el "dolor de la aceptación". En esta etapa, en los casos de origen desconocido, aparecen también los sentimientos de culpa y a veces, el desplazamiento de ésta hacia los demás (el otro miembro de la pareja, el médico, etc). En otros casos la pareja presenta resistencia a aceptar el hecho, ya sea porque hay una "actitud inconsciente de negación", debido a que los datos no son completamente objetivos, dada la discontinuidad frecuente entre la primera detección y el diagnóstico definitivo. La familia inicia, por tanto, una búsqueda de una respuesta consistente: la existencia de un error o la posibilidad de una solución de reversibilidad de la sordera.

La segunda etapa, la aceptación de la sordera de la criatura, comporta una "adaptación" a sus características, el reconocimiento de sus valores como niño o niña y la actitud educativa de colaboración activa en su desarrollo lingüístico y personal. En algunos casos se da una cierta delegación en el especialista. A medida que la criatura crece, la familia debe hacer readaptaciones sucesivas ante cada etapa nueva de su vida.⁴³

Aunque obviamente, los procesos seguidos en la dinámica familiar tienen gran influencia en la evolución socio-afectiva de la criatura sorda, no hay estudios que demuestren relaciones bien establecidas entre rasgos concretos de la conducta de dicha criatura y estilos educativos familiares. Podemos apuntar algunos rasgos educacionales que pueden presentar con frecuencia las relaciones de los padres oyentes con criaturas sordas y deducir qué características de la personalidad fomentan.²⁶

La "sobrepotección" frecuente también en las relaciones familiares de criaturas que presentan otras deficiencias, es una de las posibles actitudes de los padres de criaturas sordas. La falta de percepción objetiva por parte de la familia de las posibilidades reales de su hijo o hija induce a limitar su autonomía y, por tanto, dificulta su desarrollo. Se han señalado diversas actitudes sobrepoteccionadoras, especialmente por parte de familias oyentes, tales como limitaciones para realizar actividades, bajo nivel de exigencia académica, poco rigor en la

aplicación de normas, etc.⁴⁴ De hecho, diversos estudios han puesto de manifiesto que los pequeños sordos reciben en general menos explicaciones de su familia respecto a la razón de sus acciones y sus consecuencias, estados de ánimo, etc., que las personas oyentes de su misma edad.

Ambas tendencias de conducta, tanto la sobreprotección como la escasez de explicaciones, pueden relacionarse con algunos de los rasgos frecuentemente descritos como característicos de la personalidad de los sordos. Por una parte, se le atribuye una falta de autonomía e independencia, y por otra, se atribuye un carácter impulsivo, acciones poco meditadas y no planificadas, en contraposición a estilos reflexivos caracterizados por el control de impulsos.⁴⁵

El sordo en la etapa escolar

Es cierto que el origen de la capacidad para mantener buenas relaciones sociales con las personas de la misma edad se halla en unas relaciones familiares bien establecidas y también lo es que la relación con los compañeros de edad tiene una función socializadora distinta de la de la familia. Existen situaciones sociales (como son la canalización de los impulsos agresivos, la socialización sexual, la adopción de perspectivas y papeles de otros, y el pensamiento moral) que adquieren una dimensión distinta si se efectúan con las personas de la misma edad, o bien, con las de mayor edad, y justamente, se trata de dimensiones (excepto la socialización sexual) en las que según varios estudios, puede haber deficiencia para el alumnado sordo.²⁶

Distintas investigaciones señalan las dificultades del alumnado con sordera para situarse en la perspectiva de los demás y darse cuenta de los estados psicológicos y de las intenciones de éstos. Sin embargo, algunos de tales estudios muestran que la distancia entre sordos y oyentes es manifiesta en edades tempranas y va disminuyendo con la edad.⁴⁶ Se ha explorado también el desarrollo del juicio moral, sin que los resultados sean contundentes. Nass en 1964²⁶ estudió sujetos sordos de edades comprendidas entre los ocho y los 12 años, mediante los dilemas morales elaborados por Piaget. Sus resultados mostraron ciertas diferencias con el grupo de control de oyentes: pre-

sentaban un avance en el pensamiento autónomo respecto al valor concedido a los criterios de los adultos, pero en cambio, se daba en ellos un retraso comparativo al juzgar las acciones por la intención que las había originado, concluyendo que estos resultados concuerdan con las dificultades constatadas en estos sujetos para comprender las intenciones de los demás.

Sin embargo, no todos los estudios llegan a los mismos resultados y lo cierto es que no hay datos suficientes que muestren que las personas con sordera difieran en su juicio moral de las oyentes. Sin duda, la formación del juicio moral es una de las dimensiones del pensamiento social más dependiente de factores socioculturales e históricos. Una deficiencia en este aspecto en determinados sujetos sordos podría ser también reflejo de sus dificultades de integración social.⁴⁷

De hecho, el conocimiento social del otro se plantea en una clara interrelación entre tres factores: la capacidad de situarse en la perspectiva de los demás, un desarrollo emocional satisfactorio y un alto nivel de competencia comunicativa y lingüística. En el caso de la criatura sorda, este último factor, las dificultades comunicativas y lingüísticas, pueden afectar su entendimiento con los demás y su integración social.²⁶

La entrada en la enseñanza secundaria representa un momento clave en la evolución del alumnado sordo. Por una parte, coincide con el período de adolescencia, que significa una recapitulación de la propia identidad y del concepto de uno mismo, y por otra, el rendimiento académico, que forma también parte de su auto concepto y que es en parte el resultado del currículo personal, plantea nuevos retos. Esto origina situaciones de más estrés para el adolescente con sordera. Desde el punto de vista educativo es importante asegurar la continuidad en el paso de una etapa a otra y potenciar las adaptaciones necesarias a las nuevas características de la enseñanza secundaria.

El auto concepto en el adolescente sordo ha sido estudiado teniendo en cuenta diversas variables, como la competencia comunicativa alcanzada y el tipo de escolarización.

A pesar de que la mayoría del alumnado con sordera puede continuar sus estudios (con adaptaciones) en la enseñanza superior, en general se encuentra un porcentaje mucho menor de perso-

nas sordas con enseñanza superior que la población oyente. Díaz-Estébanez y colaboradores⁴⁸ realizaron un estudio en una población formada por 367 sujetos con sordera profunda prelingual, de edades comprendidas entre los 18 y 69 años. Se encontró que, comparando con una población general de las mismas edades, sólo 1.9% de la población sorda había realizado estudios superiores, mientras que el porcentaje en la población general de oyentes era de 21.1%.

La persona sorda en entorno laboral

Por la situación desfavorecida en cuanto a formación, las personas sordas sufren una situación laboral más difícil que las personas oyentes. Un estudio realizado en España por Rodríguez⁴⁹ concluye que la desventaja laboral no se refleja en la tasa de ocupación, sino en el tipo de trabajo, encontrando que 60% de la población sorda realiza trabajos de obrero no especializado.

Pero aun proporcionando formación profesional adecuada, no siempre se garantiza la inserción laboral de la persona sorda y su natural promoción profesional. La persona sorda debe vencer los prejuicios que tienen la mayoría de empresas ante los problemas comunicativos que puede ocasionar su presencia. En diversos países europeos, por ejemplo Francia, existen servicios de apoyo para la integración laboral, que regala a la empresa unos meses de trabajo de prueba del trabajador sordo, al cabo de los cuales es contratado por la empresa o bien es orientado hacia el reciclaje necesario. En otros, como Irlanda, los clubes de empleo preparan a la vez al candidato para trabajar y a la propia empresa, lo que facilita no sólo que la persona sorda pueda promocionarse en la empresa, sino también que pueda mantener una relación social con los oyentes en su vida laboral.⁵⁰

El sordo y su vida social

Los problemas encontrados en el desempeño laboral de la persona sorda remiten, definitivamente a las dificultades con las que tropieza en su vida cotidiana en los demás ámbitos de su vida social en el mundo de oyentes. Pero, las desventajas socia-

les van de acuerdo a la cultura de cada país, aunque se pueden diferenciar dos tipos de factores muy relacionados entre sí. El principal es la percepción social de la sordera, porque a menudo existe una falta de información sobre sus aplicaciones y, en general, hay una visión devaluada de la persona afectada en lo que respecta a su desarrollo intelectual y a su capacidad psíquica. En segundo lugar, hay un conjunto de barreras comunicativas a distintos niveles de la relación social de la persona sorda con el mundo de las personas oyentes.

Asimismo, en la vida cotidiana con las personas oyentes la persona sorda se encuentra a la vez con la falta de adaptación de la información en los lugares públicos y con dificultades de comunicación en las relaciones interpersonales.

En el estudio de Díaz-Estébanez,⁴⁸ se usa un apartado especial para el grado de satisfacción vital, observando que hay un índice alto de la satisfacción general con la vida (72.2%), y lo mismo ocurre con aspectos concretos, tales como relaciones familiares (75.5%), vecindario (80.1%), etc., excepto con el enunciado "estoy satisfecho con mis vecinos", con el que sólo están de acuerdo 38.4% de las personas entrevistadas.

Lo anterior, refleja las dificultades en las relaciones de la vida cotidiana de la persona sorda con las oyentes.

En las actividades cotidianas se pueden distinguir dos posibilidades: que la persona oyente conozca el "status" de sorda de la otra y la considere, o que lo ignore e interprete el silencio como un desprecio o falta de atención.

Por otra parte, para la persona oyente no informada, la emisión oral de la persona sorda es tan anómala, que con frecuencia la lleva a concluir que la comunicación no es posible y la interrumpe.

Long y colaboradores⁵¹ reportan que los problemas sociales más importantes que se presentan a las personas sordas son, en orden de frecuencia: problemas económicos, dificultades para establecer una relación social, control emocional pobre, impulsividad, poca tolerancia y agresividad.

El análisis de estos desencuentros en la vida cotidiana hace evidente la necesidad de adaptaciones mutuas, conocimiento objetivo de las competencias de la persona sorda por parte de la oyente y adquisición de las destrezas comunicativas de la sorda hacia la oyente.²⁶

Consideraciones generales

Thomas⁵³ en un estudio en el cual busca la relación entre sordera adquirida y alteraciones psicológicas, concluye que efectivamente se encuentran asociadas hasta llegar a un nivel psico-neurótico, reportando evidencia de que la sordera se encuentra ligada a reacciones paranoides.

Aunque Altshuler,⁵⁴ Freeman y colaboradores,⁵⁵ Meadows,⁵⁶ Anthonys,⁵⁷ Wellhofer⁵⁸ y Cooper, en sus estudios concluyen que sí existe relación entre sordera y problemas psiquiátricos, como trastornos de la personalidad, neurosis y trastornos de desarrollo tanto en niños como adultos, McLean y Becker²⁵ en su estudio piloto no encuentran compatibles sus resultados con tales hipótesis. Mottier,⁶⁰ vuelve a corroborar la relación causa-efecto entre sordera y psicosis.

Canestrari⁶¹ menciona que el considerar a los sordos como grupo homogéneo desde un punto de vista psicológico, puede presumir de la existencia de una actual "psicología de la sordera", y correr el riesgo de caer en generalizaciones. Muchas de las características que han sido consideradas por varios autores como funcionalmente relacionadas a la gravedad del déficit auditivo (agresividad, inmadurez afectiva y personalidad impulsiva) pueden ser adscritas a condiciones psicológicas resultantes de una alteración sensorial más que de un déficit audiológico por sí mismo; la deficiencia auditiva no es la causa directa del nivel de desarrollo de personalidad.

Lane⁶² en un artículo de revisión, considera que los expertos de la audición, de acuerdo a sus hipótesis, han atribuido a los sordos una "psicología de la sordera", que no refleja las características de las personas sordas sino una postura paternalista por parte de dichos expertos de la audición.

Sin embargo, en 1989, Leigh⁶³ realiza un estudio en el que compara la prevalencia de síntomas depresivos tanto en estudiantes sordos como normo-oyentes y examina la relación entre los síntomas depresivos y las características de personalidad. Encuentra niveles moderados de síntomas depresivos prevalentes en los estudiantes sordos, sin encontrar depresión severa. Tales síntomas se asociaron, en cada grupo, tanto a falta de cuidados maternos como a sobreprotección materna. Hubo relación importante entre los síntomas

depresivos y personalidad socialmente dependiente, mas frecuente entre normo-oyentes.

Gordon⁶⁴ en un artículo de revisión, cita a David y colaboradores quien señala que la sordera antes de los 18 años de edad es un factor de riesgo para presentar esquizofrenia tardía, encontrando además una fuerte asociación con psicosis en la edad avanzada. Refiere que 18% de los niños con hipoacusia⁶⁴ fueron encontrados preesquizofrénicos, y 3% en el estudio de Krakowski, se encontraron esquizofrénicos no violentos, 15% violentos moderados y 32% altamente violentos.

Olsholt⁶⁵ considera que los mayores problemas del sordo son en el contexto social, al relacionarse con la sociedad normo-oyente, y que las sociedades de hipoacúsicos funcionan como "terapia" para la gente sorda.

Problema médico

La detección de la sordera suele ser tardía y, en general, realizada inicialmente por la familia y consultada por el pediatra, quien suele ser el responsable de orientar hacia un centro de diagnóstico. Este proceso, con frecuencia, retarda el diagnóstico y tratamiento, en consecuencia se torna un proceso complejo y doloroso para la familia, que compromete la óptima educación de la criatura (tanto para adquisición de lenguaje como de socialización).

La precocidad de la detección está en función de la profundidad de la sordera y de otros factores, tales como la información y la sensibilidad social sobre el tema y los sistemas médicos de cada país. Entre el momento de la detección y el inicio de la atención y adaptación a los audífonos hay un periodo de tiempo más o menos largo; mismo que es fundamental para una educación temprana (en el caso de los niños) y para una adecuada autoaceptación y desempeño sociolaboral en el caso de los adultos.²⁶

Las etapas iniciales a través de las cuales los padres adquieren conciencia de que tienen un hijo con problemas auditivos se caracterizan por duda y ansiedad crecientes. Una vez que el diagnóstico ha sido confirmado, las reacciones de los padres, como ya hemos mencionado anteriormente, parecen seguir un patrón de crisis: choque emocional, aflicción activa, negación, aceptación y acción constructiva. Para Luterman,⁶⁶ es el momento en el que el profe-

sional debe conocer exactamente las expectativas de los padres en relación con el proceso de rehabilitación, facilitando el proceso de crisis-reacción adoptando un papel imparcial y de escucha, sin convertirse en solo un suministrador de información.

En agosto de 1986, el Congreso de Estados Unidos adoptó el Education of the Deaf Act (EDA) de 1986, (Ley Pública 99-371), en donde la Comisión de Educación de la Sordera (COED), hace un estudio de las cualidades de los programas de educación para niños, y de escuelas elemental, secundaria, preparatoria, y para adultos, considerando las necesidades de la población sorda.

Es de conocimiento general, que las personas sordas tienen las mismas necesidades de salud mental que las personas normo-oyentes, pero, tienen un acceso más limitado a los servicios apropiados, lo que ha contribuido al crecimiento de programas con servicios de salud mental. De hecho, rehabilitación psicológica y rehabilitación mental son especialidades que están realizándose por aquellos que trabajan con personas sordas.⁶⁷

Fengler⁵² considera que en general, las personas con hipoacusia requieren psicoterapia. Discute cuatro diferentes escuelas: la primera propone el establecimiento de "un canal de comunicación", concepto desarrollado a partir de la teoría de sistemas. El psicoanálisis favorece los conceptos de "contrato terapéutico" y la transferencia. La psicología humanística, con sus contribuciones sobre la expresión extraverbal y sobre la verbalización de sentimientos, ha abierto importantes caminos para el individuo hipoacúsico. Pero el autor considera que la terapia conductual ofrece la más amplia gama de estrategias, entre otras, el condicionamiento y la reestructuración cognoscitivos, las técnicas de autocontrol, y la posibilidad de supresión de pensamientos.

Dadas las características cognoscitivas y comunicativas de la población hipoacúsica, la terapia debe efectuarse de manera ecléctica, con el objeto primario de descubrir, desarrollar y proteger la "identidad del sordo".

Conclusión

Es evidente que los efectos sociales y psicológicos de la hipoacusia varían de acuerdo a la edad

de presentación. Es imposible determinar la etapa de la vida o la condición social, en la que la presentación de la hipoacusia es más o es menos deletérea. Dos importantes variables predictivas relacionadas son la adaptación a la deficiencia y la aceptación por la comunidad en general.

Probablemente la pérdida de la audición sea la más devastadora de las pérdidas sensoriales, tal vez porque requiere de un reconocimiento, adaptación y aceptación de la pérdida, y una reestructuración de todas las facetas de la vida emocional, interpersonal y profesional. Esto obliga a la sociedad a esforzarse en adoptar todas las medidas necesarias para corregir la sordera cuando sea posible y cuando no, a crear un entorno favorable a la interacción de los sordos con el resto de la sociedad.

Las leyes de algunos países han ejercido una gran presión sobre padres, médicos y educadores, para que éstos participen de manera conjunta en el proceso de planeación y vigilancia educativa, así como de integración a la sociedad normo-oyente, lo cual requiere de padres mejor preparados y adecuados programas de educación tanto escolar como laboral, que deben ser considerados a corto plazo sobre la base de necesidades personales, familiares, escolares, laborales y sociales, sin enfrascarse en metodologías, sino considerando el mejor sistema para la persona sorda y su entorno.

Referencias

1. **Cambra C, Silvestre N.** Evolución social y afectiva. En: Sordera, comunicación y aprendizaje. 1st ed. Masson S.A., Barcelona: 1998. pp. 59-70.
2. **Aimard P.** Deafness and childhood psychosis. Various analogies of behavior. Attempt at interpretation. Rev Laryngol Otol Rhinol (Bord) 1977 Jul-Aug; 98(7-8): 377-85.
3. **Perier O, De Temmerman P.** The child with defective hearing. Medical, educational, sociological and psychological aspects. Acta Otorhinolaryngol Belg 1987; 41(2):129-420.
4. **Furth HG.** Thinking without language: psychological implications of deafness. New York: Free Press; 1966.
5. **Deleau M.** Communication et gènes de l'identité. Vivre sourd aujourd'hui... et demain? Brussels:EDIRSA, 29-43.
6. **Hindley PA, Hill PD, McGuigan S, Kitson N.** Psychiatric disorder in deaf and hearing impaired children and young people: a prevalence study. J Child Psychol Psychiatr 1994 Jul;35(5):917-34.
7. **Hindley P.** Psychiatric aspects of hearing impairments. J Child Psychol Psychiatr 1997 Jan;38(1):101-17.

8. **Hirshoren A, Schnittjer CJ.** Dimensions of problem behavior in deaf children. *J Abnorm Child Psychol* 1978 Oct; 7(2):221-228.
9. **Luterman D.** El impacto de la sordera sobre la familia. En: *El niño sordo*. 2nd ed. México, D.F. La Prensa Medica Mexicana S.A., 1985. pp.151.
10. **Myklebust HR.** The psychology of deafness: sensory deprivation, learning and adjustment. New York: Grune & Stratton; 1966.
11. **Meadows KP.** Early manual communication in relation to the deaf child's intellectual and social and communicative functioning. *Am Ann Deaf* 1969;113:29-41.
12. **Vernon M.** Sociological and psychological factors associated with hearing loss. *J Speech Hear Res* 1969; 12:541-63.
13. **Myklebust HR.** The psychological effects of deafness. *Am Ann Deaf* 1960;105:372-385.
14. **Decoster B.** Is there such a thing as psychodynamics of deafness? *Acta Otorhinolaryngol Belg* 1988;42(3):365-74.
15. **Rainer TD, Altshuler KZ.** Observations on psychiatric services for the deaf. *Mental Hygiene* 1970; 54:534-539.
16. **Chan LM, Lui B.** Self-concept among hearing Chinese children of deaf parents. *Am Ann Deaf* 1990 Oct; 135(4):299-305.
17. **Frank H.** Psychodynamic conflicts in hearing children of deaf parents. *Int J Psychoanal Psychother* 1978-79; 7:305-15.
18. **Frankenburg FR, Sloman L, Perry A.** Issues in the therapy of hearing children with deaf parents. *Can J Psychiatry* 1985; Mar(3):98-102.
19. **Bonham HE, Armstrong TD, Bonham GM.** Group psychotherapy with deaf adolescents. *Am Ann Deaf* 1981 Oct;126(7):806-9.
20. **Bernard HW.** Human development in Western culture. (2nd ed.) Boston: Allyn and Bacon, Inc., 1966.
21. **Weil-Behar M.** Ajuste emocional del adolescente con deficiencia auditiva. *An ORL Mex* 1996;41(4):186-199.
22. **Altshuler KZ.** Toward a psychology of deafness? *J Commun Disord* 1978 Apr;11(22-3):159-69.
23. **Beek B.** Self-assessment of selected interpersonal abilities in hard of hearing and deaf adolescents *Int J Rehab Research (Stuttg)* 1988;11(4):343-349.
24. **Leigh IW, Robins CJ, Welkowitz J, Bond RN.** Toward greater understanding of depression in deaf individuals. *Am Ann Deaf* 1989 Oct;134(4):249-54.
25. **MacLean G, Becker S.** Studies of psychosocial adjustment of the hearing-impaired: I. Adolescents and their families a pilot study. *Can J Psychiatry* 1979 Dec;24(8):744-8.
26. **Silvestre N, Cambra C.** *Labord Aprendizaje*. 1st ed. Barcelona: Ed. Masson; 1998.
27. **Kosovich GN.** VR and People Who are Hard of Hearing: where do we go from here? *Am Rehab* 1993-94;19(4):16-19.
28. **Hetu R, Riverin L, Getty L, Lalande NM, et al.** The reluctance to acknowledge hearing difficulties among hearing-impaired workers. *Br J Audiol* 1990 Aug;24(4):265-76.
29. **Cambra C.** A comparative study of personality descriptors attributed to the deaf, the blind, and individuals with no sensory disability. *Am Ann Deaf* 1996 Mar;141(1):24-8.
30. **Nowell RC.** Psychology of hearing impairment. In: Katz J, *Handbook of clinical audiology*. 3rd ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1985, pp. 776-786.
31. **Howe M.** Meeting the needs of late-deafened adults. *Am Rehab* 1993-94;19(4):25-29.
32. **Salvoldelli G.** Extraversion (e), neuroticism (n), and psychoticism (p) in deaf people. *Arch Psychiatr Nerv'enkr (Stuttg)* 1975 Sep 18;220(3):213-23.
33. **Knutson JF, Lansing CR.** The relationship between communication problems and psychological difficulties in persons with profound acquired hearing loss. *J Speech Hear Disord* 1990 Nov;55(4):656-64.
34. **Barcham LJ, Stephens SDG.** The use of the open-ended problems questionnaire in auditory rehabilitation. *Br J Audiol* 1980;14:49-54.
35. **Antonelli AR.** Auditory processing disorders and problems with hearing-aid fitting in old age. *Audiology* 1978 Jan-Feb;17(1):27-31.
36. **Garstecki DC, Eriker SP.** Older adult performance on the communication profile for the hearing impaired. *J Speech Hear Res* 1996;39:28-49.
37. **Stephens D, Zhao F.** Hearing impairment: special needs of the elderly. *Folia Phoniatr Logop* 1996;48:137-142.
38. **Fuchs T.** Delusion syndromes in sensory impediment: overview and model presentation. *Fortschr Neurol Psychiatr (Stuttg)* 1993 Aug;61(8):257-66.
39. **Houston F, Royse AB.** Relationship between deafness and psychotic illness. *J Mental Sc* 1954 100(2):990-3.
40. **Cooper AF, Kay DW, Garside RF.** Hearing loss in the paranoid and affective psychoses of the elderly. *Lancet* 1974;129(1):851-4.
41. **Bagley M.** The challenge to independence: severe vision and hearing loss among older adults. *Am Rehab* 1995 21(2):46-49.
42. **Godfrey NW, Costello MA.** Communication issues and strategies for deaf-blind individuals: case studies based on etiology and language level. *Am Rehab* 1995 ;18(2): 40-44.
43. **Barlet X.** Los padres siempre quieren a sus hijos. *Rev Logop Fon Audiol* 1990;10(1):15-21.
44. **Gregory S.** *The deaf child and his family*. New York: Halsted Press. 1976.
45. **Marschark M.** *Psychological development of deaf children*. Londres: Oxford University Press; 1993.
46. **Kusché CA, Greenberg MT.** Evaluative understanding and role-taking ability: a comparison of deaf and hearing children. *Child Dev* 1983;54:141-147.
47. **Arnold P.** The prosocial behaviour of deaf children. *J Br Assoc Teach Deaf* 1993;17(2):48-52.
48. **Díaz-Estébanez E, et al.** *Las personas sordas y su realidad social. Un estudio descriptivo*. Madrid : Ministerio de Educación y Ciencia; 1996.
49. **Rodríguez A.** Asociación catalana para la promoción de las personas sordas (ACAPS): un punto de encuentro. *FIAPAS* 1993; 30:16-18.
50. **Caissie R, Wilson E.** Communication breakdown management during cooperative learning activities by mainstreamed students with hearing losses. *Volta Rev* 1995;97:105-121.
51. **Long NM, Ouellette SE, Long G, Dolan K.** Historical overview of services to: traditionally underserved persons who are deaf. *Am Rehabilitation* 1993-94;19(4):2-7.

52. **Fengler J.** Psychoterapy of patient with hearing impairment. *Rehabilitation (Stuttg)* 1986 Nov;25(4):166-72.
53. **Thomas AJ.** Acquired deafness and mental health. *Br J Med Psychol* 1981 Sep; 54(Pt 3)-219-29.
54. **Altshuler KZ.** The social and psychological development of the deaf child: problems, their treatment and prevention. *Am Ann Deaf* 1974;119(4):365-376.
55. **Preeman R, Malkin S, Hastings J.** Psychosocial problems of the deaf children and their families:a comparative study. *Am Ann Deaf* 1975;120(4):391-405.
56. **Meadows KP, Schlesinger HS.** The prevalence of behavioral problems in a population of deaf school children. *Am Ann Deaf* 1971; 115-.346-48.
57. **Anthony S.** The influence of personal characteristics of rumor knowledgeand transmission among the deaf. *Am Ann Deaf* 1973;137(1):44-47.
58. **Wellhofer PR.** The disabled person: psychological theories as the basis of rehabilitation measures. *Rehabilitation (Stuttg)* 1974; 13:163-171.
59. **Cooper AF, Garside RF, Kay DW.** A comparison of deaf and non-deaf patients with paranoid and affective psyycosis *Br J Psychiatr* 1976 Dec;129:532-8.
60. **Mottier C.** Deafness and psychosis *Rev Laryngol Otol Rhinol (Bord)* 1981 Mar-Apr;102(3-4):131-42.
61. **Canestrari R, Ricci Bitti PE.** Psychology of the hearing-impaired and differential psychological reactions to prosthetic rehabilitation. *Audiology*1978;17:32-42.
62. **Lane H.** There is a "psychology of the deaf"? *Exceptional Children* 1988;55(1):7-19.
63. **Leigh IW, Robins CJ, Welkowitz J, Bond RN.** Toward greater understanding of depression in deaf individuals. *Am Ann Deaf* 1989 Oct;134(4):249-54.
64. **Gordon AG.** Schizophrenia and the ear. *Schizophrenia Rese* 1995 May;17:289-291.
65. **Olsholt R, Palkenberg E.** Deafness in a social context. *Nord Med(Stuttg)* 1991;106:56-8.
66. **Luterman D.** El niño sordo. Cómo orientar a sus padres. México: Ediciones Científicas. La Prensa Médica Mexicana; 1985.
67. **Kosovich GN.** Approaching Equality:Education of the Deaf. A book review. *Am Rehab* 1992;18(3):28-29.
68. **Danek MM.** Working with people who are deaf or hard of hearing. *Am Rehab*18(2):1992.

Manual Merck

Obra de consulta clásica de medicina llega a 100 años.



El Manual Merck de diagnóstico y terapéutica llegó a sus primeros 100 años de vida y para celebrarlo Merck Sharp & Dohme publica su Edición de Centenario.

El Manual Merck ha sido publicado en 17 ocasiones desde 1899, se han vendido más de 10 millones de copias y se ha traducido a 16 idiomas.



El Manual Merck escrito por más de 300 médicos cubre todos los temas de la medicina interna además de información detallada sobre pediatría, geriatría, ginecología, psiquiatría, padecimientos dentales y otros temas específicos.

El Manual Merck en su edición de Centenario se ha rediseñado por completo, ahora cuenta con un formato de dos columnas con índice recortado, nuevas tablas y figuras. Está impreso en casi 3000 páginas, esta dividido en 23 secciones. Cuenta con un disco compacto y un facsímil de cortesía de la primera edición de 192 páginas.



El Manual Merck en su Edición de Centenario será vendida y distribuida por la casa editorial Mc Graw-Hill.