

REPRESENTACIONES SOCIALES CONSTRUIDAS POR LOS MÉDICOS – DOCENTES DE
LA FUNDACION UNIVERSITARIA SAN MARTIN SEDE SABANETA, EN RELACION
CON LOS PACIENTES CON SORDERA PRELOCUTIVA

ISABEL CRISTINA CORREA BOTERO



FUNDACIÓN CENTRO INTERNACIONAL DE EDUCACIÓN Y DESARROLLO HUMANO
UNIVERSIDAD DE MANIZALES
SABANETA, ANTIOQUIA
2017

REPRESENTACIONES SOCIALES CONSTRUIDAS POR LOS MÉDICOS – DOCENTES
DE LA FUNDACION UNIVERSITARIA SAN MARTIN SEDE SABANETA, EN RELACION
CON LOS PACIENTES CON SORDERA PRELOCUTIVA

ISABEL CRISTINA CORREA BOTERO

Tesis presentada para optar al título de Magíster en Educación y Desarrollo Humano, en convenio
con la Universidad de Manizales

Asesora: Ofelia Roldán Vargas, PhD



FUNDACIÓN CENTRO INTERNACIONAL DE EDUCACIÓN Y DESARROLLO HUMANO
UNIVERSIDAD DE MANIZALES
SABANETA, ANTIOQUIA
2017

Tabla de contenido

Presentación	6
1 Problema de investigación	10
1.1 Planteamiento del problema	10
1.2 Preguntas orientadoras	13
1.3 Objetivos	13
1.4 Antecedentes	14
1.5 Justificación.....	17
2 Acerca de lo metodológico.....	20
2.1 Construcción de sentido a través de la investigación cualitativa	20
2.2 La hermenéutica, una forma de comprender la realidad	22
2.3 La construcción de los datos	24
2.3.1 La entrevista semiestructurada.....	24
2.4 Criterios de inclusión de los participantes.....	25
2.5 Proceso de análisis	26
2.6 Consideraciones éticas y normativas.....	29
3 Hallazgos.....	33
3.1 Conocimientos de los médicos-docentes acerca de las personas con sordera prelocutiva...35	
3.1.1 Conocimientos fragmentados, confusos y precarios fundamentados en el Modelo flexneriano.	36
3.1.2 Currículos médicos invisibilizadores de la diferencia.	42
3.2 Concepción del sujeto sordo	48
3.2.1 El sujeto sordo ubicado entre las díadas normal/anormal, inclusión/exclusión.....	49
3.2.2 El sordo como un otro sin rostro, no imaginado.....	56
3.2.3 El sordo como un “otro” del que hay prescindir.....	62

3.3 Implicaciones de las representaciones sociales sobre sordera prelocutiva en la relación médico – paciente sordo	66
3.3.1 Procesos de comunicación basados en las condiciones del sujeto oyente.	66
3.3.2 Condiciones estandarizadas de atención en salud, que invisibilizan la diferencia.	74
3.3.3 La eficiencia del saber médico, única razón del encuentro médico – paciente.	79
3.3.4 Utilización del lenguaje en el que subyacen sentimientos de pesar y minusvalía.	83
4 Discusión final.....	86
Referencias	90
Anexos.....	97
Anexo 1	97
Anexo 2	100
Anexo 3	102
Anexo 4	104
Anexo 5	106

Lista de tablas

Tabla 1. Matriz categorial proceso de análisis	28
--	----

Presentación

Fue hace ya más de 6 años cuando entré en contacto en forma accidental, pero afortunada, con el mundo de los sordos. A través de la Fundación Dime Colombia y su propósito de enseñar por medio de la Logogenia¹ el Castellano a las personas sordas utilizando la lecto-escritura como estrategia, pude darme cuenta de algunas de las realidades que este grupo de personas debía enfrentar en su cotidianidad y que yo ignoraba hasta entonces. La más impactante de esas realidades fue evidenciar que los sordos, especialmente los sordos prelocutivos, no desarrollaban la capacidad² (Chomsky, 2001), lingüística para la lecto - escritura en el Castellano, es decir, no sabían³ leer ni escribir Castellano aún después de contar con la posibilidad de acceder y finalizar su formación académica al interior del sistema educativo existente.

Recuerdo a Clara⁴, una adolescente sorda de unos 18 años de edad vinculada a la Fundación. Clara se encontraba feliz por finalizar su bachillerato y soñaba ansiosamente el poder convertirse en el futuro próximo en “diseñadora de modas”. Ella, como muy pocos sordos en el país, había contado hasta entonces con todas las posibilidades existentes en nuestro medio para las personas con este tipo de diferencia: haber recibido y finalizado con éxito la formación académica que la legitimaba como bachiller; haber aprendido con alto grado de perfección un lenguaje propio: la lengua de señas; hablar con claridad el Castellano la lengua histórico - vocal de su familia, haber desarrollado a un muy alto nivel la habilidad para leer los labios y haber recibido un implante coclear en algún momento de su vida. Tenía para su fortuna además de lo anterior, una dedicada familia preocupada por su futuro.

¹ La Logogenia como metodología de enseñanza- aprendizaje en los sordos de la lengua, surge en México de la mano de La Dra. Bruna Radelli, investigadora del Instituto Nacional de Antropología e Historia de México y se basa fundamentalmente en la Teoría de la Gramática Generativa de Noam Chomski. Dicha metodología propone que los niños y las niñas entren en contacto con la lengua a través de un input lingüístico no auditivo, sino visual, es decir a través de la inmersión en lengua escrita, de tal manera que pueda activarse en ellos el proceso de adquisición del español, o de cualquier otra lengua histórico - vocal y el desarrollo de su competencia lingüística, en dicha lengua.

² “Capacidad para hacer algo”, desde la perspectiva de Chomsky, es la que posee una persona de acuerdo a su constitución física o mental en un momento determinado, sin necesidad de mayor instrucción, adiestramiento, ni desarrollo físico, etc.

³ “Saber” en el mismo sentido Chomskiano de “tener la capacidad de”.

⁴ Nombre ficticio, con la intención de resguardar la identidad de la joven.

Al preguntarle a Clara por sus sentimientos frente a las pruebas que el Estado colombiano le exige a todos los bachilleres del país como requisito de ingreso a cualquier universidad, las pruebas SABER PRO, la alegría de Clara se tornó en tristeza y expresó: “no entendí las palabras” y “el tiempo es muy corto”. Inmediatamente vino a mi pensamiento la pregunta: ¿Qué explicación satisfactoria podría dar yo como representante de una sociedad a una persona sorda como Clara, joven, llena de sueños y que ha finalizado después de muchos esfuerzos personales y familiares con éxito sus estudios y que recibe el certificado gubernamental que la acredita como bachiller, el no ser capaz de enfrentarse a los retos académicos que le impone el mismo sistema educativo?

Derivado de lo anterior, fue igualmente duro darme cuenta mediante los propios testimonios y vivencias de ellos mismos, los jóvenes sordos con los que tuve la oportunidad de relacionarme, el estado de aislamiento y exclusión que a diferentes niveles se ven sometidos. Clara contaba con tristeza cómo en diversos momentos durante su proceso formativo académico notaba algunos profesores cansados de verse “obligados” a tener un trato diferencial con ella, es decir a tener que adoptar conductas o actitudes al interior del aula de clase con la intención de adaptarse a su diferencia funcional tales como el hablar más despacio y mirarla a ella siempre de frente. Recordaba Clara, también con dolor, cómo algunos de sus compañeros y compañeras se molestaban y expresaban su malestar con expresiones como “esta maldita sorda cuando será que se va”, sólo porque ella en su proceso hacía más lentas las actividades programadas y en ciertos momentos “captaba una mayor atención” por parte de los docentes.

Clara aunque estaba físicamente incluida en un espacio escolar, parecía no estarlo desde la comprensión de su diferencia en quienes la acompañaban a lo largo de su proceso. Cuando comencé a pensar, pues antes no lo hacía, en personas sordas, sólo vinieron a mi memoria la cara de aquellos jóvenes de la Fundación. No recuerdo a nadie más con sordera, ni durante la vida escolar, ni en el ámbito universitario tanto en el pregrado como en el posgrado. Tampoco recuerdo algún estudiante con esas características en el medio de la docencia universitaria y mucho menos un colega docente. En el área de atención clínica nunca me enfrenté a la circunstancia de atender a un paciente sordo, o por lo menos nunca me percaté de ello, y ni pensar en haber tenido como compañero o compañera en el equipo de salud a una persona sorda.

Todo lo anterior me ha llevado no sólo a pensarme como una persona común al interior de una sociedad sino, además, a mirarme como médica y docente de una Facultad de Medicina, en mi relación con las personas sordas. Al final, he debido asumir el hecho de que ellos, los sordos, hasta entonces no habían existido en mi vida. No habían existido tal vez por causa del azar (?), pero más probable que lo anterior es que como nunca consideré su existencia en este mundo, no comprendía en consecuencia su diferencia y por lo tanto nunca les he permitido ser visibles con mis actitudes tanto en el ámbito de la vida cotidiana, como en mi ejercicio profesional como médica y docente.

Comencé así una lectura juiciosa y sistemática de estudios publicados que me ayudaron a acercarme, de alguna forma, al sentimiento y a la experiencia vivida por personas sordas en diferentes ámbitos, centrando mi atención en el último año en el ámbito de la atención en salud. Este acercamiento puso en evidencia una serie de imaginarios, creencias y concepciones que frente a las personas sordas tenemos quienes trabajamos en esta área y que generan en consecuencia una serie de actitudes y comportamientos de nuestra parte provocando al final, entre otras cosas, una relación médico-paciente con una serie de dificultades, malos entendidos en aspectos importantes tales como la comunicación de un diagnóstico y la comprensión de la terapéutica a seguir y el no respeto por la autonomía de estas personas frente a la toma de decisiones sobre su vida y su propio cuerpo.

Lo anterior me llevó a compartir con los autores la siguiente hipótesis: “los médicos no estamos lo suficientemente preparados para el cuidado de los pacientes sordos” (...) pues “los currículos académicos no incluyen las habilidades necesarias para satisfacer las necesidades de este grupo de población” (Chaveiro, Porto, & Barbosa, 2009, p. 149).

Partiendo de todas estas inquietudes planteadas hasta este momento y en el marco del proceso académico de una Maestría en Educación y Desarrollo Humano, me propuse el desarrollo de la presente investigación que puede considerarse pionera en el medio colombiano en relación con el área de la Educación Médica, la cual no sería posible sin el concurso de un grupo de personas a las cuales dirijo mi especial agradecimiento:

De un lado, agradezco profundamente a todo el grupo de Logogenistas, padres de familia y grupo de trabajo de la Fundación Dime Colombia por su gran apertura y colaboración y en especial a Sara, Nathalie y Eliecer, tres jóvenes sordos que me permitieron conocer desde sus propias voces sus realidades, sus sueños, sus alegrías y esperanzas, pero también las dificultades y frustraciones generadas por su condición de “ser sordos”. Es a ellos a quienes va dirigido principalmente el presente trabajo.

Agradezco a mis “colegas” médicos - docentes de la Facultad de Medicina de la Fundación Universitaria San Martín quienes a través de su disposición y apertura sincera, permitieron que este trabajo fuese posible.

A Anita y Kathy, médicas egresadas de la misma Facultad, que a través de su sensibilidad, trabajo y compromiso, facilitaron y aportaron para su construcción.

A Felipe, también estudiante de medicina, por su colaboración en el proceso de digitación de algunas de las entrevistas.

A la Dra. Ana María Rendón, odontóloga de profesión, vecina y amiga, por dejarse seducir y compartir y apoyar esta pasión, por el tiempo en que los afanes de la vida le permitieron convertirse en una difusora permanente de una estrategia de vida como lo es la Logogenia para las personas sordas.

De igual manera agradezco a la Doctora Ofelia Roldán Vargas su confianza en mí y en el tema, y el fortalecer y estimular día a día la pasión por el mismo.

Por último, agradezco a mis padres: Rodrigo y Beatriz, a mi esposo Luis Javier y a mi hija Sara, por el apoyo siempre incondicional, por mis largas noches y cortos días, por soportar con alegría mis largas y repetidas ausencias, por respetar, comprender y apoyarme en mis encierros y angustias, y por permitirme ir tras el logro de mis sueños una vez más en su compañía.

1 Problema de investigación

“Being deaf is worse than being blind because being blind isolates one from things, but being deaf isolates one from people”.
Hellen Keller

1.1 Planteamiento del problema

“Cuando yo estaba en el hospital (por un Síndrome de Guillain - Barré) 4 o 5 médicos daban vueltas alrededor de mi cama y hablaban referente a mí. Yo no entendía lo que decían. Ellos me tocaban, me examinaban, hablaban acerca de mí, y yo estaba ahí, tendido. Las personas oyentes pueden al menos escuchar que está sucediendo y pueden tener algo que decir acerca de eso. Pero yo no. Ellos vienen, me tratan como a un objeto en un zoológico y se van.”⁵ (Iezzoni, O’Day, Killeen, & Harker, 2004, p. 357).

El texto anterior es tomado del testimonio de una persona sorda partícipe de una investigación llevada a cabo en Estados Unidos en el año 2004, cuya pretensión era conocer las experiencias de tales personas, las personas sordas, respecto a la atención en salud. Dicho texto traído de otras latitudes, permite reconocer en forma indirecta y a través del relato de un tercero, en este caso de una persona sorda, unos contenidos cognitivos, afectivos y simbólicos que guían no sólo las conductas de los médicos, como grupo de sujetos pertenecientes a un contexto socio-histórico específico, sino también las formas de organización y comunicación que éstos poseen tanto en las relaciones entre ellos mismos como con los grupos sociales con los que interactúan, que para el caso del presente ejemplo hace referencia a los pacientes con sordera prelocutiva.

Tales contenidos, formas de organización y de comunicación, implican la presencia de estereotipos, opiniones, creencias, valores y normas que guían las actitudes y acciones de dichos médicos, y que se constituyen a su vez, como sistemas de códigos, valores, lógicas clasificatorias, principios interpretativos y orientadores de las prácticas que definen la llamada conciencia colectiva, la del grupo de médicos, la cual rige con fuerza normativa en tanto instituye los límites y las posibilidades de cómo las mujeres y los hombres actúan en el mundo.

⁵ Traducido por la autora de éste texto.

Todo lo anterior hace parte de un sistema cognitivo denominado representaciones sociales que son las que nos permiten conocer la “visión de mundo” que las personas, en este caso los médicos, tienen frente a los pacientes con sordera y las acciones y posturas derivadas de tal visión de mundo que se adoptan ante dichos sujetos en la interacción cotidiana de la atención en salud.

En relación con las personas con sordera se han construido históricamente una serie de representaciones, muchas de ellas derivadas de las mismas que han existido y “evolucionado” en el tiempo alrededor de la diferencia dialéctica “normalidad/ anormalidad” en general, las cuales han sido legitimadas y perpetuadas por instancias de poder en la sociedad en su conjunto, o en escenarios más particulares como la familia, la escuela y la propia institución médica que, sin ser los únicos, se constituyen fundamentales en la construcción y permanencia de tales concepciones.

Con referencia a esto último, se observa aún, cómo concepciones respecto a la persona sorda como un “limitado”, como un ser a quien le falta algo para ser “normal”, con menor inteligencia en relación con una persona oyente, están presentes aún en el mundo actual y se evidencian no sólo en la forma en que se les nombra, las creencias que se tienen en torno a este grupo de personas sino además en las actitudes que se adoptan respecto a ellos mismos.

Como parte de las mencionadas representaciones se cree además, en forma errónea, que el problema de las personas sordas está limitado a la comunicación con el mundo de los oyentes generado por el hecho físico de la falta de audición y que, por ser ésta su única dificultad, se compensa fácilmente aumentando la amplitud y el volumen de las ondas sonoras o permitiéndoles la lectura de los labios. Se cree también en forma equivocada que los sordos, prelocutivos o no, escriben, leen y comprenden lo escrito de la misma forma que los oyentes y que, por lo tanto, pueden acceder a cualquier producción escrita: libros, periódicos, subtítulos del cine, close caption especialmente diseñados para sordos, internet, entre otros con lo cual pueden comunicarse, ingresar y avanzar a todos los niveles del sistema educativo “regular” y enfrentar el mundo sin mayores dificultades.

Creencias y valoraciones como las ya mencionadas llevan a nombrar a los sordos no como lo que son sino como lo que se considera de ellos y a legitimar conductas mediante las cuales no

se les reconoce como seres humanos autónomos, se les limita en el ejercicio de sus derechos y se les impide en forma total o parcial su participación en los sistemas sociales, culturales, económicos y políticos. En el ámbito de la atención en salud por ejemplo, los pocos estudios llevados a cabo en otros países - dado que en nuestro país son casi inexistentes - han mostrado que representaciones como las ya mencionadas han conducido, de un lado, a una relación médico paciente caracterizada por importantes problemas de comunicación, los cuales derivan en una serie de errores y malos entendidos en los procesos de diagnóstico, terapéutico y de toma de decisiones en salud, y del otro, a una actitud paternalista por parte del médico a través de la cual las personas sordas son tratadas, en palabras de ellas mismas, como un grupo “silencioso” (Meador & Zazove, 2005), a quienes no se les tiene en cuenta en las decisiones sobre su propio cuerpo y aún sobre su propia vida, impidiéndoles de esta forma el ejercicio de la autonomía, a la cual ellos, los sordos, como cualquier otra persona tienen derecho, con el consecuente deterioro de la propia dignidad de los mismos.

Adicionalmente, tales representaciones cobran gran relevancia, cuando proceden de individuos que han asumido un rol social de gran poder en lo referente no sólo a la transmisión y perpetuación de paradigmas sino en la formación de seres humanos, como es el caso particular de los docentes que juegan un papel trascendental en los procesos de enseñanza y aprendizaje de una disciplina como la medicina. En estos procesos de enseñanza – aprendizaje, más claramente identificables en el área clínica de la formación médica, el encuentro con el paciente está mediado en forma casi permanente por la presencia del médico que hace las funciones de docente. Es el médico – docente quién alrededor del paciente, estimula al estudiante a aplicar, en un ambiente real y concreto, no sólo los conocimientos y procedimientos aprendidos en áreas más teóricas del currículo sino que lo enfrenta a situaciones que les permiten desarrollar su pensamiento crítico, su capacidad para resolver problemas y tomar decisiones.

Es así como esta relación de los estudiantes con el paciente, que para el caso es el paciente sordo, mediada por los docentes - médicos, permite a los estudiantes no sólo conocer y apropiarse “paradigmas” en cuanto a la relación médico - paciente, mediante la observación de las actitudes, expresiones y comportamientos de sus docentes, que se constituyen a su vez en reflejos de sus creencias, conceptos y valores en torno a la población con sordera prelocutiva, sino que también se constituye en un espacio para la construcción de valores éticos y profesionales a seguir.

Dado esto último y el poco tratamiento que ha tenido en el contexto de la educación médica en nuestro país y en nuestra ciudad, el tema de las representaciones sociales de los médicos - docentes respecto a la sordera prelocutiva y a las relaciones que éstos establecen con sus pacientes sordos, surge la necesidad de aproximarse a la identificación y comprensión de esta situación problemática en la Facultad de Medicina de la Fundación Universitaria San Martín con la convicción de que reconocer una problemática no implica necesariamente su solución, pero si permite enfrentarnos probablemente a la necesidad de una educación médica más incluyente y más creativa a través de la cual el otro, como ser diferente, tenga cabida.

1.2 Preguntas orientadoras

- ¿Qué conocimientos sobre sordera prelocutiva tienen los médicos –docentes de la Fundación Universitaria San Martín, Sede Sabaneta, y cómo los han adquirido o construido?
- ¿Cómo conciben los médicos – docentes de la Fundación Universitaria San Martín, Sede Sabaneta, al sordo prelocutivo y a partir de qué referentes empíricos han construido sus campos de representación?
- ¿Qué implicaciones tienen en el ejercicio profesional de los médicos - docentes de la Fundación Universitaria San Martín, Sede Sabaneta, sus construcciones de sentido respecto a la sordera prelocutiva?

1.3 Objetivos

- Identificar los conocimientos que los médicos - docentes de la Facultad de Medicina de la Fundación Universitaria San Martín, Sede Sabaneta, poseen respecto a las personas con sordera prelocutiva y sus fuentes de adquisición o construcción.

- Interpretar las construcciones de sentido que respecto a la sordera prelocutiva, han elaborado los médicos-docentes de la Facultad de medicina de la Fundación Universitaria San Martín, en su trayectoria laboral y docente.
- Develar las implicaciones que tienen en el ejercicio médico las representaciones sociales respecto a la sordera prelocutiva, construidas por los docentes - médicos durante su proceso de formación y su experiencia laboral.

1.4 Antecedentes

"Yo soy como soy y tú eres como eres,
construyamos un mundo donde yo pueda ser
sin dejar de ser yo, donde tú puedas ser sin
dejar de ser tú, y donde ni yo ni tú
obligemos al otro a ser como yo o como tú."

Subcomandante Marcos

Hasta el Siglo XIX nominaciones como idiotas, seres inferiores, monstruos, sordo- mudos, eran las más comunes para hacer referencia a las personas con sordera. Hoy son frecuentes términos como: sordos de nacimiento, sordos pre o post-linguales, pre o post-locutivos, hipoacúsicos, sordos sensoriales, Sordos (con mayúscula) o “verdaderos sordos”, sordos oralizados o sordos con lengua de señas, personas con déficit auditivo, discapacitados o desfavorecidos, para nombrar a este grupo de personas.

Para el presente trabajo se utilizará el término Sordo y más específicamente Sordo prelocutivo (o prelingual) para hacer referencia a aquellas personas cuya imposibilidad para escuchar está presente desde el momento de su nacimiento o que perdieron su capacidad para oír antes de haber adquirido la lengua histórico- vocal de su comunidad⁶ que para el caso colombiano y como lo define la constitución política en su Artículo 10, es el Castellano (Colombia. Asamblea Nacional Constituyente, 1991, Constitución Política de Colombia). Se incluyen también dentro de

⁶ Vale la pena enfatizar, que la adquisición de la lengua en los seres humanos, ocurre fundamentalmente en los primeros meses de vida y se extiende hasta el inicio de la adolescencia, siendo los primeros cinco años, el período en el cual se da la adquisición de las formas lingüísticas y los contenidos de la misma. Lo anterior se ha denominado *periodo crítico de adquisición del lenguaje*.

esta denominación aquellas personas con sordera severa (con una audición entre los 71-90 dB⁷), profunda (91-120 dB) o cofosis (más de 120 dB) y que nunca hubiesen sido sometidos a implantes cocleares, antes de los 3 años de edad.⁸ A este grupo de personas, la profundidad de su sordera no les permite, o lo hacen en forma muy escasa, el aprendizaje de la lengua histórico-vocal de la comunidad donde nacieron, viven y se desempeñan como seres sociales por vía auditiva y requieren estrictamente de la vía visual -**lectura de labios** o **lengua de señas** fundamentalmente- como canal comunicativo de acceso a la información y a la educación (Correa, 2010).

Múltiples estudios (Allen, 1986; Di Francesca, 1972; Holt, 1993; Trybus & Krachmer, 1977, citados (Allen, 1986; Di Francesca, 1972; Holt, 1993; Trybus & Krachmer, 1977, citados por LaSasso, 1993), (LaSasso & Davey, 1987; Limbrick, McNaughton, & Clay, 1992; Mason, 1991, citados por J. D. Herrera, 2010) en Herrera, 2010) han demostrado cómo la educación de los sordos por cualquiera de las dos alternativas anteriormente mencionadas, aunque ha permitido elevar su integración social mejorando las **competencias comunicativas**, no ha logrado así el desarrollo de **competencias lingüísticas** en la lengua histórico vocal de su comunidad. Lo anterior se traduce, para efectos prácticos cotidianos, en que los sordos a pesar de contar con la posibilidad de acceder a alternativas de integración educativa como las mencionadas no aprenden a leer cualquier texto como lo haría un oyente y tampoco a escribir con la misma fluidez y claridad sintáctica que éstos. En otras palabras, no aprenden y en consecuencia no saben ⁹ castellano (Chomsky, 2001).

Estudios con pacientes sordos llevados a cabo en países como Estados Unidos (Iezzoni et al., 2004; Meador & Zazove, 2005) y Brasil (Chaveiro et al., 2009) muestran cómo el problema principal que las personas sordas enfrentan es su inadecuada comunicación con el mundo de los oyentes el cual está representado en tales estudios por el mundo de las personas que conforman el equipo de salud. Los estudios norteamericanos en mención muestran además cómo los miembros

⁷ dB: decibles

⁸ Se hace énfasis en lo del Implante Coclear, pues se ha visto como los niños que han sido implantados tempranamente, han podido activar de alguna manera la facultad del lenguaje a través de la audición, lo que hace que su situación pueda considerarse diferente del resto de los niños con sordera prelingual.

⁹“Saber” en el sentido Chomskiano de “tener la capacidad de hacer algo”, que es la que posee una persona de acuerdo a su constitución física o mental en un momento determinado para hacer algo, sin necesidad de mayor instrucción, adiestramiento, ni desarrollo físico, etc.

de la comunidad sorda, que en su gran mayoría son usuarios de la Lengua de Señas Americana (ASL), tienen bajos niveles de lectura y su escritura no se hace en un inglés estándar (Chaveiro et al., 2009; Iezzoni et al., 2004; Meador & Zazove, 2005), lo que genera en consecuencia que las personas sordas no puedan interpretar correctamente las prescripciones escritas que se les hace o que no puedan comprender las diversas formas impresas entregadas a ellos en el proceso de la atención en salud (formatos de Consentimiento informado, por mencionar un ejemplo) y les lleva a malos entendidos acerca de la toma de decisiones frente a su enfermedad o de las recomendaciones de tratamiento.

De otro lado, el mismo estudio muestra cómo los pacientes sordos sienten que el hecho de no poseer un adecuado nivel de escritura y lectura en inglés refuerza en los médicos y en general en el equipo de salud la falsa asociación cultural de sordo - tonto, con el consecuente trato hacia éstos como personas con “bajo nivel de inteligencia”, llegando incluso a ser ignorados en el proceso de la atención en salud.

Otros estudios han mostrado cómo el no comprender de una manera adecuada lo que se les quiere transmitir provoca adicionalmente en los sordos un clima de “pérdida de la credibilidad” hacia el equipo de salud, lo cual se refleja en parte en la baja asistencia de estos pacientes a los servicios y en la creencia entre la población sorda estudiada, de que “sus tratamientos son inferiores a los que reciben las personas oyentes” (Meador & Zazove, 2005, p. 218).

Lo anterior se ve reforzado en el estudio llevado a cabo por Iezzoni et al. (2004), en el que las personas sordas afirman cómo muchos médicos dada su “visión patológica de las personas sordas” (...) “no respetan en forma adecuada la inteligencia, la motivación y el deseo de los pacientes sordos para entender y participar en su propio cuidado en salud” (p. 356), llegando a concluir el cómo sus dificultades comunicativas con el personal de salud parten de evidenciar que “los médicos y las enfermeras parecen no estar preparados para acomodarse a sus necesidades comunicativas” (Meador & Zazove, 2005, p. 219).

Este último estudio muestra por ejemplo, cómo los propios médicos les exigen a los sordos ciertas formas de comunicación que ellos, las personas sordas, consideran inadecuadas tales como,

la lectura de labios, la escritura de notas o el traer miembros de la familia que sirvan de intérpretes. En ocasiones cuando se cuenta con un intérprete, contratado para tales circunstancias, “los médicos mantienen contacto visual con los intérpretes y no con los pacientes, provocando esto último que las personas sordas no encuentren ninguna manera para comunicarse” (Iezzoni et al., 2004, p. 358).

Son muy escasos los estudios publicados en Colombia que dan cuenta de la anterior situación (Parra & Pinzón, 2000), tanto desde la perspectiva de las personas sordas, como desde la mirada del personal de salud involucrado en dicha atención, pero puede suponerse intuitivamente que la situación no dista mucho de los estudios mencionados. Queda claro entonces con lo mencionado arriba, cómo el desconocimiento o el mal reconocimiento, los imaginarios y creencias construidos por parte del personal de salud, frente a cierto grupo de personas, que para el caso son las personas con sordera prelocutiva, afectan e influyen sobre los sentimientos, las actitudes y acciones que se adoptan en relación con estas últimas. Es sobre estos imaginarios, construidos socialmente a través del lenguaje y perpetuados en muchas ocasiones por éste, como las sociedades crean sus propias organizaciones institucionales, tales como las organizaciones educativas y de salud, desde las cuales en ocasiones sin mucha conciencia también se excluye.

1.5 Justificación

“Quien quiera enseñarnos una verdad que no nos la diga; simplemente que aluda a ella con un breve gesto, gesto que inicie en el aire una ideal trayectoria deslizándonos, por la cual lleguemos nosotros mismos hasta los pies de la nueva verdad”

Ortega y Gasset

A pesar de que en Colombia, de acuerdo con las últimas cifras arrojadas por el DANE (Departamento administrativo Nacional de Estadísticas) en el censo del año 2005, el porcentaje de la población con algún tipo de limitación¹⁰ auditiva era para la fecha del 17,3%¹¹, lo que correspondía a un total aproximado de 455.381 entre las cuales el 14% tenían menos de 18 años,

¹⁰ Término que reemplazó en Colombia al de Deficiencia, dado que esta última al ser definida como “Anormalidad”, incluía sólo aquellas que presentaran una desviación significativa de la norma, dejando de esta forma por fuera las dificultades leves. (Consultado: 6/09/08) Ir a: www.dane.gov.co/censo Capítulo Discapacidades

¹¹ Que para el DANE, hace referencia exclusivamente a aquellas personas con limitaciones en la recepción de mensajes halados, sonidos del entorno. Capta personas con sordera total y parcial. (Consultado: 6/09/08) Ir a: www.dane.gov.co/censo. Capítulo Discapacidades

no se conocen estudios que hagan referencia a aspectos como los ya mencionados que afectan en forma sustancial no sólo la atención en salud de las personas sordas en forma particular, sino su calidad de vida en forma general.

Llevar a cabo investigaciones propias que permitan pensarnos como sociedad, partiendo de las representaciones que se construyen a partir de grupos específicos con alta significación social tales como el de los médicos y los docentes, en torno a otros grupos sociales, tal como el que constituyen las personas con sordera prelocutiva, permite reconocer los modos y procesos de construcción del pensamiento de dicho grupo social, comprender la dinámica de sus interacciones sociales y aclarar los determinantes de sus prácticas, pues la representación, el discurso y la práctica se generan mutuamente (Abric, 2001, citado por Araya, 2002). Por lo tanto, conocer, desentrañar y cuestionar el núcleo figurativo de una representación social alrededor del cual se articulan creencias ideologizadas se hace importante como un paso significativo para lograr la modificación de una representación y en consecuencia de una práctica social como la medicina (Banchs, 1991).

Es importante no olvidar cómo los escenarios clínicos, en los que se produce la atención a los pacientes y en forma simultánea la enseñanza de la medicina, se constituyen no sólo en lugares idóneos para la adquisición del conocimiento formal explícito básico para la profesión médica sino también en lugares idóneos para la transferencia del conocimiento tácito (inconsciente) y los valores profesionales. Es en estos escenarios clínicos en donde los docentes y tutores exhiben su función de rol - models, desplegándose ahí la mayor parte del extenso currículo oculto que cada facultad, inconscientemente, pero con gran eficacia ofrece al estudiante (Prat-Corominas, Palés-Argullós, Nolla-Domenjó, Oriol-Bosch, & Gual, 2010).

Dado lo anterior, la presente investigación enmarcada dentro de una maestría en Educación y Desarrollo Humano pretende identificar los conocimientos que los médicos - docentes de la Facultad de Medicina de la Fundación Universitaria San Martín, Sede Sabaneta, poseen respecto a las personas con sordera prelocutiva y sus fuentes de adquisición o construcción, interpretar las construcciones de sentido que éstos han elaborado en su trayectoria laboral y docente, con la intención de develar las implicaciones que tales conocimientos y construcciones de sentido tienen fundamentalmente en el ejercicio médico y si se hace posible, en la formación de estudiantes.

Los anteriores se constituyen en elementos de gran valor, ya que una investigación en este sentido pionera en nuestro país puede ayudar a reconocer, de un lado, posibles dificultades o fortalezas en el proceso de la enseñanza en medicina en torno a temáticas globales como el reconocimiento de la diferencia o específicas como la sordera y sensibilizar así a las entidades formadoras del recurso humano en salud, a los médicos-docentes y a los médicos en general, sobre la necesidad de reconocer la diferencia en el ser humano como un elemento constitutivo y enriquecedor del mismo. De otro lado, un tipo de investigación como la que se propone podría ayudar a re-construir y re-configurar las concepciones que desde la medicina se tienen de lo que significa el ser sordo, dejando claro que en él la única capacidad que se encuentra limitada es la capacidad de oír, en otras palabras, de procesar los sonidos, pero que su capacidad intelectual para la toma de decisiones racionales es decir, su llamada competencia para la toma de decisiones autónomas está intacta, sólo que las alternativas ofrecidas en el ámbito de la atención en salud no han permitido en forma plena su ejercicio.

Se hace importante reconocer además las formas y las actitudes que se adoptan con este tipo de pacientes en el espacio de la atención sanitaria y de acuerdo con lo hallado, fortalecer o proponer estrategias que permitan replantear el abordaje que se tiene para con los sordos partiendo de sus necesidades particulares desde su diferencia, reforzando aquí la importancia de la adecuada comunicación en la relación médico – paciente como el elemento constitutivo central del acto médico.

Por último, esta investigación sumada a los resultados de otros estudios similares pretende aportar a la conformación de una base científica que sustente la promoción del perfeccionamiento, la actualización y la especificación del contenido de las políticas públicas y las leyes en torno a las personas con sordera prelocutiva, que permitan garantizar el respeto por el derecho a la autonomía y la toma de decisiones a estas personas, tanto en el área de la salud como en todas las esferas sociales como un derecho constitucional ya adquirido como ciudadanos de este país.

2 Acerca de lo metodológico

Adoptar una metodología implica establecer una óptica desde dónde mirar las diferentes realidades, tiene que ver con el comprender y dar cuenta de la lógica de los caminos que se han transitado en el proceso de la construcción metódica e intencionada del conocimiento. Es a través de una lógica investigativa que se puede pensar la realidad social y así estudiarla (Strauss & Corbin, 2002), soportando en forma rigurosa, al final, la construcción social de un texto que aporte al campo del conocimiento.

2.1 Construcción de sentido a través de la investigación cualitativa

El interés por la narrativa expresa el deseo de volver a las experiencias significativas que encontramos en la vida diaria, no como un rechazo de la ciencia, sino más bien como un método que puede tratar las preocupaciones que normalmente quedan excluidas de la ciencia normal.

Max Van Manen, 1990

Hablar de las representaciones sociales de los docentes –médicos de la Facultad de Medicina de la Fundación Universitaria San Martín, sede Sabaneta, frente a los pacientes con sordera prelocutiva supone rescatar desde ellos mismos sus propias creencias y concepciones construidas en torno a este grupo de personas. Dichas creencias y concepciones se construyen ya sea desde el espacio de formación profesional de ellos como médicos - al interior de una instrucción intencional (curricular) -, como parte de una relación con los otros (pares académicos, pacientes, entre otros) o a partir de la interacción en el ambiente básico de la vida cotidiana, que como lo dice Carlos Sandoval: “es el escenario de construcción, constitución y desarrollo de los distintos planos que configuran e integran las dimensiones específicas del mundo humano” (Sandoval, 2002, p. 36).

Estas realidades y experiencias subjetivas e intersubjetivas son valoradas como objetos legítimos de conocimiento científico en la investigación cualitativa, pues se asume que es desde allí cómo se ponen de manifiesto el carácter único, multifacético y dinámico de las realidades humanas, constituyéndose esta última – la investigación cualitativa- en la forma más adecuada,

sino la única de develar el sentido de complejas interacciones sociales (Roldán, 2006), como las que trata la presente investigación.

De acuerdo con Strauss y Corbin (2002), la metodología de investigación cualitativa implica no sólo la construcción del conocimiento desde la mirada de quienes como los médicos – docentes viven y experimentan la realidad en su interacción con las personas sordas sino que involucra además, el conocimiento que se genera a partir de la interacción de ellos mismos como actores, con el propio investigador y su particular realidad (de la Cuesta, 1997). Es así como el investigador en los enfoques cualitativos no es un mero observador distante, que no interactúa con la realidad a estudiar, sino que asume su papel como ser social participe del proceso investigativo mismo y es quien debe permitir, a través de una actitud dialógica, que aflore y se pueda sistematizar la vivencia y el conocimiento que estos docentes - médicos tienen de las personas sordas, tal y como ellos en sí mismos la experimentan, no meramente desde el plano objetivo sino en el plano de lo subjetivo y lo intersubjetivo (Sandoval, 2002) y las representaciones que en torno a estas relaciones han construido.

De esta forma, el conocimiento generado a través de investigaciones como ésta deriva de una producción constructiva e interpretativa de la propia existencia y no de una suma de hechos empíricamente observados, estableciendo una estrecha relación del saber de lo humano con los contextos que lo producen, esforzándose por captar las singularidades y comprender más allá de la constatación de una regularidad (Herrera, 2010). Es así como los métodos empleados para conocer la misma incluyen procedimientos que privilegian el conocimiento de los mecanismos interpretativos y comprensivos del ser humano.

En una investigación cualitativa no se trata entonces de llegar a la “verdad” sino más bien de llegar a una comprensión detallada de las perspectivas que cada uno de los actores tienen de la experiencia vivida. Supone que la verdad como propósito de búsqueda es una respuesta contextualizada, con la posibilidad de entenderla como una versión momentánea y de acuerdo intersubjetivo. No se trata tampoco de apropiarse de una opinión transmitida por otros sino más bien de adentrarse íntimamente a la esencia de una experiencia humana particular para recuperar el sentido construido por quienes participan en ella de una forma activa, llegando hasta las raíces

del fenómeno en cuestión, con rigor científico más no con rigidez y con una relación permanente de reflexividad, tal como lo plantean Noya (1993, citado por Delgado & Gutiérrez, 1995) y Grbich (1998).

Se pretende con este tipo de estudio, no perder el aspecto humano de la vida pues los actos, las palabras y los gestos de cada uno de los docentes- médicos participantes del proceso no pueden ser reducidos a ecuaciones estadísticas o al análisis convencional que se limita a rechazar o aceptar hipótesis. Se trata de estudiar en cada uno de ellos sus creencias, sus concepciones, sus “saberes”, sus valores y sus actos en torno a los pacientes con sordera prelocutiva y ofrecer como dice Schutz: “a ambos, al yo actuante y al observador que interpreta, no sólo el simple acto significativo y el contexto o configuración de significado al que éste pertenece, sino todo el mundo social en perspectivas plenamente diferenciadas” (1993, citado por Roldán, 2006, p. 27).

Dado todo lo anterior, optar por un enfoque cualitativo permite así metodológicamente comprender que no existe una sola realidad objetiva, que hay múltiples realidades que se construyen sin una “lógica” determinada y específica, que son internas a los individuos y que están vinculadas a los contextos y a las interpretaciones que de ellos se hacen. El producto final de la comprensión, es decir el conocimiento construido, se genera cuando nos disponemos a “Aprender a ver más allá de lo cercano y de lo muy cercano, sin desatenderlo, sino precisamente verlo mejor integrándolo en un todo más grande” (Gadamer, 1991).

2.2 La hermenéutica, una forma de comprender la realidad

La hermenéutica como técnica, arte y filosofía de los modelos cualitativos de hacer investigación tiene como característica central el comprender e interpretar -utilizando como medio el lenguaje- y develar a partir de allí los motivos de la acción de los sujetos derivados de la experiencia, permitiendo recuperar de esta forma el sentido de la existencia misma (Garagalza, 2002, citado por J. D. Herrera, 2010).

Comprender a los docentes -médicos a través de sus textos implica que el investigador se ponga en su lugar, que preste su voz haciendo de mediador, e interprete el texto proveniente de

los investigados como sujetos históricos, para que dichos textos digan algo al tiempo presente dotándolos así de sentido (Herrera, 2010). Reconocer a los docentes - médicos como sujetos históricos tiene que ver con el interpretar sus textos “como parte de la historia de un sentido, de un proceso, de una experiencia en el que lo que cuenta es lo que cada uno de ellos dice y secundariamente quién lo dice y cómo lo dice” (Herrera, 2010, p. 157) y con socializar intersubjetivamente esa doble capacidad individual -la comprensión y la interpretación- en el acto de la interlocución. Lo anterior conlleva a que ambos, tanto el sujeto de la acción como quien investiga, aporten una propia comprensión y una interpretación inicial -contingente e incompleta- de las cosas, de la vida y del mundo en el que viven, que son originarias de su humanidad y de su estar-en-el-mundo, lo que vuelve a toda comprensión parcial e inacabada y sin pretensiones de llegar a un conocimiento soberano de la verdad.

La comprensión implica también hacer un esfuerzo por captar el sentido de lo que los sujetos intentan decir a través de sus palabras, gestos, acciones y silencios. Hace referencia al sentimiento como manifestación sensible, como una dimensión humana interna a través de la cual los sujetos expresan su interioridad (Dilthey, citado por Mardones, 1991). No captar, por tanto, en una manifestación, conducta, hecho histórico o social esa dimensión interna, equivale a no comprenderla.

El investigador se vuelve así en un interlocutor que escucha e incentiva al docente-médico a hablar, a protagonizar lo vivido y a presentar su reflexión, y al escuchar, el investigador participa activamente de la reconstrucción de las experiencias narradas abriendo la oportunidad al narrador, de acrecentar una profusión de sentidos a su historia (de Souza, 2010), que en el contexto de la vida colectiva de su existencia es como adquiere sentido. Desde esta mirada, la interpretación entendida desde la filosofía hermenéutica como “una apertura a lo otro, en medio de lo cual se devela la estrechez del propio horizonte, a la vez que lo interpretado cobra sentido para la situación histórica el intérprete” (Herrera, 2010), logra que los textos superen a su autor, pues éste no tiene absoluta claridad ni conciencia de todo lo que ha expresado ya que el sentido de lo que dice, le sobrepasa.

Comprender en la práctica y de acuerdo con todo lo expresado, constituye un acto de conocimiento hermenéutico que reúne en el texto interpretado al Sujeto investigador y al Sujeto investigado y que conlleva a “la posibilidad de construir generalizaciones, que permitan entender los aspectos comunes a muchas personas y grupos humanos en el proceso de producción y apropiación de la realidad social y cultural en la que desarrollan su existencia” (Sandoval, 2002, p. 32), y que se reconfigura cada vez y en cada nueva experiencia, poniendo en cuestión lo que antes se pensaba sobre ellas y el tipo de cosas que remiten a ellas también.

2.3 La construcción de los datos

2.3.1 La entrevista semiestructurada.

La escuela clásica de investigación en torno de las representaciones sociales, desarrollada por D. Jodelet y S. Moscovici, enfatiza en el aspecto constituyente de las representaciones (enfoque procesual) más que en el constitutivo (enfoque estructural). Es decir, hace énfasis en develar la forma como las representaciones sociales contribuyen a la configuración de la realidad social y producen en ellas una serie de efectos específicos.

Acceder al contenido procesual de una representación supone recurrir entonces a técnicas cualitativas de investigación a través de las cuales se posibilite la recopilación del discurso. Este discurso puede ser espontáneo (conversación), o bien, estimulado a través de técnicas como la entrevista semiestructurada la cual se constituyó en la técnica seleccionada para la presente investigación.

De acuerdo con Ibáñez (1988, citado por Araya, 2002), cuando las personas revelan sus representaciones mediante sus producciones verbales no están efectuando la descripción de lo que está en su mente, sino que están construyendo activamente la imagen que se forman del objeto con el cual les confronta las preguntas del investigador. Por tanto, el discurso que se produce con la entrevista permite dar cuenta de la vivencia particular de la persona que es entrevistada y de los marcadores sociales que encuadran su vida social (Araya, 2002).

Se llevaron a cabo para la presente investigación ocho (8) entrevistas (Ver Anexo 5), con una duración promedio de media hora -30 minutos-, seis (6) de las cuales sólo requirieron un sólo momento y dos (2) de un segundo encuentro para dar claridad o ampliar aspectos considerados importantes. El lugar y momento de realización de las mismas se acordó con cada uno de los participantes, seis (6) se llevaron a cabo en los sitios de trabajo y dos (2) en los lugares de residencia.

Tales entrevistas provocaron el encuentro cara a cara entre la investigadora y los participantes y permitieron comprender desde las palabras de ellos mismos – los médicos-docentes- sus perspectivas en torno a las experiencias, concepciones, ideas y actitudes que se tienen con respecto a las personas con sordera prelocutiva.

2.4 Criterios de inclusión de los participantes

La selección de los participantes de este estudio se hizo teniendo en cuenta los siguientes criterios:

- Médicos-docentes vinculados al área de docencia clínica en la Facultad de Medicina, es decir, médicos que ejercen su función educativa en la atención de pacientes tanto ambulatorios como hospitalizados, en las diferentes especialidades médicas.
- Docentes- médicos que estuviesen vinculados a la Facultad de Medicina por contrato de medio tiempo o tiempo completo, o que su vinculación por cátedra se valoró como alta – vinculación mayor de 100 horas al semestre-, pues se consideró que el tipo de contrato y la alta vinculación a la facultad podrían garantizar un mayor contacto con los estudiantes y por ende mayores y mejores posibilidades de transmisión de paradigmas, y facilitar los encuentros en un trabajo como el propuesto.
- Docentes – médicos vinculados al trabajo sólo con personas adultas (hombres y mujeres), que acudían a la consulta por motivos diferentes a problemas específicos de salud mental.
- Docentes- médicos que prestan sus servicios en la facultad, específicamente en centros de atención en salud ubicados dentro del área metropolitana del Municipio de Medellín.

Al final de la anterior selección, del grupo inicial de 40 docentes quedaron 13 médicos – docentes que cumplían con los criterios señalados. A éstos se les invitó, a través de una carta enviada por internet a sus respectivos correos electrónicos (Ver Anexo 3), a asistir a una reunión en las instalaciones de la Facultad de Medicina, la cual tuvo como objetivos explicar en forma precisa el trabajo a realizar, la metodología a seguir y las responsabilidades y compromisos de cada uno en caso de aceptar participar en el mismo y a proceder en caso de que fuera posible en ese mismo momento, a firmar el consentimiento informado (Ver Anexo 4), del cual se hará mención en el apartado de Consideraciones éticas y normativas del presente trabajo.

A dicha convocatoria sólo respondieron cinco docentes a los cuales, después de la explicación ya mencionada, se les citó para un encuentro individual posterior en el cual se revisaría nuevamente el consentimiento y se procedería a la realización de la entrevista.

Se llevó a cabo una segunda invitación a través del mismo medio, corrigiendo algunas dificultades presentadas en la anterior invitación (actualización y corrección de algunos correos electrónicos). A esta convocatoria se sumaron tres docentes más.

Cabe resaltar que antes de iniciar la convocatoria y el posterior trabajo con los médicos – docentes, se solicitó aprobación al decanato de la misma facultad (Ver Anexo 1) Aprobación que fue obtenida y oficializada con carta que se anexa (Ver Anexo 2) y con la cual se inició la puesta en marcha de la investigación propuesta.

2.5 Proceso de análisis

Cuando ya todas las entrevistas fueron transcritas y revisadas se leyeron una a una, línea por línea, en forma muy detenida y minuciosa. A través de un procedimiento inductivo y un análisis descriptivo, se hicieron visibles los pensamientos, ideas y significados contenidos en ellas, utilizando para ello el sistema de codificación abierta (Strauss & Corbin, 2002), que se describe a continuación:

Al leer los textos, surgieron de allí unos datos empíricos particulares -fenómenos-, los cuales fueron identificados como ideas centrales presentes en los datos. Dichos fenómenos se agruparon bajo un encabezamiento de clasificación común -conceptos- (Strauss & Corbin, 2002), teniendo en cuenta para ello, las características compartidas y la relación de sus significados. Para la denominación de los conceptos se utilizaron “etiquetas verbales”, eligiéndose para algunos casos “códigos” (Glasser & Stauss, 1967, citados por Strauss & Corbin, 2002) y para otros, nombres teniendo en cuenta el significado o la imagen que evocan cuando se les examina comparativamente o en contexto -codificación-.

Una vez se lograron agrupar los conceptos identificados en las entrevistas, se redujeron a unidades analíticas determinadas por sus características, similitudes y diferencias entre ellas, bajo conceptos más abstractos denominados categorías, las cuales permitieron reducir de esta forma el número de unidades con las que se pretendía trabajar. A cada categoría se asignó un nombre con la intención de describir en buena forma lo que sucedía y que permitiera en cada momento evocar en forma rápida el referente sobre el que se estaba trabajando.

Identificadas las categorías se desarrollaron en “términos de sus propiedades y dimensiones específicas” (Strauss & Corbin, 2002), es decir, intentando especificar y precisar cada una de éstas a través de la definición de sus características particulares.

Este análisis descriptivo inicial permitió evidenciar la multiplicidad de contenidos o significados implicados en una representación -los conceptos- e identificar los principales componentes representacionales -las categorías principales- y organizar sus contenidos jerárquicamente (Banchs, 1988).

Una vez finalizada la codificación abierta, se continuó el proceso con la codificación axial (Strauss & Corbin, 2002), a través de la cual se lograron establecer relaciones y conexiones entre las diferentes categorías en cuanto a sus dimensiones, contextualizar los fenómenos anteriormente encontrados y a darle a éstos la complejidad requerida para el análisis, para desarrollar al final, las llamadas categorías conceptuales. Las conexiones anteriormente mencionadas se establecieron

teniendo en cuenta elementos tales como: el contexto de aparición, los antecedentes, las condiciones de variación y las consecuencias derivadas, por mencionar solo algunos.

Para llegar a la construcción teórica que se traduce en el texto: “Representaciones sociales de las médicos – docentes en torno a la sordera prelocutiva” se hizo necesario finalmente un proceso de codificación selectiva durante el cual se desarrollaron y se refinaron las categorías de mayor relevancia, presentadas finalmente como conceptos interrelacionados que permitieran explicar en un sentido general el fenómeno estudiado y articular los aspectos esenciales de los resultados en torno a un elemento nuclear, que para el caso de esta investigación correspondió al núcleo central de las representaciones analizadas.

Para una mayor comprensión del capítulo siguiente, en el que se hacen explícitos los hallazgos de la investigación, se presenta a continuación la matriz categorial resultante de este proceso de análisis.

Tabla 1. Matriz categorial proceso de análisis

Categorías	Tendencias
Conocimientos de los médicos - docentes de la Facultad de Medicina de la Fundación Universitaria San Martín acerca de las personas con sordera prelocutiva.	Conocimientos fragmentarios, confusos y precarios fundamentados en el Modelo flexneriano.
	Currículos médicos invisibilizadores de la diferencia.
Concepción del sujeto sordo.	El sujeto sordo ubicado entre las diadas normal/anormal, inclusión/exclusión.
	El sordo como “otro” sin rostro, no imaginado.
	El sordo como “otro” del que hay que prescindir.
Implicaciones de las representaciones sociales sobre sordera prelocutiva en la Relación médico – paciente sordo.	Procesos de comunicación basados en las condiciones del sujeto oyente.
	Condiciones estandarizadas de atención, que invisibilizan la diferencia.
	La eficiencia del saber médico, única razón del encuentro médico – paciente.
	Utilización del lenguaje en el que subyacen sentimientos de pesar y minusvalía.

2.6 Consideraciones éticas y normativas

Con el fin de hacer prevalecer el criterio del respeto a la dignidad y la protección de los derechos y bienestar de los participantes en esta investigación, se tuvo en cuenta la Resolución 8430 de 1993 emanada por el Ministerio de Salud de Colombia como normativa que exige su aplicación a toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio. La mencionada Resolución está basada en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, a la cuál Colombia se encuentra afiliada como país miembro.

Adicionalmente se llevó a cabo la aplicación de los principios de la ética en investigación propuestos por el Informe Belmont, como aquellos que permiten al ser humano su “autocomprensión, guiar su praxis e interrogarse sobre sus perspectivas de realización en relación con los otros y con los contextos determinados social e históricamente” (Galeano, 2004).

La presente investigación cuenta con el aval académico del CINDE¹² como entidad investigadora y la Fundación Universitaria San Martín (FUSM) sede Sabaneta, institución en la cual se realiza esta investigación, la cual se formaliza mediante carta que se anexa. (Ver Anexo 4).

El CINDE y la Universidad de Manizales como entidades responsables del proceso formativo de la investigadora, realizaron los procesos de supervisión, seguimiento y asesoría directa y permanente durante el desarrollo de la investigación a través de una profesional con conocimiento y experiencia en el campo de la investigación.

Principios de la ética en investigación y aplicación de los mismos a esta investigación:

Principio de Respeto por la autonomía: la aplicación de este principio comenzó desde el momento mismo en el que se hizo la convocatoria a los trece docentes que cumplían con los criterios de inclusión para participar en la presente investigación, a participar de una reunión voluntaria en las instalaciones de la Facultad de Medicina (Ver Anexo 3). A los asistentes se les

¹² Fundación Centro Internacional de Educación y Desarrollo Humano. Medellín.

explicó los objetivos, la metodología y las responsabilidades y compromisos de cada uno de ellos y de la investigadora y se les citó para un encuentro individual posterior en el cual además de resolver inquietudes surgidas de ellos, se constató la comprensión del trabajo. Posteriormente se procedió a la lectura individual del formato de Consentimiento informado (Ver Anexo 4), a la firma del mismo y en uno de los casos a la realización inmediata de la entrevista semiestructurada.

Principio de Beneficencia: la aplicación de este principio en la presente investigación se llevó a cabo inicialmente a través de la identificación de los probables riesgos y daños que pudiesen sufrir los sujetos de investigación como consecuencia de su participación en la misma y de la definición de los beneficios anticipados a los que con certeza recibirían éstos también de su participación; posteriormente se llevó a cabo un balance entre riesgos y beneficios, en el cual primaron los primeros sobre los segundos

Riesgos: al tratarse de una investigación cualitativa en la cual la investigadora entra en contacto directo y profundo con cada uno de los participantes, los riesgos a los que se pueden ver sometidos éstos tienen que ver directamente con el manejo de la información que se haga de los textos obtenidos de las entrevistas. Un uso inadecuado de dicha información puede llevar al señalamiento negativo individual de alguno de los docentes y generar en consecuencia daños en su integridad personal o en su actividad laboral.

Para la eliminación de dichos riesgos se procedió primero, a través del Consentimiento Informado (Anexo 4) garantizar la confidencialidad en el manejo de la información obtenida, y posteriormente, una vez transcritas las entrevistas, se procedió a “limpiar” la información asignando códigos numéricos que impidan la identificación del informante, garantizando de esta forma el anonimato de los mismos.

De otro lado, teniendo en cuenta los criterios definidos por la ya mencionada Resolución 8430 (Colombia. Ministerio de Salud, 1993, Artículo 11), la presente investigación podría clasificarse como una investigación de riesgo mínimo, pues aunque en dicha resolución no se tienen en consideración para dicha clasificación los estudios con un enfoque cualitativo, es importante resaltar que la información obtenida parte de entrevistas “cara a cara” con los participantes que

pueden llegar a “modificar” los aspectos psico-afectivos de los entrevistados. Esta clasificación se hace importante pues define el tipo de consentimiento que debe ser realizado, lo anterior quiere decir, que de acuerdo a esta clasificación dada - de riesgo mínimo -el consentimiento informado deberá hacerse por escrito - como de hecho se hizo-, a menos que el Comité de ética de la investigación de la institución investigadora determine lo contrario, que no fue el caso en la presente investigación.

Beneficios: desde el momento mismo en que se lleva a cabo la justificación en la presente investigación se ponen en evidencia los beneficios que se obtendrán de la misma.

Si se parte del beneficio individual del que será objeto cada uno de los docentes- médicos participantes - que es siempre desde donde se debe partir, del sujeto de la investigación- la presente investigación les permitirá:

- Identificar las falencias o fortalezas en su proceso formativo respecto al abordaje de los pacientes con sordera prelocutiva y/o con sordera en general - o con cualquier otro tipo de diferencia- y llevar a cabo cuestionamientos propios de su quehacer como médicos y docentes en este aspecto específico de la práctica.
- Al momento mismo de finalizar la entrevista a los participantes se les instruirá sobre los términos desconocidos -prelocutiva por ejemplo- o de aspectos que ignoran referente a este tipo de pacientes - legislación, derechos, lengua, estrategias comunicativas, entre otros lo que representará para ellos un aprendizaje derivado de la propia investigación.
- Modificar, a partir de los elementos anteriores, tanto su práctica médica como su práctica docente, haciéndola cada vez más humana e incluyente.

Si los beneficios a los que se hace referencia, es a los beneficios sociales y del conocimiento, la presente investigación permitirá:

- Conocer, desentrañar y cuestionar el núcleo figurativo de las representaciones sociales de la formación médica frente a los pacientes con sordera prelocutiva o con sordera en general, alrededor del cual se articulan creencias ideologizadas como un paso significativo para lograr la modificación de una representación y en consecuencia de una práctica social como la medicina.
- Reflexionar sobre un campo específico de la educación médica - la educación en la diferencia- poniendo en cuestión términos como los de normalidad / anormalidad, inclusión /exclusión y discapacidad en general, al cual poco o nada se dedica en los procesos formativos de los médicos.
- A través de la difusión de esta investigación, sensibilizar a las entidades formadoras del recurso humano en salud, a los médicos-docentes y a los médicos en general, sobre la necesidad de reconocer la diferencia en el ser humano como un elemento constitutivo y enriquecedor del mismo. Además de proponer y fortalecer estrategias que permitan replantear el abordaje que desde la prestación en salud se tiene para con los sordos partiendo de sus necesidades particulares desde su diferencia.
- Como aporte al conocimiento, esta investigación sumada a los resultados de otras similares pretende contribuir a la conformación de un cuerpo científico de conocimiento que promueva el perfeccionamiento, la actualización y la especificación del contenido de las leyes vigentes y las políticas públicas de allí derivadas, que tocan con las personas con sordera en general, en procura de garantizar en ellas el respeto a la autonomía y a la toma de decisiones, tanto en el área de la salud como en todas las esferas sociales, como un derecho constitucional ya adquirido como ciudadanos colombianos.
- Principio de Justicia: para dar cumplimiento a este principio, la selección de los médicos - docentes participantes partió inicialmente de la definición de los criterios de inclusión¹³ surgidos a partir de unos elementos metodológicos y de características en los participantes que permitieran el logro de los objetivos de la misma. Una vez seleccionada la población de estudio de acuerdo a los criterios de inclusión mencionados, se incluyeron en la investigación todos los médicos - docentes que mostraron voluntad y accedieron voluntariamente a participar en la misma.

¹³ Ir a página 22, Segmento 2.4. Criterios de inclusión de los participantes.

3 Hallazgos

“Oíd las voces tormentosas de quienes ya viajaron en el tiempo,
De quienes ya vistieron los hábitos de la indignidad.
Escuchad al que no existió porque un día vosotros tampoco existiréis,
Abrid vuestras mentes a quienes vieron otras cosas y vivieron otras vidas,
No esperéis a que el viento del presente derrumbe vuestra futura dignidad,
Es tiempo de respeto y de comprensión,
Es tiempo de un nuevo rumbo,
Virad el timón y orientad la proa a un mundo nuevo,
Desplegad las velas de vuestra humanidad en un mundo nuevo,
Un mundo pleno de diversidad y de libertad,
Un mundo impregnado de dignidad,
Un mundo en libertad.”

Javier Romañach

Comprender el sentido que respecto a las personas con sordera prelocutiva tienen los docentes - médicos de la Facultad de Medicina de la Fundación Universitaria San Martín, sede Sabaneta, requiere inicialmente de algunas precisiones en torno al concepto mismo de representaciones sociales. Se parte en este trabajo de la teoría de las Representaciones sociales, introducida por el psicólogo francés Serge Moscovici en el año de 1961, como una unidad de enfoque la cual permite comprender el modo como los seres humanos -sujetos sociales- aprendemos los acontecimientos de la vida diaria, las características de nuestro ambiente, las informaciones que en él circulan, y el cómo identificamos a las personas de nuestro entorno próximo o lejano (...), integrando lo individual y lo colectivo, lo simbólico y lo social; el pensamiento y la acción (Araya, 2002).

La representación social de acuerdo con Moscovici es un modo de producción cognitiva de grupos y personas en un contexto socio-histórico específico -que para el caso de la presente investigación hace referencia al grupo de los docentes - médicos de la Facultad de Medicina de la FUSM -. Tal modo de producción cognitiva lleva a transformar y a reproducir conocimientos originados en tradiciones comunes y significados compartidos, a partir de nuevas experiencias y desde la influencia del discurso científico.

Las representaciones sociales se constituyen así en “modalidades de pensamiento práctico, orientados a la comunicación, la comprensión y el dominio del entorno social, material e ideal”

(Jodelet, 1989, citado por Moscovici, 1989, p. 474). Pueden entenderse como una “teoría” mediante la cual los sujetos obtienen una lectura de la realidad y toman determinada posición frente a ella lográndose identificar un cuerpo de conocimientos, reconocidos por la sociedad, que se establece como una teoría generadora de un patrón de pensamiento y que sirve como referencia para la práctica social.

Es así como al hacer referencia a las representaciones sociales se alude a un proceso y a un contenido. En tanto proceso, las representaciones sociales hacen referencia a la forma de la adquisición y la transmisión de un conocimiento, es decir, a la manera de pensar e interpretar la realidad cotidiana. En cuanto contenido, éstas se refieren a un conocimiento – sistema de creencias compartido- el cual está constituido por tres dimensiones fundamentales (Moscovici, 1979), a saber: la información, los campos de representación (se incluyen aquí las imágenes, las opiniones, las creencias, los valores y las vivencias) y las actitudes.

Dar cuenta de la información para la presente investigación, incluye por un lado, el identificar los conocimientos que los médicos- docentes de medicina de la FUSM, poseen respecto a la sordera en general y en consecuencia de las personas con sordera prelocutiva. Tiene que ver además con el reconocer no sólo la cantidad de información que éstos poseen al respecto sino con el tipo -la calidad- de esta información y el origen de la misma, es decir, si sus conocimientos parten de la experiencia práctica con personas con sordera prelocutiva, o si se derivan de la información obtenida a través de su formación como médicos o de la experiencia como tal en la vida cotidiana.

De otro lado, cuando se indaga por los campos de representación se pretende conocer las concepciones presentes en los médicos – docentes en torno a las personas con sordera prelocutiva, el ordenamiento y la jerarquización que los médicos-docentes dan a dichos elementos y la objetivización y condensación de los mismos en imágenes claras y concretas, esto con la posibilidad de identificar cuan estereotipado está el conocimiento y qué tipo de prejuicios se tienen en torno al mismo. Esto último es lo que Moscovici (1979) llamó Núcleo figurativo y es, de acuerdo con el autor, el que confiere el peso y el significado a todos los demás elementos que están presentes en el campo de la representación (Araya, 2002).

Por último, las actitudes tienen que ver con las orientaciones positivas o negativas que los médicos – docentes adoptan en su conducta frente a las personas – pacientes con sordera prelocutiva, expresando así el aspecto más afectivo y por lo tanto más primitivo de las representaciones sociales, ya que éstas -las actitudes- aparecen en los seres humanos aún sin la necesidad de tener mayor información sobre el hecho en particular (Araya, 2002).

En resumen, conocer o establecer una representación social implica determinar qué se sabe (información), qué se cree, cómo se interpreta (campo de la representación) y qué se hace o cómo se actúa (actitud). Estas tres dimensiones, halladas por Moscovici, forman un conjunto que tan sólo puede separarse para satisfacer las exigencias propias del análisis conceptual y que son las que integran en un todo el siguiente texto.

3.1 Conocimientos de los médicos-docentes acerca de las personas con sordera prelocutiva

“Las ciencias humanas no tienen consciencia de los caracteres físicos y biológicos de los fenómenos humanos. Las ciencias naturales no tienen consciencia de su inscripción en una cultura, una sociedad, una historia. Las ciencias no tienen consciencia de su función en la sociedad. Las ciencias no tienen consciencia de los principios ocultos que gobiernan sus elucidaciones. Las ciencias no tienen consciencia de que les falta consciencia.”

Edgar Morin

El conocimiento es en general el producto que surge de una relación que se establece entre “un sujeto” que conoce, que para el caso de la presente investigación lo constituyen los docentes - médicos de la Facultad de Medicina de la Fundación Universitaria San Martín, sede Sabaneta y un fenómeno a conocer -las personas con sordera prelocutiva-, mediante la cual el primero construye representaciones, genera acciones y formula en consecuencia proposiciones - adecuadas o no - sobre los segundos (Díaz, 2003, citado por Ocampo-Martínez, 2008).

Para esta investigación, se hacen importantes los conocimientos que los docentes- médicos poseen respecto a las personas con sordera prelocutiva porque, independiente de su forma de adquisición, de su cantidad y calidad, de lo estereotipado o lo trivial de éstos y de su organización, los conocimientos se constituyen, por un lado, en las bases para el desarrollo de nuevas

representaciones y acciones que van enriqueciendo la construcción del conocimiento general, -que para el caso de esta investigación hace referencia al conocimiento médico, favorecida por el contacto y la relación que establecen tales docentes - médicos con el grupo de los estudiantes de medicina en su proceso formativo- , pero por otro lado y de manera muy importante, se constituyen en instrumentos fundamentales para definir las relaciones entre el médico- docente con el entorno, con otros seres humanos y en particular para la presente investigación, con el grupo de personas con sordera prelocutiva.

3.1.1 Conocimientos fragmentados, confusos y precarios fundamentados en el Modelo flexneriano.

“Pues, que recuerde? (risas). Te voy a decir en mis palabras, prácticamente sería aquella persona que tiene imposibilidad para la, para el entendimiento o la pronunciación, por así decirlo, para el entendimiento de las palabras, para el entendimiento como tal de las palabras. Ehh, eso como tal es lo que recuerdo, pero no... como reviso muy poco el tema, no tengo claridad sobre eso.” E6

“De sordera, pero no recuerdo haber escuchado prelocutiva.” E5 “Sordera sensorial y otras, pero prelocutiva no.” E5

En las anteriores expresiones se evidencia desconocimiento, confusión y poca claridad respecto a la sordera cuando a ésta se la nombra a partir de la perspectiva de si las personas que “la padecen” han adquirido o no el lenguaje histórico- vocal de la comunidad donde viven al momento de la presentación de la misma -que es lo referente a los términos prelocutiva y postlocutiva- y se deja entrever el conocimiento de la sordera desde lógicas clasificatorias diferentes, basadas fundamentalmente en la “lesión o el daño” de la estructura anatómica involucrada o aún desde la etiología causante de ésta.

Estos elementos clasificatorios identificados en el proceso investigativo evidencian que el conocimiento, proveniente fundamentalmente de su proceso formativo como médicos, está influenciado y direccionado claramente por los conceptos de salud y enfermedad definidos desde la época moderna. Sydenham (citado por Quevedo, 1990) inaugura en la época en mención dos estructuras metodológico-conceptuales para la comprensión de estos conceptos: una denominada empirismo clínico y la otra denominada perspectiva epidemiológica, ambas fundamentadas

filosóficamente en el positivismo. En la primera de estas dos estructuras se hará mayor referencia en el presente trabajo.

El empirismo clínico parte de comprender la verdad - la salud o la enfermedad- como algo que es externo al propio individuo. Para acceder a la misma el médico debe “verla” a través de los sentidos y crearse una imagen mental o reflejo de ésta. Es la correspondencia o no de esta imagen con la realidad lo que determina su grado de veracidad. Bajo esta perspectiva se inaugura el concepto de la observación clínica, tan presente en la época actual, la cual, busca además llevar a cabo “una historia o descripción de todas las enfermedades tan gráfica y natural como sea posible” con el fin de alcanzar “una práctica o método curativo estable y acabado con relación a aquellas” (Quevedo, 1990, p. 5).

Al interior del empirismo clínico y su evolución histórica aparecen tres perspectivas constituyentes del mismo: la anatomoclínica, la fisiopatológica y la etiopatológica, perspectivas que continúan presentes en los docentes - médicos participantes en el estudio como formas de comprender la salud y la enfermedad y dentro de esta última a la sordera en general y que se hacen evidentes en sus expresiones.

“Ver”, de un lado, a la sordera desde la versión anatomoclínica de la enfermedad es entenderla como el producto del “daño o lesión” de un órgano o estructura anatómica que sirve de apoyo a los síntomas. Es, en otras palabras, cómo “el fenómeno observado, el signo, es decir, el efecto es correlacionado con su causa material, la lesión, hacia la cual este nos conduce” (Quevedo, 1990, p. 7). Los propios docentes - médicos así lo entienden:

“la sordera la consideraríamos una limitación física, igual que como que el paciente fuera hemipléjico, o que al paciente le falte una pierna...” E3

Esta comprensión de la sordera desde la perspectiva anatomoclínica hace que a la persona sorda se la conciba de una forma particular: como alguien a quién le “falta algo” o eso que tiene, lo tiene “dañado” para ser considerada como “normal”. Esta concepción conlleva en consecuencia

una relación “terapéutica” propia, en la cual se define como objetivo fundamental y exclusivo la “corrección del daño” presente, como se verá en el próximo capítulo de esta investigación.

De otro lado, definir la sordera desde la versión fisiopatológica significa comprenderla como el producto resultante de la alteración de procesos orgánicos, en la cual el signo - la imposibilidad de escuchar - o el síntoma se constituyen en “la expresión de secuencias procesales del proceso morbozo” (Quevedo, 1990, p. 10). Uno de los docentes -médicos así lo expresa:

“...uno identifica, listo! estas personas tienen un déficit auditivo y un déficit pues del lenguaje...” E1.

En este texto se deja entrever cómo el concepto que estos docentes - médicos tienen acerca de la sordera está dado fundamentalmente desde la descripción de lo que exteriormente se “ve”: la imposibilidad que tiene el sordo de escuchar, que los lleva en consecuencia a presentar dificultades en el lenguaje, limitando la comprensión del lenguaje al acto comunicativo. Así lo manifiesta uno de los docentes-médicos:

“...Pues aquel que como dijiste, o ha perdido uno de los elementos importantes en la intervención de la comunicación cierto? o el sentido importante de la audición cierto? y aquel pues que nace sin la posibilidad de escuchar” E5.

Crear que la sordera está limitada exclusivamente a un “problema comunicativo” ha llevado a definir alternativas de inclusión, tanto en lo social como en el ámbito de la medicina, que apuntan exclusivamente ambas a restablecer la incapacidad del sordo de poder oír, como se verá más adelante en esta investigación. Pero además, tales concepciones conducen a la adopción de actitudes particulares consideradas como las adecuadas desde aquel que oye - en este caso el médico-docente- al momento de la atención en salud, con la intención de superar las dificultades que en el ámbito de lo comunicativo suponen para las personas con sordera, tales como la utilización de la excesiva gesticulación, el aumento del tono de la voz y el uso de la lecto-escritura, aún con ciertas particularidades, tal como lo expresan los docentes- médicos entrevistados:

“...La letra más clara, más grande, el color podría ser interesante, el no usar siempre el negro, usar un color vivo: un verde,...eh, no el verde no!, el verde puede incluso como disparte en un blanco de una hoja... diríamos el rojo... si” E1.

“..Ehh, Una de las maneras, sería la escritura, y otra serían los gestos. Pues, tratar de decirle, “te tengo que revisar”, a punta de gestos, porque no hay de otra...” E6.

“De pronto con el sordo tengo más posibilidades de entenderme porque me puede leer los labios...” E2.

Por último, se devela la comprensión de la sordera por parte de los docentes-médicos desde la perspectiva etiopatológica en la medida en que no sólo la conciben como un daño orgánico que genera en consecuencia unos síntomas, sino que también centran su atención en la identificación o el reconocimiento de las “causas externas e internas” que la provocan o dan cuenta de ella como fenómeno de morbilidad:

“...y en mi especialidad pues las secuelas auditivas en realidad no son muy altas, para uno decir que hay nacimientos altos con problemas de la audición por defectos.... (...) no sé si haya trastornos congénitos que lleven a que estos sean más altos. Porque si se han mejorado algunas drogas y fármacos antiguos que podrían alterar la audición de los fetos...” E5

De la misma forma que en las comprensiones anteriores se hace de la persona sorda, se construye desde la medicina una forma propia de “enfrentar” esta dificultad, previniendo todas las posibles causas y llevando a cabo una detección temprana de todos aquellos agentes etiológicos que puedan favorecer su aparición, como se puede ver expresado en el siguiente texto:

“...si nosotros tuviéramos la capacidad de diagnosticar tempranamente a los pacientes con sorderas congénitas, pudiéramos hacer algún tipo de intervención como la hay para hacerlo, podríamos tener personas completamente rehabilitadas..” E8

De otro lado, aunque es evidente el desconocimiento del término específico “prelocutiva”, una vez se les explica el mismo, los médicos - docentes establecen una relación directa con sus propios elementos clasificatorios de sordera y más aún, con la implicación que este tipo de sordera tiene sobre los pacientes en lo concerniente a la adquisición de la lengua histórico- vocal propia del contexto donde éstos se desenvuelven y las dificultades de allí generadas tanto en su integración social en general así como en el proceso comunicativo entre médico y paciente en lo particular. Los textos siguientes ilustran lo dicho:

“Porque es muy importante si alguien tiene lenguaje o no tiene lenguaje. El postlingual puede que sepa escribir, puede que... adquiere más habilidades de comunicación que el que es un prelingual” E8

“...porque aquel quizás ya tuvo esa oportunidad de escuchar y pueda quizás entenderle a uno más lo que quiera decirle, que aquel que nunca ha tenido la oportunidad de escuchar...” E5

..“pienso que un sordo congénito me va a traer más dificultades para poderme relacionar o hacerme entender o entenderle a él que una persona que sepa hablar por ejemplo, que no sea un sordo- mudo” E2

Como consecuencia de los modelos de pensamiento que soportan los conceptos de salud-enfermedad anteriormente esbozados y aún presentes en los médicos - docentes, se derivan algunos abordajes particulares del proceso salud- enfermedad que se plasman en la reducción a lo físico de la comprensión de los fenómenos humanos -en este caso de la sordera- manteniéndose de esta forma un concepto biologista del hombre y por ende del proceso salud - enfermedad con todas sus

consecuencias¹⁴. De esta forma, el objeto de estudio de la medicina no es entonces el sujeto - persona sana o enferma en su integralidad, con una biografía y una situación actual directamente relacionadas con la aparición de la enfermedad sino la enfermedad objetiva que se concreta en órganos, sistemas y especialidades, tal como lo evidencia el siguiente texto:

“...No, porque la medicina se basa en más que todo del punto de vista de que... cómo solucionarle el problema al otro - en referencia a la persona sorda-, pero no como trato de mejorarle las condiciones sociales al otro, desde el punto de vista del lenguaje” E8.

Dicha fragmentación a la que se ve sometido el ser humano desde la mirada médica descrita, ha determinado en consecuencia unas formas particulares de práctica en salud que resultan consecuentes con el denominado modelo mecanicista o atomista. Modelo que está presente desde mediados del siglo XX y que ha dominado nuestra cultura a lo largo de muchos centenares de años, perpetuando ideas que hacen ver el universo como un sistema mecánico compuesto de piezas y al cuerpo humano como una máquina. Además de la práctica en salud con las características ya mencionadas, esta manera de concebir lo humano en relación a la salud ha dado origen a una forma también determinada de educación médica, la cual está sustentada en lo que se ha denominado el Modelo flexneriano.

El “Modelo flexneriano” en educación médica, toma su nombre del reconocido educador norteamericano Abraham Flexner, quien a través del estudio titulado "La Educación Médica en los Estados Unidos y Canadá: Un Informe a la Fundación Carnegie para el Avance de la Enseñanza" (llamado también “Informe Flexner”) publicado en 1910, dio paso a la más profunda transformación y reforma de la educación médica en Norte América con honda repercusión, años más tarde, en Colombia y en todo el continente.

Flexner propuso como elemento fundamental en la formación del médico la dimensión biológica de la enfermedad, redujo el papel del médico al de un “científico curador” de la

¹⁴ No se pretende desconocer con esto, los innegables avances en el saber de las ciencias biomédicas y sus invaluable aportes al campo de la medicina.

enfermedad, lo que significa que “si no existiera la enfermedad no tendría razón la existencia del médico” y enfocó la atención del individuo en la “departamentalización” o fragmentación del conocimiento. Para hacer posible el estudio del ser humano en fragmentos se pasó entonces a la separación de saberes, siendo en consecuencia indispensable para esto la especialización de la práctica médica, con la consecuente creación de las especialidades médicas. Especialidades que han llevado a “fragmentar” al ser humano en el proceso de la atención en salud y a que dicho conocimiento - “el especializado”- se convierta en exclusividad de un grupo poseedor del mismo, tal como lo deja entrever el siguiente texto de uno de los participantes:

“...No, yo creo que no, porque definitivamente en la vida de pregrado (repite), se hace poco énfasis en una especialidad que apenas le dan a uno un poquito, por ejemplo en otorrino, en esas cosas, y se ven pocos pacientes” E5.

En la actualidad, el modelo de Flexner continúa vigente en la mayor parte de las escuelas de medicina del mundo y en especial de Latinoamérica, lo cual resulta consecuente con los hallazgos que hasta el momento se han presentado de esta investigación porque dicho modelo, según lo expresa Borrel:

Está cristalizado, en el sentido de que a una buena parte de los educadores médicos no se les ocurre enseñar de otra manera y posiblemente no saben que su pensamiento sobre la enseñanza de la medicina se inclina hacia este paradigma (2005).

Paradigma que de ninguna forma contribuye a favorecer una visión integral del ser humano.

3.1.2 Currículos médicos invisibilizadores de la diferencia.

“Existen diferencias que marcan la diferencia”

Max Van Manen

Tal como se ha venido anotando, se aprecia en los docentes - médicos entrevistados una situación bastante precaria en cuanto al conocimiento de la sordera, tanto general como prelocutiva,

que tiene sus raíces en la concepción misma del ser médico centrada en la enfermedad vista como asunto meramente biológico, en la fragmentación de los saberes y en la tendencia divisoria, selectiva y especialista que ha primado en la formación de los profesionales de la salud.

En este sentido al indagar ya no sobre la sordera como asunto objetivo de saber disciplinar sino por el sujeto con sordera prelocutiva, es decir, por el ser humano, el sujeto de derechos, la persona con un lenguaje diferente, el ser social posicionado en un entorno y unas condiciones subjetivas particulares que también siente, piensa y se proyecta, aflora nuevamente el desconocimiento, justificado por el no “haber recibido” en su proceso formativo la debida información y preparación. Así lo expresan sin excepción, todos los docentes- médicos entrevistados:

“..Nunca, ni formación, ni sensibilización.” E1.

“...¡Nunca en la vida! Mejor dicho ¡nunca!...” E2.

“No...Nunca hemos recibido ehh... ni estrategias, ni conocimiento de cómo pueden ser las personas con cualquier grado de lo que yo llamo una limitación física, ni desde el punto de vista legal, ni desde el punto de vista el conocimiento, ni desde el punto de vista de comunicación, para uno aprender a como...” E3.

“No tengo idea a que posibilidades tienen...” E2.

“...no tengo idea de si existe algo legislado para ellos.” E1.

“..Yo no conozco el idioma de los sordos como tal” E6.

“...ni sabía que se llamaba lenguaje de señas.” E1.

“Desafortunadamente nuestra formación carece de esos recursos...” E7.

“Sería ideal que uno dentro de su formación, tuviera uno elementos para comunicarse uno con personas sordas, ya sea... o sea, cualquier tipo de...”

digamos de elementos que le ayudara a uno en esa comunicación, la verdad es que no lo hay, ni desde el punto de vista médico, ni desde el punto de vista de otorrino... eh... ese es como un vacío que hay grande cierto?” E8.

Textos como los anteriores remiten a situaciones problemáticas respecto a la formación tanto disciplinar como humana de los docentes- médicos en las que indudablemente las instituciones formadoras y las propuestas curriculares que en ellas se desarrollan juegan un papel preponderante, o dicho de otro modo, la presencia de vacíos y debilidades en cuanto al conocimiento, en este caso particular respecto a la sordera prelocutiva, se debe precisamente a la invisibilización a que ha sometido la academia a los “diferentes”, a los que no encajan dentro de los parámetros homogenizadores que subyacen en los indicadores macrosociales de carácter cuantitativo a los que lamentablemente se deben ajustar los procesos educativos, desconociendo que su diferencia reclama también diferenciaciones en cuanto a la manera de ser concebidos y tratados por los profesionales de la salud.

El desconocimiento de aspectos específicos tales como el lenguaje y en consecuencia, de las estrategias y preferencias comunicativas utilizadas por este grupo de personas además de los derechos que como ciudadanos tienen -referido exclusivamente a aquellos aspectos que tocan directamente con la atención en salud- influyen de muchas maneras y en forma determinante en el acto médico afectando directamente la relación médico paciente, la prestación del servicio por la alta probabilidad de errores en el proceso diagnóstico y terapéutico y el acceso a los servicios de salud de las personas sordas a los que sin duda también tienen derecho, como se lee en los textos de algunos de los docentes - médicos entrevistados:

“y cuando te dicen cosas uno a veces se equivoca en la interpretación de pronto piensa que es que tienen fiebre y uno dice que es que tiene mareo o una cosa así” E4.

“Si no hay una adecuada comunicación, o si hay un error en el entendimiento, en la comprensión de lo que el otro trata de expresar pues

desde el punto de vista científico, podemos cometer errores al tomar una conducta médica por ejemplo.” E1.

“...o que definitivamente disminuya mucho el número de consultas por la poca accesibilidad que tienen a los servicios...” E6.

“..ellos no es que no se enfermen, sino que no llegan donde nosotros los médicos con la misma facilidad y tranquilidad con que llega un paciente cualquiera.” E2.

Lo expresado por los docentes - médicos refleja como ya se mencionó entonces la no existencia de tales contenidos dentro de su plan de estudios y en consecuencia la no enseñanza ni el aprendizaje de los mismos, tanto en el proceso de formación general como el de especialización. Para expresarlo de una manera más general, “en la escuela - a cualquier nivel que haga referencia- se decide lo que se aprende y lo que no se aprende” (Leyva, 2005). Esta decisión respecto de lo que se incluye o no dentro de las propuestas curriculares para la formación de los médicos es un asunto político que, en este caso particular, refleja la perpetuación de una cultura discriminativa e invisibilizadora de grupos poblacionales minoritarios como son los sordos, soportada en una perspectiva generalizadora que concibe al sujeto de la educación desde “ideales de perfección” dentro de los cuales no caben los sujetos concretos con dotaciones genéticas particulares, biografía, sueños y expectativas de desarrollo propias , que los hacen únicos y marcan su diferencia.

En relación con esto, un aspecto de suma importancia a resaltar es el papel que asumen los médicos en su rol de docentes como transmisores no sólo de valores y paradigmas desde lo individual -como personas-, sino y además de unos conocimientos “disciplinares” particulares dentro del saber médico. Son así los docentes-médicos los “expertos ejecutores” de unos contenidos que deben ser enseñados, los cuáles se establecen como parte de un plan de estudios, determinado por un modelo curricular pre-establecido y definido desde los diferentes centros educativos de los cuáles los docentes - médicos participantes de esta investigación o por un lado, fueron formados como médicos generales o especialistas o por el otro, ejercen su función hoy como docentes. En consecuencia el docente enseña lo que alguna vez aprendió o lo que se indica que se debe enseñar. Así lo refieren unos de los docentes médicos cuando se les indaga por conocimientos específicos

que “entregan” a los estudiantes en las actividades de formación de estos últimos, referido a las personas con sordera:

“ (...) como no conozco la ley no les hablo de la ley.” E2
“Hago énfasis en que hay que ponerse en el lugar del paciente que les llega en cualquier circunstancia pero la verdad no había puntualizado en esto”. E1

Lo anterior es una evidencia de cómo el currículo juega un papel muy importante no solo en la enseñanza y el aprendizaje de unos contenidos específicos, sino además de cómo “el currículo cumple un papel muy destacado en la configuración de unos valores de los cuales el propio colectivo docente y menos aún los mismos estudiantes, no son siempre plenamente conscientes” (Torres, 2005).

Esto último remite necesariamente al análisis de las propuestas curriculares diseñadas y de los contenidos allí seleccionados e implementados para el logro de los perfiles en la formación como profesionales médicos, y lleva a preguntarse: ¿Qué voces están representadas en esos contenidos?, ¿Cuáles están excluidas?, ¿Con el predominio de los contenidos existentes y la forma de desarrollarlos en el espacio académico están las personas sordas, entre muchas otras, siendo fortalecidas y junto con ellas a la cultura a la que pertenecen? o ¿Están por el contrario siendo enajenadas de su ser y hacer en su diferencia y resignados a “adaptarse” forzosamente al mundo de los oyentes, en este caso de los prestadores en salud? (Leyva, 2005).

El currículo como actividad profesional y campo de estudio surge en la década de 1920 - solo unos años después del Informe Flexner- y nace ligado a la idea de eficiencia social (Borrel, 2005), lo anterior hizo que fuese el currículo - y con ello la escuela- el instrumento para responder eficientemente a las necesidades sociales de la educación a través de postulados como el fijar las especificaciones y estándares del producto final que se desea formar.

El currículo definido como “el conjunto de experiencias planificadas por la escuela para ayudar a los alumnos a conseguir, en el mejor grado, los objetivos de aprendizaje” (Neagley & Evans, 1987, citados por Borrel, 2005, p. 11), se proyecta como el marco conceptual sobre el que

se lleva a cabo el proceso de educación - que para el caso hace referencia a la educación médica-, está enmarcado en el contexto de reproducción sociocultural de la cual es producto. Si se toma como referencia el proyecto moderno sobre el cual se asientan los grandes paradigmas no sólo de comprensión de la salud y la enfermedad, sino además el “universo positivista flexneriano” que domina hoy el modelo de educación médica, el currículo en consecuencia se diseña de tal forma que predominen los ejercicios de denominar y clasificar, de exorcizar la casualidad y determinar la causalidad, de eliminar lo imprevisto y domesticar la ambivalencia (Veiga-Neto, 2000), en otras palabras, acabar con la diferencia.

De esta forma se cristaliza en el currículo un conjunto de opciones políticas y académicas que delimitan las experiencias que ingresan o no a los espacios formales de formación, para este caso de la formación médica.

Se vuelve claro así cómo el currículo médico no demuestra estar preocupado con las diferencias como elemento constitutivo del hombre y enriquecedor de la especie humana, sino “con aquello que podríamos denominar como una cierta obsesión por los "diferentes", por los "extraños", o tal vez en otro sentido, por los "anormales" (Skliar & Téllez, 2008), visibilizándolos bajo la perspectiva de su eliminación, de su corrección. Esta preocupación por “los diferentes” conduce indefectiblemente a la consecuente invisibilización y banalización de las diferencias encarnadas en un individuo, en un ser con necesidades también diferentes, que requiere de la sociedad y en este caso en específico del médico, de un trato diferenciado que responda a sus propias condiciones particulares. En consecuencia, el currículo se constituye así en una de las herramientas del ejercicio de poder de una ideología predominante y por ende en el legitimador de unos saberes y de unos conocimientos específicos y en la invisibilización de otros, así lo hace ver uno de los docentes - médicos con la siguiente expresión:

“...seguramente si aquí fueran más la cantidad de mujeres o pacientes sordos que los que escuchan, posiblemente nuestra formación universitaria fuera a favor del sordo cierto,? pero entonces como son quizás pocas, pero más sin embargo importantes, no hay una orientación hacia eso” E5

Expresiones entonces, como las referidas hasta ahora por los médicos - docentes frente a la no adquisición de conocimientos que hagan referencia a las personas sordas, vuelven de esta manera realidad el texto de Martos:

El médico sigue siendo el representante de la ciencia del saber, un saber meramente instrumental que se aleja del trato con el otro, que parte de entender a las ciencias de la salud y entre ellas la medicina no como una práctica social que se apoya en las ciencias, sino como una ciencia instrumental que predice con cierta exactitud e imprecisión el estado del paciente (1999, citado por Jaramillo, Pinilla, Duque, & González, 2004, p. 31).

De esta forma no hay sujetos enfermos -con una biografía y una situación actual- sino enfermedades objetivas que estudiar y tratar, que se concretan en individuos que solo valen como “casos”.

3.2 Concepción del sujeto sordo

Las concepciones y formas de mirar hoy a las personas con sordera prelocutiva y en general a las personas con *diversidad funcional*¹⁵, (Palacios & Romañach, 2006), se configuran entre otras, a través de un fondo cultural acumulado socialmente a lo largo de la historia, constituido por las creencias ampliamente compartidas, por los valores considerados como básicos y por las referencias históricas y culturales que conforman la memoria colectiva y la identidad de la propia sociedad (Araya, 2002).

Lo anterior, presupone procesos de interacción y comunicación entre las personas siendo de vital importancia el medio cultural en el que ellas viven, el lugar que ocupan en la estructura social y las experiencias concretas con las que se enfrentan a diario las cuales influyen en su forma de ser, en la construcción de su identidad, en la forma en que perciben la realidad y en las actitudes

¹⁵ Mensaje 9622 de la comunidad virtual del Foro de vida independiente.
<http://es.groups.yahoo.com/group/vidaindependiente/messages/9622> (Foro de Vida Independiente, 2016).

que adoptan frente al objeto construido. La interacción posibilita además la comunicación entre los miembros de una comunidad, cómo lo es el grupo de médicos - docentes, proporcionándoles un código para el intercambio y para clasificar sin ambigüedades los diversos aspectos de su mundo (Mora, 2002), en este caso para nombrar, entender y así actuar en torno a las personas con sordera prelocutiva.

Tratar de acercarse entonces a las concepciones que los docentes - médicos tienen en torno a las personas con sordera, permite reconocer los patrones de interpretación allí instalados y los discursos a través de los cuales se diseminan y posicionan en el medio social en tanto vehículos de transmisión en el tiempo de los mencionados valores culturalmente aceptados, los cuales cobran gran relevancia tratándose precisamente de quienes aportan tanto a la configuración de modelos y paradigmas médicos en el grupo de estudiantes como a la formación de éstos, en tanto seres humanos.

3.2.1 El sujeto sordo ubicado entre las díadas normal/anormal, inclusión/exclusión.

“Cada acto de designación divide al mundo en dos: entidades que corresponden al nombre y el resto que no. Determinadas entidades pueden ser incluidas en una clase, sólo en la misma proporción en que las otras entidades son excluidas, apartadas. Invariablemente, semejante operación de inclusión/exclusión es un acto de violencia perpetrado al mundo y requiere el soporte de una cierta coerción.”

(Bauman, 2005, p. 21).

Como bien se venía haciendo referencia es la modernidad la era del orden, es la época del combate feroz contra lo considerado ambiguo, ambivalente, de todo aquello que al pretender nombrarse pueda ser referido a más de una categoría clasificatoria.

Clasificar supone así apartar, pretender que el mundo se configura de entidades independientes y diferenciadas; supone de manera simultánea segregar, es decir inferir adicionalmente que cada entidad en el mundo se asocia en forma correspondiente con un grupo de entidades similares y con las que - en conjunto- se oponen a otras diferentes. Lo anterior -el

clasificar- se hace realidad cuándo se relacionan patrones de comportamiento distintos con entidades de clases diferentes (Bauman, 2005). Clasificar supone entonces, dotar al mundo de una estructura, de un orden, manipular sus posibilidades, hacer algunos sucesos más viables que otros, comportarse como si los sucesos no fueran casuales o limitar o eliminar la arbitrariedad de los acontecimientos (Bauman, 2005).

Es a través del lenguaje en una de sus principales funciones: la de nombrar y clasificar, cómo se esfuerza el mundo moderno por mantener el mencionado orden y por negar la arbitrariedad inesperada. La eficiencia de esta función se mide por la claridad de las divisiones establecidas y por lo unívoco con lo que los objetos - o sujetos- puedan asignarse a cada una de las divisiones o clases. Esta actividad nominativa y clasificatoria tiene como ideal la creación de un amplio fichero donde estén incluidas todas las fichas denotativas de cada uno de los términos posibles contenidos en el mundo, pero que otorga a cada ficha y a cada uno de los términos un lugar propio y separado.

Los sujetos no son ajenos a esta clasificación. La denominación dada a cada grupo de personas denota la concepción que particular o socialmente se tiene de ellos y que les ha vuelto merecedores a un elemento clasificatorio específico. Es así como al hacer referencia a las personas sordas surge en los docentes - médicos una forma particular de nombrarlos, de incluirlos dentro de una clase de seres humanos -los anormales- que asegure su comprensión por parte de todos. Así puede leerse en las expresiones de algunos docentes - médicos:

“... pues él se tiene que esforzar más que una persona normal..” E4.

“A ver, estamos hablando de un paciente mayor de edad, sordo pero normal, normal si sacamos esa discapacidad...” E1.

En la trama de la lectura de estos textos, se asoma una explicación sobre la construcción del otro - la persona con sordera-, en un espacio que se manifiesta como una diferencia radical entre lo que se considera normal y lo “otro”, su opuesto, lo anormal.

La designación de un grupo heterogéneo de personas como anormales¹⁶ (Foucault, 2000), y dentro de este grupo a las personas sordas, tiene su origen histórico y cultural desde épocas muy remotas, cada una con justificaciones y variables, con denominaciones también diversas de la propia anormalidad derivadas no solo del aspecto y condición física de los seres humanos sino además de su comportamiento.

Se constata por ejemplo como a finales del siglo XVIII este grupo de personas, las anormales, que hasta entonces habían sido consideradas como mero objeto de curiosidad y burla social, adquirieron una categoría más amplia de abordaje: dejaron de ser un problema referente al propio sujeto individual y pasaron a convertirse en un problema social. Concebir al anormal como un problema social permitió la aparición de nuevos saberes en el campo de la medicina que ayudaron a su comprensión (Estadística, Medicina social, Demografía, Salud pública y Psiquiatría), los cuales y actuando en conjunto con los gestores del Estado contribuyeron a “regular” la población de sujetos anormales a través del tratamiento de las anomalías del comportamiento y a “ejercer el control” asegurando el cumplimiento de las normas de la buena conducta social, normas entendidas como reglas que se oponen a la irregularidad y al caos y que actúan como formas de oposición a lo patológico permitiendo así actuar tanto en el “cuerpo individual” - sujetos- , como en el “cuerpo colectivo” -poblaciones-.

De este modo la norma entendida como principio de comparación y de medida común, permite al mismo tiempo “quitar de la exterioridad salvaje a los peligrosos, a los desconocidos y a los bizarros - capturándolos y haciéndolos inteligibles, familiares, accesibles y controlables - y encuadrarlos a una distancia segura para que no se incorporen a ella” (Veiga-Neto, citado por Larrosa & Skliar, 2000). Puede decirse en adelante, que cualquier cuerpo es normal o anormal por el hecho de pertenecer a tal o cual segmento clasificatorio determinado por la norma.

Los siguientes textos extraídos de las entrevistas con los docentes- médicos, vinculan claramente la normalidad y en consecuencia a su opuesto -la anormalidad- al campo de lo orgánico- , ya sea a partir de las diferencias dadas desde lo físico - un órgano que no funciona como se

¹⁶ Los anormales formados a partir de tres elementos, cuya constitución no fue exactamente sincrónica: los monstruos humanos, el individuo a corregir y el onanista.

constató en el primer capítulo de esta investigación o a partir de un comportamiento particular que surge como consecuencia del “órgano que no funciona”:

“yo los notaba... diferentes, entonces me tocó a mí identificar que eran personas sordas.” E1.

“Bueno, la diferencia con una persona que no tiene el déficit auditivo es básicamente que... cuando tu entras y saludas, pues ellos obviamente entienden que estas saludando, pero ellos no te contestan al saludo, sino que a su manera lo hacen... mucha capacidad de expresión gestual, mucha capacidad de expresarse pues como con su cuerpo, pero de voz muy escasa realmente.” E1.

La nominación de un hecho, o como en este caso de un grupo de sujetos - las personas sordas- abre por sí misma una manera de acción y de reflexión diferente de aquel que implicaría por ejemplo otro tipo de nominación. Es así como la designación per se y en consecuencia la clasificación de allí derivada, se convierte en sí misma en un hecho político que conduce a una relación social, cultural y económica específica y particular con los individuos así denominados - los anormales-, que para el caso de esta investigación hace referencia específica a las personas con sordera prelocutiva, la cual implica no sólo a los sujetos que nombran sino a la sociedad en su conjunto.

En el caso de las personas con sordera se carece de un consenso mínimo a la hora de nombrarlas - de clasificarlas- dado que son múltiples las palabras utilizadas histórica y socialmente para referirse a ellas y a que son diversos los parámetros de determinación de la norma establecida que permite otorgar tales clasificaciones. Esta visión del sordo como persona anormal parte como ya se mencionó antes, de saberes como la epidemiología a partir de la cual a la persona sorda se le considera desviada del estereotipo social de la normalidad, de un estándar configurado -como lo expresa Courtis (citado por Young, 2000), no en forma neutral, sino sesgado a favor de los parámetros físicos, psíquicos y de comportamiento de quienes constituyen el estereotipo cultural, siendo esa condición diferencial lo que lo excluye de la “posibilidad” de ser considerado una persona normal. Así lo entiende uno de los docentes - médicos:

“...Eran dos personas sordas!! (hace énfasis aquí), o sea y llegaban los dos juntos a la consulta y nunca estaban acompañados de alguien que permitiera pues como la interacción entre ellos y yo, que no tenía ningún tipo de déficit...” E1.

Hacer referencia entonces a la sordera y en consecuencia a la persona sorda como aquella persona anormal dada por una dificultad, un déficit o una falta de algo que se debería tener y que no se tiene o que se perdió y que derivado de su déficit se comporta distinto, continua reafirmando el concepto ya expresado por los docentes - médicos y que permite comprender la visión que desde la medicina se tiene de las personas con sordera: la sordera como enfermedad y los sujetos sordos como portadores de ella.

Esta forma de entender al paciente sordo, ilustra en forma clara la presencia y persistencia en los docentes-médicos del denominado modelo médico, el cual corresponde a uno de los modelos descritos por Palacios y Romañach (2006), con los que se ha pretendido dar significado históricamente e intervenir socialmente a la discapacidad. Dicho modelo data de los inicios del Mundo Moderno, pero su consolidación -sobre todo en el ámbito legislativo- puede situarse en los inicios del siglo XX.

El modelo médico se consolida al finalizar la Primera Guerra Mundial durante la cual y como consecuencia de la misma, quedan heridos de por vida un número alarmante de hombres. Estas personas fueron denominadas mutilados de guerra sobre la base —y a fin de distinguirlas— de aquellas discapacitadas por accidentes laborales. El mutilado era una persona a quien le faltaba algo, ya fuera un órgano, un sentido o una función y la sensación era que la guerra se había llevado algo que se debía reemplazar (Stiker, 2000). Fue así como en este momento la diversidad funcional - denominada desde entonces como discapacidad- comenzó a ser vista como producto de una anomalía originada por una “imperfección” física, psíquica o sensorial, congénita o adquirida, nombrándola y clasificándola entonces en términos de salud y enfermedad, de la carencia o de lo que “no funciona en forma adecuada” (Aguado, 1995). Esta visión, la del sordo como un anormal

discapacitado es compartida por los docentes - médicos entrevistados y así lo expresan en los siguientes textos:

“A ver, estamos hablando de un paciente mayor de edad, sordo pero normal, normal si sacamos esa discapacidad...” E1.

“...yo siento que él es un discapacitado en el sentido de que tiene una falencia...” E5.

“...es decir, la discapacidad auditiva de estos pacientes o... verbal” E5.

Se observa entonces cómo hoy esta diferencia dialéctica normal/anormal, determinada con gran fuerza por el modelo médico, continúa ampliándose en la medida que se intensifican el conocimiento y los saberes en torno a la diversidad humana y sigue presente en los docentes - médicos, constituyéndose así en una de las formas no sólo de nombrar, sino de concebir y dar sentido a la existencia del otro: el anormal discapacitado. Dicho modelo -el modelo médico- se hace visible no sólo en algunos de los discursos de los entrevistados, sino y además en unas formas de actuar y de ser particular de estos últimos, los docentes - médicos- respecto a las personas sordas como se verá más adelante en este mismo trabajo.

La díada normalidad/anormalidad surge entonces como una construcción discursiva moderna haciendo que la normalidad como concepto, aparezca como una de las formas de resolver el problema tanto científico (referente a la vida), como político (referente al poder) del caos generado por la anormalidad humana y social. Es claro como ya se mencionó más arriba, cómo la variabilidad y la “evolución” no constante respecto a la delimitación de la propia anormalidad, que en palabras de Aguado:

Lejos de ser lineal y acumulativa aparece en una progresión multiforme caracterizada por la polémica y el conflicto de forma que la irrupción de ideas, concepciones, planteamientos y prácticas nuevas no conlleva a la liquidación de los anteriores, sino que coexiste con ellos las más de la veces en clara confrontación y enfrentamiento” (1995).

Ha llevado a la heterogeneidad de modelos que pretenden definir la misma anormalidad pero que pese a su multiplicidad, giran casi todos en torno a una constante histórica: la exclusión.

La exclusión trata específicamente de las privaciones que se originan en relaciones sociales deficientes que impiden que los individuos - “los otros anormales”, que para el caso de la presente investigación hace referencia a las personas con sordera prelocutiva hagan parte de la vida en comunidad (Escobar, 2006), lo cual tiene que ver con procesos de desintegración y de ruptura de las conexiones e interacciones sociales.

Tal condición así entendida y reconocida en sus expresiones por los docentes - médicos impide que las personas sordas se integren y encuentren en la sociedad las oportunidades vitales definidas por la ciudadanía social; que vean dificultados y en ocasiones impedidos el ejercicio de sus derechos y su participación en forma total o parcial, en los sistemas sociales, culturales, económicos y políticos, privándoseles así de las libertades instrumentales fundamentales - oportunidades económicas, libertades políticas, servicios sociales y garantías de transparencia, por mencionar solo algunas-, cuya expansión se considera indispensable para su desarrollo en el sentido de que puedan realizar las cosas que valoran en la vida y ejercer su autonomía (Sen, 2000), hecho que es reconocido por los docentes- médicos en expresiones como la que sigue:

“... sé que hay aislamiento de estas personas, obviamente sé que hay dificultades digamos en cierta toma de decisiones probablemente que se deben es más al país donde vivimos, a la ciudad donde vivimos...” E2.

Vista así, la exclusión debe entenderse y así lo hacen saber los docentes - médicos como un fenómeno estructural en relación a los procesos sociales, que lleva a ciertos individuos a situaciones que no permiten que sean considerados como ciudadanos de pleno derecho (Escobar, 2006):

“...digamos que este tipo de personas (en referencia a los sordos)... no son acogidas en la sociedad de la manera adecuada, para que ellos tengan un

adecuado desenvolvimiento también... Entonces puede generarse cierto aislamiento...” E1.

Para excluir algo - o a alguien - es necesario que exista, que sea nombrado, pues es el lenguaje, de acuerdo con Searle (2005), el que posibilita que se le otorgue determinado estatuto a ciertas cosas, personas e instituciones. Atribuir entonces una marca, una identidad¹⁷ o una calificación les permite así a los sordos ocupar un lugar en el intrincado casillero de las clasificaciones. De esta forma el extraño, el desconocido, el “otro” - en este caso el sordo- al nombrarse se incluye, se le vuelve un conocido anormal. Es la norma la que hace de ese anormal otro de sus casos, provocando que también el denominado anormal esté en la norma, se incluya en ésta, para que una vez incluido, nombrado, al anormal se le “quite el privilegio” de la inclusión y se vuelva un excluido.

Lo anterior es importante ya que la sociedad y dentro de ella determinados grupos sociales tal como el grupo de los médicos, como ya se mencionó antes, representan la autoridad y el poder que clasifica y define los criterios de representación entre lo normal y lo anormal y en consecuencia, estigmatiza al que considera “extraño”, determinando al final unas políticas sociales, de salud, educativas - como se puso en evidencia en el primer capítulo de esta investigación- y jurídicas acordes con dicha denominación. Dichas políticas tienen en común por un lado, la eliminación y el ocultamiento como formas de prescindir, de acabar con la diferencia - considerada desde esta perspectiva como anormalidad - bajo la justificación social de propiciar la inclusión de dichas personas al mundo de los normales y por el otro, negar su existencia a través de políticas y acciones que los invisibilizan, librándonos de esta forma a los normales de la presencia inquietante que significa su existencia.

3.2.2 El sordo como un otro sin rostro, no imaginado.

¿Qué otra cosa podríamos hacer sino poner en cuestión los modos de relación que habitamos y nos habitan? (...) ¿Y cómo hacer para responder a esta cuestión si lo

¹⁷ La *identidad*, es definida por el Diccionario de la Real Academia como “conjunto de caracteres o circunstancias que distinguen a una persona de otra”

primero que sentimos es ese inhóspito espacio de cotidiana in-comunión, la amargura extrema por la indiferencia y, también, la insistencia de una comunión tan forzada como forzosa? (Skliar, 2014).

Se ha puesto en evidencia cómo la construcción del “otro” - del anormal, del enfermo, del discapacitado- que se hace en la modernidad no es de modo alguno accidental, no ocurre por el azar y a partir de una posición ingenua desde los normales. Esta construcción está determinada entonces por una imposición de “los mismos” a los “otros”, de una especie de ley constituida en la norma, lo normal, “lo mismo”¹⁸ (Skliar & Téllez, 2008), que se legitima y reproduce -entre otras formas- a través de la educación y específicamente a través de la educación médica para el caso de la presente investigación. Es así como, “la anormalidad es lo otro de la norma y la desviación es el otro de la ley a cumplir ” (Skliar & Téllez, 2008).

“El otro” desde esta mirada se convierte en “el otro anormal- enfermo- discapacitado” en la medida en que permite mostrar, diferenciar y clasificar de una manera clara -pero desde una distancia siempre prudente y segura- quienes no son los mismos- los normales, los capaces-, como bien lo expresa Roberto Expósito y como ya se hizo evidente más arriba en este texto:

[...] el otro, lo externo, el fuera, respecto del cual sólo es definible lo mismo, lo interno, el dentro. Pues la auto-identificación necesita una frontera estable, segura, visible para poderse consolidar: un espejo frontal en el que poderse reconocer; un negativo a través del que poderse afirmar (citado por Skliar, 2008).

Esta irrupción de “los otros” al mundo produce confusiones e inseguridades en el mapa de lo mismo y lleva a pensar en los ajustes que deben hacerse individual y socialmente en “los otros” para “otorgarles la posibilidad” de retornar a “lo mismo”, a la normalidad, como se verá más adelante.

Antes de dar cabida a esto último, se hace importante resolver el siguiente interrogante: ¿cómo puede “el otro” llegar a ser “ese otro” cuándo no se le reconoce -es decir ,cuando “no es”-

¹⁸ Las comillas son agregadas por la autora de este texto.

y por no reconocerle, “no existe”?. Esto se vuelve evidente cuando se intenta indagar en los docentes-médicos por la existencia de las personas sordas y así lo dejan saber:

“¿que sean pocos? No sé.” E3.

“ ...yo pienso que no deben ser pocos, yo pienso que deben ser muchísimos y más bien son desconocidos.” E1.

“...trabajamos 10 años con niños (...) y entre esos niños no recuerdo haber tenido niños... sordos” E3.

“...demás que si están y demás que si se enferman..” E4.

Tales textos dejan entrever no sólo el desconocimiento que tienen los médicos- docentes entrevistados -tanto generales como especialistas- en torno a la existencia de las personas sordas en general, sino además el poco contacto que hasta ese momento habían tenido ellos con personas con esta diferencia tanto en sus actividades asistenciales o de docencia, sea en espacios denominados “públicos” - entiéndase aquí entidades de formación académica y de prestación de la salud dependientes del Estado y particulares-, como “privados”.

Para algunos de ellos, la razón para “no verlos” está dada por “la dificultad” inherente a la especialidad en la cual ellos se desenvuelven. Así lo expresa uno de los docentes - médicos:

“No se si realmente sean muy pocos o no... la realidad es que... en anestesiología, en cuidado intensivo no es común que uno alcance... en algunos pacientes en cuidado intensivo, a definir si el paciente está sordo o no está sordo”. E3.

“Algunos paciente pasan muy enfermos, donde hay que tenerlos sedados, donde hay que tener muy poco contacto con ellos, y uno no alcanza a definir si el paciente se le pudo haber pasado a uno siendo sordo y uno desgraciadamente no darse cuenta” .E3.

Tales expresiones continúan poniendo en evidencia la preponderancia que se otorga de un lado, a la atención del “algo” -la enfermedad- en el ejercicio actual de la medicina, quedando de lado la persona, “el alguien”. Un alguien en el que no se piensa, un alguien que se ignora, que no existe, que “no es”. Un alguien que para el caso de la presente investigación y como parte de su diferencia constitutiva como ser humano es una persona sorda y que en su condición requiere no sólo de su obligatoria visualización por parte de los médicos en el proceso de atención en salud - independiente de la especialidad o de la intervención a la que deba verse sometido- sino y además de un trato diferenciado dadas su necesidades también distintas.

Pareciese claro entonces - parafraseando a Skliar y Téllez: - la dificultad que comporta para los médicos bajo el paradigma educativo en el que han sido formados “reconocer voces cuyo origen no les sea propio, o escuchar sino la reverberación de sus propias palabras, o encarnar el eco y la huella que dejan otras palabras, otros sonidos, otros gestos, otros rostros” (2008, p. 22).

De otro lado, admitir que “desgraciadamente” los pacientes sordos pasan inadvertidos, y no se sabe en realidad si están o no ahí, terminan convirtiéndose sólo en parte de las palabras de “buena conciencia” de tan frecuente uso en el mundo contemporáneo. Palabras que sirven para “perdonar” los olvidos y las omisiones hacia los otros, que acaban volviéndose en un mecanismo de borramiento efectivo y de prescindencia del otro, de desatención de sus necesidades, de lo que podría denominarse “la despreocupación ética por la suerte real del otro” (Forster et al., 2005). Este tipo de expresiones de los docentes - médicos, les quitan peso a las responsabilidades que como humanos y como sociedad se tienen para con los otros y se constituyen en palabras que sirven, como lo expresa Ricardo Forster, para tranquilizar “las conciencias despreocupadas de ciudadanos que se quieren mostrar preocupados por lo que sucede a su alrededor (...) pero que cubren el cinismo del poder y ocultan la intensidad inaudita de la desigualdad en todos sus posibles alcances y sentidos” (Forster et al., 2005).

Los anteriores textos, que hablan de la concepción que se tiene de la persona sorda como aquella que “no es y por lo tanto no existe” y que se reflejan en acciones concretas como “el no hacer” -como una forma de actuar- presentan coincidencias con otro de los tres modelos - a los cuales ya se hizo mención- delimitados por Palacios y Romañach (2006), como una de las formas

espacio-temporales de interpretar e intervenir históricamente la socialmente denominada discapacidad; este modelo al que se hace referencia es el denominado Modelo de la Prescindencia.¹⁹ Al interior de este modelo, se describe una tendencia denominada de exclusión o marginación - presente desde el mundo antiguo y persistente en la Edad Media y en ambos momentos con explicaciones religiosas diferentes-, la cual supone ignorar y no reconocer la existencia de las personas con algún tipo de “deficiencia” y omitir acciones en su favor ya sea por falta de interés o por falta de recursos, o como en la época antigua por considerarlo un designio divino no modificable. Concepciones, justificaciones y acciones que coinciden en mucho con lo expresado por algunos de los entrevistados.

Cuando se indaga a los docentes - médicos por nuevas y diferentes razones que justifiquen la “no visibilidad” de las personas sordas en su espacio cotidiano de trabajo, se encuentra que entre algunos de ellos se tiene la creencia de que éstos -las personas sordas- “tienen su propio medio”, un medio diferente al de las personas no sordas, según ellos normales -. Es decir, es como si su condición de sordos fuese la justificación para la no presencia en ciertos espacios sociales, para la no pertenencia a ciertos grupos y para la no realización de actividades específicas. Espacios, grupos y actividades que al parecer se reservan para aquellos “no sordos”, es decir, para los “normales”:

“...de pronto a lo mejor en parte, es que el medio donde ellos se desarrollan es diferente, al medio donde yo estoy.” E6.

“...puede ser el hecho de que las consultas las hagan en otro sitio...” E6.

“En parte por la modalidad que siempre trabajo: modalidad de trabajo de alto rendimiento (deportivo) o con la universidad (...)” E6.

¹⁹Dicho modelo considera a la diversidad funcional como la consecuencia derivada del enojo y del castigo divino. Hace que se vea a sus portadores como “desgraciados” y a sus vidas como innecesarias socialmente, que a más de que nada aportan, se constituyen en una “carga” para la sociedad y por lo tanto merecedoras de no ser vividas. Derivados de este modelo han surgido dos submodelos, los cuales se diferencian entre si respecto a la respuesta social que cada uno de ellos ha dado a la misma:

El primero de ellos denominado submodelo eugenésico no reconoce plenamente a las personas con alguna diversidad funcional y dentro de ellas las personas sordas como seres humanos. En consecuencia, la sociedad busca prescindir de ellas ya sea a través de la aplicación de políticas eugenésicas como el infanticidio y de prácticas como la esterilización. El segundo de los submodelos, es el denominado, submodelo de marginación. (p.41-42)

Desde esta mirada, la sociedad es vista como una red que se organiza en torno a un centro conformado por los elementos de poder, los incluidos - “los mismos”- y una periferia conformada por “los otros”, los excluidos, siendo la misma sociedad la que determina la posición de los individuos dentro de esta red. Esta perspectiva conduce en consecuencia, a situar los sujetos frente a límites físicos y simbólicos que enfatizan y amplían cada vez más sus fronteras y sitúan cada vez más hacia afuera y hacia la periferia, aquello que supone ser marginal (Palacios & Romañach, 2006). “El quedar fuera y al margen” se constituye así en la piedra angular del proceso de exclusión (García Roca, citado por Fernández-Viader, 2006), haciendo que la evitación y la privación simbólica del espacio se convierta en otra forma más de prescindir. Se establecen, así como lo expresa Skliar, “sitios confortables que destilan aburrimiento, tedio, insatisfacción. Inclusiones cuantitativas, globales, políticamente correctas y sensiblemente confusas”, instalándose de manera simultánea “exclusiones que atraviesan dimensiones ignoradas” (Skliar, 2002b, pp. 86–87).

Esta relación entre afuera y adentro, es la expresión metafórica de una relación social en la que factores como la educación y la salud, además del trabajo, el consumo, la seguridad, el acceso a la información y la autonomía individual en sociedades como la nuestra, se constituyen en algunos de los “límites” que determinan el estar “por fuera de” como una forma de construcción de la realidad social. Así lo reconocen algunos de los entrevistados:

“..lo que pasa es que también a veces estos pacienticos como que será una idea que yo tengo errada como que a ellos no los llevan al colegio...” E4.

“...yo “creo” (con duda.. casi a manera de interrogación) que el sistema de salud no les niega la atención.” E5

“Puede ser que ellos tengan temor de que vayan a una consulta y la gente no los atienda adecuadamente” E5

Una vez que se produce la distancia afuera - adentro como condición previa para la exclusión social, aparecen los mecanismos que la vuelven efectiva tales como: la desaparición

física y el ocultamiento a través de la ubicación geográfica o espacial “por fuera”, de los excluidos, como se evidencia claramente esto último en las expresiones de algunos de los entrevistados. Esta construcción social de posición espacial en torno a la exclusión continúa guardando estrecha relación con el modelo arriba mencionado, el modelo de la prescindencia y con la denominada tendencia de exclusión o marginación bajo el cual, además de lo ya mencionado, a las personas consideradas “anormales o deficientes” se les limitaba a espacios exclusivos destinados para ellos, señalándoles un destino marcado exclusivamente por la exclusión, condición que de acuerdo a lo expresado por algunos de los docentes -médicos entrevistados continúa vigente aún.

Lo anterior denota una doble negación del otro - el sordo-. Se le quita su existencia al no reconocerlo - al ignorarlo- o mal reconocerlo, y de otro lado se le nombra para excluirlo. ¿Cómo comprender entonces la paradoja de darle existencia a lo que “no es” porque no se le reconoce, si cuando existe - excluido - es precisamente por ser nombrado?

Mientras la negación, la no existencia de “los otros” adquiere la espantosa regularidad de una rutina, la soledad pasa de ser una desgracia episódica a condición estandarizada (Bauman, 2005). La soledad, la desatención, se constituyen así en el mundo por el cual la vida de “los otros” se conduce, lo cual les lleva a pensar en los ajustes que deben hacerse individual y socialmente para “acceder a la posibilidad” de retornar a “lo mismo”, a la normalidad y dotar su vida de significación; es sobre estos “ajustes” a los que se hará referencia en el segmento que sigue.

3.2.3 El sordo como un “otro” del que hay prescindir.

“Creo que toda asimilación que no tenga en cuenta la diferencia es una impostura(...). Se trata de que se acepte “al otro” en su extrañeza y en la soberanía de su diferencia”

Edmon Jabes
Del desierto al libro
Entrevista con Marcel Cohen.

Se parte para dar comienzo, parafraseando la pregunta de Magaldy Téllez (citada por Larrosa, 2001): “¿Cuál es el sentido y el valor de la diferencia para mostrar la impostura de todo aquello que procede a su liquidación?” (p. 66), pudiéndosele agregar, ¿a su prescindencia?

Prescindir, de acuerdo al diccionario de la Real Academia Española²⁰ está definido como “Hacer abstracción de una persona o cosa; pasarla en silencio, omitirla, abstenerse, privarse de ella, evitarla”, definiciones éstas que tienen plena concordancia con lo descrito en la sección inmediatamente anterior.

Si se acude a sinónimos del mismo término²¹ se encuentran: “eliminar, quitar, reemplazar, suprimir”, como aquellas que aluden a una nueva concepción del prescindir al que se hará referencia en adelante.

Bajo el modelo médico arriba expresado, es competencia del médico prevenir y “detectar” a través del diagnóstico clínico a las personas portadoras de diferencias -expresadas en términos de deficiencias: el deficiente auditivo. Estas personas pasan a ser vistas como “enfermos”, lo que supone en consecuencia ser tratados como “pacientes”, que dada su condición requieren del apoyo profesional y en ciertos casos, de ser reclusos a algún centro especial para su custodia y atención. De esta forma, el médico - retomando la metáfora de la red antes enunciada- es quién en el centro de poder de una sociedad disciplinar - en su panóptico foucaultiano- “observa y controla a los sujetos, repara en sus presencias y en sus ausencias, siempre, ocupando una posición superior de privilegio” (Skliar, 2002a), y es quién percibe la exclusión, “desde una matriz general de la inclusión: la cura, la normalización” (De Marinis, 1998, citado por Skliar, 2002b).

Este énfasis puesto en las carencias / deficiencias - para este caso de la sordera- dio lugar al interior del modelo médico a una estrategia de atención cuyo objetivo era llevar a estas personas - los deficientes, enfermos y anormales- a la normalización, a través de acciones terapéuticas que incorporan la rehabilitación como complemento, con las cuales se pretende - entre otras - prescindir de la anormalidad acabando con ésta. Lo anterior se hace evidente en el siguiente texto:

“ (...) el paciente nace, se detecta sordo, se implanta lo más rápido posible, y no tanto se implanta, se rehabilita lo más rápido posible...” E8.

²⁰ Diccionario de la Real academia española, Editorial Espasa, España. 1997

²¹ Consultado en: <http://www.wordreference.com/sinonimos/prescindir> el 2 de febrero de 2012

Según Hahn (citado por Fernández-Viader, 2006), este modelo - ya denominado modelo médico o rehabilitador - supone una presunción de inferioridad biológica o fisiológica de las personas “discapacitadas -deficientes” a las cuales hay que tratar de curar y rehabilitar con el fin de devolverlas a las condiciones de “seres capaces”. Dicho de otra forma, de lo que se trata es de normalizar a los anormales llevándolos, a través de la intervención en ellos mismos, a los niveles considerados como “normales” de acuerdo lo determine la norma existente como queda expresado en el siguiente texto:

“...pero para mi lo más importante es que el paciente escuche, eso sería para mi lo ideal, y que escuche lo más rápido posible “ E8.

Lo anterior corresponde a una práctica típicamente moderna: el esfuerzo que se hace por exterminar la ambivalencia, por definir precisamente, por ahogar y por eliminar algo -y alguien- que podría o debería ser definido. Práctica que es administrada y sostenida por las agencias soberanas, por los grupos de poder - entre los cuales se encuentra el mundo médico -los terapeutas médicos - y que reclaman el derecho a manejar la existencia, a definir y a eliminar poniendo de lado, ocultando o desterrando el caos en tanto aquello que escapa a la definición (Bauman, 2005) y que de acuerdo a Alasdair Macintyre (1987, citado por Fernández-Viader, 2006), corresponde a un “Terapeuta, que domina la técnica de sanar los desarreglos (...), pero sin saber hacia qué horizontes sería sano enfocar las energías del paciente” (p. 14). Esta postura se refuerza en el siguiente texto:

““...uno como otorrino, el enfoque más es.. cuando un paciente le llega sordo a uno, es bregar a ver como pongo a oír este paciente, o sea la función muchas veces del clínico como cirujano o como otorrino, es qué puedo hacer por este paciente, para ponerlo a oír...o sea, el punto de nosotros no es qué hago con este paciente para que me adquiriera lenguaje, sino como hago yo para ponerlo a oír, o sea, nosotros como otorrinos en eso nos basamos.” E8.

El texto anterior es una clara evidencia de cómo el modelo médico - rehabilitador se aproxima a los individuos “discapacitados” como déficit y carencia, y les reduce a la negatividad

(...): se les identifica con su propia carencia. «Tú eres el problema y yo la solución». Es decir, actúa sobre las personas y no tanto con ellas y a partir de ellas (Fernández-Viader, 2006), siendo ellos - los anormales- quienes deben resolver la dificultad que les plantea su diferencia a través de estrategias “normalizadoras” impuestas desde “afuera”, pudiendo llegar a ser altamente costosas para ellos tanto económica como emocionalmente.

El éxito en estas estrategias es valorado con relación a la cantidad de destrezas y habilidades que logre adquirir el individuo (físicas, psíquicas o sensoriales) (Barton, 1998), lo cual puede llevar no sólo al ocultamiento y a la eliminación de la diferencia - lo que Stiker (2000) denominó como “el ideal de la goma de borrar”, sino además a que el “problema” de la discapacidad sea visto como algo exclusivo e individual de la persona que no “es capaz” de enfrentarse adecuadamente a la sociedad como resultado de la misma.

Desde esta perspectiva a la persona sorda se la comprende como una persona que dadas sus condiciones, no le es posible el disfrute pleno de sus derechos. Por lo tanto, las políticas públicas diseñadas a través de la asistencia sanitaria, deben tender a solucionar en el mayor grado posible las “anomalías existentes” en estas personas, con la idea de lograr la integración social de las mismas, como lo expresa uno de los entrevistados:

“la posibilidad, dentro de los sordos, de que tengan algún tipo de rehabilitación es mínima, es mínima, tanto por el Estado, como por la familia...” E8.

“...no hay una política de Estado frente a un problema con alta incidencia y prevalencia.” E8.

Esta perspectiva de corrección del déficit “convierte al ser humano en objeto que gravita en torno a su propia carencia y le secuestra sus capacidades de transformación personal y colectiva. Cuando se ha convertido al deficiente en objeto, éste disminuye su capacidad de acción y sólo le queda recorrer la trayectoria fijada desde fuera” (Fernández-Viader, 2006, p. 8).

3.3 Implicaciones de las representaciones sociales sobre sordera prelocutiva en la relación médico – paciente sordo

3.3.1 Procesos de comunicación basados en las condiciones del sujeto oyente.

“Una persona con discapacidad auditiva es una persona que escucha poco o nada. Ésa es la representación que la sociedad hace del déficit auditivo. Y no está equivocada. El error surge al creer que una persona sorda o hipoacúsica compensa ese déficit - en todos los aspectos: educativo, laboral, sólo recibiendo ondas sonoras de mayor amplitud o volumen. Al sordo se le habla fuerte y se supone que de esta manera la problemática causada por su falta de audición, desaparece. Y cuando el volumen no es suficiente, se le habla de frente para permitirle que lea los labios, como si todo el lenguaje humano pudiera descubrirse en la mímica del otro.”

Verónica Sukaczer,²²

(Salas, 2007)

El texto anterior pone en evidencia -desde la percepción de una persona sorda- la representación que los oyentes tienen de la sordera y de las personas con este tipo de diferencia. Se cree desde esta mirada que la sordera está limitada a la “incapacidad” que tienen las personas sordas de percibir las ondas auditivas y ven reducido su “problema” a la comunicación con el mundo de los oyentes, como ya se había esbozado en un aparte inicial de esta investigación. Esta misma concepción se refuerza en el texto de uno de los docentes - médicos participantes:

“...simplemente estamos hablando de un paciente que tiene (...) su capacidad de comunicación limitada...” E1.

Basado en la anterior concepción, es entonces el oyente, -el docente - médico- quien “conociendo” las necesidades que en comunicación tienen las personas sordas, el que nuevamente define cómo debe comunicarse con el paciente sordo, ya sea que utilice las alternativas que él crea

²² Verónica es una persona con hipoacusia

más convenientes o que vuelva “responsable” al paciente sordo del proceso comunicativo por considerarlo “dotado” de ciertas habilidades generadas en respuesta a su “deficiencia”, como se expresa en los textos que siguen:

“Otra cosa es que uno no tenga la posibilidad de ...digamos, de interactuar, pero el sordo se hace... se hace dar, de alguna forma más que uno como preparado para recibirle.. el otro.., el sordo siempre tiene su habilidad para comunicarse” E8.

“...cuando hay falencias, se desarrollan grandes fortalezas y sobre qué? sobre aquello en lo que se es falente...” E1.

“el ser humano tiene que adaptarse de alguna forma, y así no tenga uno lenguaje de señas, ellos tienen su forma de comunicarse.” E8.

Se pone otra vez en evidencia aquí un aspecto mencionado antes en este trabajo: partir de la concepción de la persona sorda como aquella a quién “la falta de algo” para ser normal, siendo él, el otro- sordo- carente de algo, el que tiene en consecuencia, que hacerse responsable de resolver “su problema”, es él quién tiene que buscar las alternativas para ser incluido y poder hacer uso de sus derechos como cualquier ciudadano, entre los cuales aparece el derecho a acceder en forma tranquila y efectiva a la atención en salud.

Pero si se piensa en lograr una efectiva comunicación, es - como ya se mencionó- el médico-docente quien define las “mejores” alternativas a utilizar con miras de “vencer el problema comunicativo” que él tiene con el paciente sordo en general -es decir sin tener en cuenta si su sordera es pre o post-locutiva-, estableciendo así, una serie de estrategias con las cuales considera que puede lograr su objetivo. Cuestión ésta que ya se dejó esbozada y que aquí pretende desarrollarse más ampliamente. De entre las estrategias expresadas y más frecuentemente utilizadas por los docentes - médicos se encuentra el uso de la lectura de labios, bajo la concepción de que los sordos -por su condición de sordos- desarrollan con toda certeza, esta habilidad. Lo anterior se hace expreso en los siguientes textos de algunos de los entrevistados:

“De pronto con el sordo tengo más posibilidades de entenderme porque me puede leer los labios...” E2.

“...lo otro es pues ya, el hecho de que ellos puedan hacer una lectura de los movimientos de los labios” E1.

“Usted cree que la lectura de labios, puede ser una buena estrategia de comunicación? “Por lo menos de entendimiento (...) de él hacia mí, el me podría entender a mí...” E6.

“...tratar de hablar lo mas gesticulado posible para ver si de pronto lee labios.” E6.

“...él lee labios también y esa es una forma también fácil que nos ayuda a nosotros pues como médicos poder entablar pues ese vínculo” E2.

“En ocasiones vocalizando despacio porque hay algunos que llegan, que saben leerlos labios o entienden, pues...” E5.

“Uno les vocaliza despacio mientras ellos están intubados, pausado y los pacientes la mayoría le entienden a uno.” E3.

De acuerdo a un estudio consultado, las personas sordas comprenden de un 26% a un 40% de lo que se les dice a través de la lectura de labios siempre que se encuentren bajo óptimas condiciones²³ (Ebert & Heckerling, 1995). Otro de los estudios en mención, evidencia cómo de un 33% a un 37% de los paciente sordos reportaron entender sólo muy poco de lo que se les decía por parte del personal médico usando lectura de labios (Schein & Delk, 1980, citados por Ebert & Heckerling, 1995). Los anteriores resultados sugieren que esas concepciones erróneas acerca de la lectura de labios en los pacientes sordos, pueden servir como barrera para una comunicación efectiva con tales pacientes (Ebert & Heckerling, 1995).

Del mismo modo, así como la lectura de labios, aparece como elemento recurrente en los médicos - docentes el uso de los gestos naturales como estrategia de comunicación:

²³ Óptimas condiciones hace referencia a por ejemplo, hablar siempre mirando a la cara, despacio y en un sitio con buena luz

“...yo insisto mucho en la parte gestual. Por qué? Pienso que podemos lograr mucho desde ahí, mostrarle de alguna manera como los gestos de un dolor intenso, de un dolor leve, preguntarle dónde, cómo se ubicaría, no sé.” E1.

“La verdad es que el contacto con el paciente como tal es más como de examinarlo de preguntarle cómo está pero más por señas, pues pero con señas como pues como se dirá eso señas así informales, pues si señas así como de si quiere comer y entonces uno le dice que si está comiendo pues pero nada más...” E4.

“...como la seña natural eso, que señale el lugar donde le duele, las caras hacen mucho, pues las caras son como muy importantes para ellos.” E4.

“Pues no, uno no entiende, o sea, es diferente porque la voz es como...los vocablos no son definidos, entonces ellos hablan como algo que vos no entendés, entonces uno finalmente opta por decirles: no sabe que, mejor dígame donde es... o con las manos...” E4.

Una estrategia como ésta además de insuficiente - de acuerdo a lo expresado antes por Verónica Sukaczer: “como si todo el lenguaje humano pudiera descubrirse en la mímica del otro” (Salas, 2007) - se hace además de ineficaz, ambigua, ya que de acuerdo por lo relatado por los docentes - médicos- para la utilización de los gestos se hace necesario adicionar la pregunta, lo que implica hablarle al paciente sordo. ¿Cómo pueden ellos - los pacientes sordos- comprenderles? ¿Utilizando acaso nuevamente la lectura de labios con la ineficiencia ya demostrada?

Otra de las estrategias comunicativas que se utiliza por la mayor parte de los entrevistados es la lecto-escritura. Se asume por la gran mayoría de los docentes- médicos que la persona sorda lee y escribe de igual forma que los oyentes y que por lo tanto, puede acceder a cualquier producción escrita al momento de la atención en salud y de acuerdo a esto, comprender y tomar decisiones al respecto:

“...yo supongo que tiene toda la parte de lecto-escritura bien, por lo cual esa es una herramienta con la cual me podría comunicar perfectamente con él.”

E6.

“...si tengo alguna manera de escribirle en algún tablero o en la misma consulta, de escribirle las cosas para tratar de comunicarme.” E6.

“En momentos en que me estaba empantanando simplemente escribía en hoja y le mostraba la hoja...” E2.

“Pues, a parte del escrito, creo que no hay de otra...” E6.

“..Con el sordo como te digo, (...) le escribo la fórmula por ejemplo, le entrego la fórmula, lo leo y le pregunto cómo es, cómo se va a tomar, escrito obviamente.” E2.

Investigaciones como la de la Doctora Salas (2007) han mostrado cómo en el intento de leer y escribir, las personas sordas “simulan aprendizajes y transcriben textos sin comprenderlos” (p. 34). Adicionalmente, muchas otras adivinan lo que leen a partir del significado de las palabras que conocen, intentando compensar de esta forma la dificultad que les genera la lecto-escritura. Sin embargo, aunque lo anterior pudiese parecer a veces suficiente para resolver sus dificultades comunicativas, el problema se vuelve mayor cuando las personas - en este caso pacientes sordos- deben verse enfrentados a la comprensión de enunciados y palabras que desconocen como sucede frecuentemente en el ámbito de la atención en salud. Lo anterior se corrobora a través de investigaciones como la ya mencionada (Salas, 2007), en la cual se muestra cómo las personas sordas no poseen la competencia lingüística -en los términos chomskianos de capacidad,²⁴ (Chomsky, 2001) para leer y comprender oraciones que nunca habían visto.

Múltiples investigaciones (Andrews & Mason, 1991; Flexer, Wray, Millin, & Leavitt, 1993; Limbrick, McNaughton, & Clay, 1992; Paul, 1998; Paul & Gustafson, 1991; Salas, 2007), (Furth,

²⁴“Saber” en el sentido Chomskiano de “tener la capacidad de hacer algo”, que es la que posee una persona de acuerdo a su constitución física o mental en un momento determinado para hacer algo, sin necesidad de mayor instrucción, adiestramiento, ni desarrollo físico, etc. P.12

1973; Limbrick, 1988, citados por Limbrick et al., 1992), (Allen, 1986; Fruchter, Wilbur & Fraser, 1984; Rittenhouse & Kenyon, 1990, citados por LaSasso, 1993), (King & Quigley, 1985; Lassaso & Davey, 1987, citados por V. Herrera, 2005), y en diferentes partes del mundo, han dedicado - durante los últimos 40 años- grandes esfuerzos a indagar por las causas que llevan a las personas sordas no sólo al fracaso en la lectura, sino además al déficit en el proceso de lecto-escritura.

Los resultados derivados de estas investigaciones aunque no del todo definitivos, son múltiples, pero sí permiten concluir que uno de los mayores problemas que plantea la sordera es el acceso al lenguaje escrito y por lo tanto la posibilidad de alcanzar una competencia lectora y escritural adecuada y funcional. Además ponen en evidencia que las alternativas hasta ahora utilizadas en el ámbito educativo tendientes a lograr la inclusión (el lenguaje de señas y el oralismo), han dado como resultado un logro importante en el desarrollo de competencias comunicativas, más no un desarrollo de competencias lingüísticas (Radelli & Franchi, 2000), que les permitiría acceder en forma efectiva y eficiente al lenguaje escrito, es decir, a leer cualquier texto y escribir con toda la fluidez y claridad sintáctica necesaria. Lo anterior lleva a señalar entonces, cómo la sordera hay que comprenderla más allá de un problema comunicativo puesto que genera en aquellas personas que la poseen un notable problema lingüístico (Radelli & Franchi, 2000).

Estas evidencias permiten concluir que la lecto-escritura propuesta por los médicos-docentes a sus pacientes sordos como una adecuada alternativa comunicativa, además de inefectiva e ineficiente, conduce a que se cometan graves errores derivados de malos entendidos acerca de la enfermedad o las recomendaciones de tratamiento (Zazove et al., 1993) y a que los pacientes por no comprender las formas impresas entregadas -formatos de Consentimiento informado y formas generales requeridas con el fin por ejemplo, de comunicar información a las compañías de seguros- entren en un clima de “pérdida de credibilidad” hacia los oyentes- (Meador & Zazove, 2005, p. 219). Esto último lleva, entre otras, a que los pacientes sordos alteren su patrón de utilización de los servicios de salud, disminuyendo su asistencia -pues aunque son conscientes de la necesidad de consultar a un médico, son reacios a hacerlo- (Meador & Zazove, 2005) y a que tengan más bajos conocimientos en salud y una menor comprensión de aspectos como la medicina preventiva en comparación con las personas oyentes (Tamaskar et al., 2000).

Con lo descrito arriba se confirma lo hallado por una investigación llevada a cabo en los pacientes sordos en la cual se concluye que “los médicos exigen a los sordos formas inadecuadas de comunicación, tales como la lectura de labios, la escritura de notas o traer miembros de la familia que sirvan de intérpretes” (Iezzoni et al., 2004), a esta última de las estrategias se hará mayor énfasis en uno de los próximos segmento de esta investigación.

De lo anterior, se derivan algunas reflexiones: Si se parte del “cuidado del otro” - del cuidado de la salud del ser humano²⁵- como un valor y un fin esencial de la medicina y por ende del ser médico, se vuelve imprescindible indagar por el significado del modelo actual de la práctica médica, derivada, entre otras, de los paradigmas de enseñanza vigentes, dado que se hace evidente cómo este valor se reduce, en lo expresado por los médicos-docentes a lo largo de esta investigación, al “cuidado” de una temática puntual y a la vez escolarizable como lo es para este caso, la sordera y/o al cuidado dirigido hacia un sujeto particular al que se dota de las marcas de una identidad específica -el sordo -anormal-enfermo-. Desde esta comprensión se deja de lado el cuidado del otro como un sinónimo de atención, de responsabilidad, de pensar el otro por sí mismo, en sí mismo y desde si mismo (Skliar, 2008), es decir, de comprender y de reconocer al otro -a la persona sorda- en su singularidad, provocando en consecuencia una reducción de su subjetividad, de su autonomía, como lo reconoce uno de los entrevistados:

“...habría que hablar un poco de que ellos pierden algo de su autonomía por esa limitación” E1.

¿Cómo conciliar entonces, una actitud como la ya expresada en la cual “los mismos” - los docentes- médicos- deciden desde su propia concepción del otro - la persona sorda- las alternativas y estrategias comunicativas que poco permiten el ejercicio autónomo de un derecho como la atención y los cuidados en salud de éstas, con el discurso de reconocimiento del sordo como un ser autónomo también presente en el discurso los participantes?:

²⁵ Tal y como se expresa en el Capítulo I, Artículo 1, el primer principio de la Ley 23 del 18 de Febrero (Colombia. Congreso de la República, 1981), denominada Ley de Ética médica: “ La medicina es una profesión que tiene como fin cuidar de la salud del hombre”.

“...toma decisiones igualmente autónomas que un oyente.” E2.

**“...pienso que su capacidad de resolución de conflictos o de toma de decisiones
(...) está intacta” E2.**

**“...estoy convencida que no es un ser incapaz para tomar decisiones. Es
incapaz de oír, pero no incapaz de tomar decisiones...” E2.**

“...discapacidad que no le quita la capacidad de decisión cierto?...” E1.

**“..pienso que el hecho de que sea sorda esta niña, no quiere decir que por la
sordera ella tenga una toma de decisión distinta a la no sorda, es exactamente
lo mismo” E2.**

**“Pienso que la sordera en la toma de decisiones no va a estar implicada, son
dos cosas distintas” E2.**

Lo expresado arriba continúa reafirmando el conflicto existente entre el deber ser en el discurso y el ser y hacer en la práctica. Conflicto que debería indagarse en otra investigación, pero que de forma intuitiva podría pensarse que corresponde a la tensión que surge entre los valores éticos y morales de la medicina como profesión que -se piensa- son promulgados, transferidos y perpetuados en el tiempo a través, entre otras, de la educación, con los propios “valores” de una sociedad moderna donde se hace el esfuerzo máximo por eliminar la ambivalencia, lo que supone la negativa a derechos y fundamentos para la deslegitimación del otro (Bauman, 2005).

3.3.2 Condiciones estandarizadas de atención en salud, que invisibilizan la diferencia.

Que el “Otro” no sea nadie propiamente hablando, ni usted ni yo, significa que es una estructura que se encuentra solamente efectuada por medio de términos variables en los diferentes mundos perceptivos –yo para usted en el suyo, usted para mí en el mío–. No basta siquiera con ver en otro una estructura particular o específica del mundo perceptivo en general; de hecho, es una estructura que funda y asegura todo el funcionamiento del mundo en su conjunto. Y es que las nociones necesarias para la descripción del mundo (...) permanecerán vacías e inaplicables, si el “Otro” no estuviera ahí, expresando mundos posibles.
Gilles Deleuze.

(Skliar, 2002b)

Queda claro entonces, cómo los docentes-médicos imponen desde la percepción errada que tienen de la sordera unos patrones de comunicación y relación con las personas con este tipo de diferencia, patrones que se esperaría deberían ajustarse racionalmente desde el conocimiento que los profesionales en mención adquieren a partir de su proceso formativo. Lo anterior quiere decir que el reconocer y comprender las implicaciones que la sordera prelocutiva - nombrada por los docentes-médicos durante las entrevistas como sordera congénita - tienen sobre estos pacientes en lo concerniente al desarrollo del lenguaje y por ende en el proceso comunicativo, obligarían a establecer diferencias sustanciales, claras y evidentes en los estilos y en las formas de comunicación que se establecen con las personas sordas en el acto médico. Así lo reconocen los mismos docentes:

“Porque es muy importante si alguien tiene lenguaje o no tiene lenguaje. El postlingual puede que sepa escribir, puede que... adquiere más habilidades de comunicación que el que es un prelingual” E8.

“...pienso que un sordo congénito me va a traer más dificultades para poderme relacionar o hacerme entender o entenderle a él...” E2.

Esto último, aunque parece claro desde el discurso, entra en contradicción con las actitudes que asumen los docentes - médicos con las personas con este tipo de diferencia funcional en el proceso de la atención en salud como viene poniéndose en evidencia.

Se ha vuelto claro además cómo tales patrones de comunicación así como de actuación se elaboran a partir del planteamiento primario de una sociedad construida para personas “normales”, que parte de ignorar la existencia de las diferencias como rasgos constitutivos de la especie humana y prepara en consecuencia a los sujetos para la socialización con la “normalidad” y no con la “anormalidad”. Este trato único e indiferenciado que se hace de los sujetos en la sociedad niega entre otras, la posibilidad de comprender y tratar a todos aquellos que resultan diferentes - anormales como seres independientes y autónomos. De este patrón no se escapa el sistema de prestación de servicios de salud, para el cual vale la expresión de “si bien es cierto que siempre resulta difícil pensar más allá de lo dado, hay ocasiones en las que esa dificultad parece convertirse en insuperable” (Pérez, citado por Skliar, 2002b).

Se hace difícil pensar en una opción diferente, inclusiva e incluyente, para las personas con sordera a partir del sistema de salud, si los individuos que lo conforman -entre ellos, los médicos, además docentes de una Facultad de Medicina- derivan sus concepciones y actuaciones del sistema mismo, ya sea desde el modelo educativo en el que han sido formados o de la sociedad en medio de la cual como personas o como profesionales se desenvuelven. Parafraseando a Rosa Blanco (2005) -especialista regional en educación especial- “difícilmente se puede aprender a respetar las diferencias, si (socialmente) no se convive con ellas, si las diferencias de cualquier tipo se obvian y se excluyen” (p. 60). Lo anterior se hace evidente en el siguiente texto de uno de los participantes:

“el consentimiento informado para ese tipo de personas primero, no existe, nosotros tenemos formatos específicos de autorización de procedimientos, cierto?, entonces si la persona tiene una limitación, simplemente no... noooo... le explicamos a la persona, pero el consentimiento lo tomamos de la familia.” E3.

Conseguir que los sordos puedan ser reconocidos dentro de los espacios de atención en salud requiere inicialmente un modelo de educación médica para la cual el sujeto antes que la enfermedad sea lo preponderante y que la diferencia tenga cabida en la formación, como se mencionó más arriba. Requiere además de currículos preocupados por desarrollar competencias culturales en sus estudiantes y docentes que los lleven a reconocer que es necesario y mandatorio incrementar la consciencia y la comprensión de las diferencias como factores que influyen en la calidad de la prestación de los servicios de salud (Thew, Smith, Chang, & Starr, 2012).

Cuando se hace referencia al desarrollo de competencias culturales en la formación médica y en la atención de los servicios de salud se piensa típicamente en factores relacionados con la raza, la etnia y el género que aunque importantes, no son suficientes. Debe insistirse además en dirigir la formación a aspectos como la comunicación pertinente y la comprensión de los problemas relacionados con aspectos lingüísticos de competencia cultural, como es el caso específico de la población con sordera.

Estudios al respecto han mostrado cómo el mejoramiento de habilidades comunicativas interculturales en las personas que prestan los servicios de salud se asocia con mejores resultados en los pacientes (Smedley, Stith, & Nelson, 2003, citados por Shapiro, Lie, Gutiérrez, & Zhuang, 2006), tiene el potencial de reducir las disparidades en salud (Alexander, Grumbach, Remy, Rowell, & Massie, 1999, citados por Shapiro et al., 2006), además de mejorar el acceso a los servicios sanitarios (Smedley, Stith, & Nelson, 2003, citados por Shapiro et al., 2006).

Son pocas las investigaciones que hacen referencia al estado de salud de la población sorda. Los estudiosos del tema sugieren entre otras, que las razones que puedan explicar lo anterior es la baja utilización de los servicios de salud por parte de las personas sordas -como ya se había hecho mención más arriba en este trabajo - como consecuencia de la mala comprensión -negligente - que se tiene de éstas y que deriva en experiencias definidas por la propia población con sordera como “de temor, de desconfianza y frustración” (Thew et al., 2012, p. 12), sintiéndose además como si no fueran tratados con dignidad y respeto. Muchos de los sujetos participantes de estas investigaciones “estarían dispuestos a cambiar el personal que los atiende por otros que se tomaran el tiempo e hicieran el esfuerzo por comunicarse efectivamente aunque esto implicara manejar

largas distancias e interrumpir la asistencia que tenían previamente” (Steinberg, Wiggins, Barmada, & Sullivan, 2002). Esta situación aunque expresada por los pacientes es reconocida por los docentes - médicos a través de expresiones como las que siguen:

“...ellos no es que no se enfermen, sino que no llegan donde nosotros los médicos con la misma facilidad y tranquilidad con que llega un paciente cualquiera.” E2.

“...pienso que es la dificultad (de las personas sordas) de poderse comunicar con personas que no estamos preparadas, ni que nos enseñaron nunca a atenderlos.” E2.

“...demás que si se enferman y todo, pero de pronto no consultan tanto, o uno no les presta tanta atención” E4.

Adicional a lo anterior, se hace necesario un sistema de prestación de servicios de salud que permita a los sordos hacerlos visibles en su diferencia, es decir, un sistema que comprenda que ellos por su diferencia requieren de un modelo de prestación con unas características también diferentes: tiempos de atención más altos, la disponibilidad de intérpretes de lengua de señas certificados y con experiencia y, de profesionales con conocimiento y dispuestos a esforzarse en lograr una adecuada comunicación con este tipo de personas. Así lo reconocen algunos de los participantes:

“... si estamos hablando de una consulta médica, que hay un tiempo determinado, uno si necesitaría cierta ayuda para hacer más ágil una consulta” E5.

“...Si, es un limitante en la consulta, si, el tiempo.” E8.

“...así pues que en 20 minutos o media hora es muy difícil hacer esa convivencia que lleva el paciente sordo con la persona con la que viene si?”. E8.

“No lo había pensado, no lo había pensado, o sea, nunca hubiera pensado en que cada IPS por ejemplo debe tener una persona que sepa el Lenguaje de Señas, no se me habría ocurrido” E2.

“...pero si por ley debe haber traducción simultánea, o debe haber gente preparada desde el punto de vista estado, para digamos, darle esa traducción a estas personas.” E8.

Múltiples investigaciones (Barnett, 2002; Zazove et al., 1993), (Ries, 1990, 1991, citado por Meador & Zazove, 2005), han mostrado que se hace necesario no sólo mejorar la comunicación en los servicios de prestación de salud para los pacientes sordos, entre los cuales se mencionan el uso de videos en los cuales se utilice lengua de señas con la información pertinente (Steinberg et al., 2002), sino que hace falta seguir avanzando en el reconocimiento de las necesidades comunicativas de tales pacientes que hasta ahora continúan siendo ignoradas (Meador & Zazove, 2005). Así lo expresan algunos de los docentes - médicos entrevistados:

“...yo salgo y pregunto, nadie, nadie contesta, abro la puerta y...me encuentro con éste hombre sentado ahí.” E2.

“ ... hablar es importante independiente de si sé si me está escuchando o no me está escuchando...” E1.

“Le hablaría igual que como te hablo a ti: Buenos días, cómo está, en qué te puedo servir, en que te puedo ayudar.” E6.

El sujeto sordo aparece entonces frente a los docentes - médicos como ese “extraño” el cual aunque separado física y funcionalmente de los “conocidos”, “se niega a permanecer confinado en tierras “lejanas” o a abandonar las nuestras” (Bauman, 2005, p, 92). Aparece como un sujeto “no invitado” que reclama el derecho que tiene a ser un objeto de responsabilidad, pero que al infringir el límite del mapa establecido de la existencia, ha de ser evitado. Expresado de otra manera, el sordo -el otro extraño- desafía con su presencia “la solidez de las demarcaciones ortodoxas y las herramientas universales de la producción de orden. Su proximidad - como toda proximidad de acuerdo con Levinas (1991, citado por Bauman, 2005) sugiere una relación moral” (p. 93), de

compromiso, de identificación, se sensibilización, “mientras su lejanía -como toda lejanía, de acuerdo con Erasmus (1974, citado por Bauman, 2005) permite una relación contractual” (mínimamente técnica), distante y ajena, una relación de “cosidad” (p. 93). Hecho al que se hará referencia en el siguiente segmento de esta investigación.

3.3.3 La eficiencia del saber médico, única razón del encuentro médico – paciente.

“Toda reificación es un olvido”

Max Horkheimer y Theodor W. Adorno,

Dialéctica de la ilustración.

“Por generaciones de generaciones el ser médico ha estado rodeado de un aura particular. En nuestro imaginario y también en el de ellos, han sido especies de dioses, que llegan a rescatarnos justamente cuando más vulnerables y angustiados estamos (...). En sus acciones está en juego la vida humana y, a cambio de tanta responsabilidad, la sociedad los ha investido de un alto prestigio (...). Por eso cuando estamos enfermos y nos encontramos con doctores que parecen ejercer la medicina sólo como una forma de ganarse la vida –lo cual racionalmente no tendría por qué espantar– y además dan señales de haber cambiado el concepto de paciente por cliente, nos sentimos traicionados y abandonados (...).

WOOD ME. Médicos de cuerpos y almas.
Revista El Sábado, de “El Mercurio”, 2001;
número 134, año 3.

Los modos a través de los cuales los médicos se han relacionado con los pacientes en general se han construido a partir de múltiples y complejos elementos y se han modificado también bajo la influencia de diversos factores. Estos factores han dado como resultado -entre otras cosas- una consecuente transformación en las maneras de entender la salud y la enfermedad y la construcción de modelos diferenciados de educación médica, como puede constatarse en el desarrollo de esta investigación.

La mirada reduccionista biológica y fragmentada que ha sometido a la formación médica - y a la que también se ha venido haciendo referencia- ha llevado a que el paciente sordo sea visto y tratado como un conjunto de órganos y sistemas que reparar, reduciéndolo a simple materia viviente. Esta mirada conduce a que la medicina centre su visión en la enfermedad y no en la salud y privilegie una relación entre el médico y el paciente sordo bajo la cual la “reparación del daño” se constituya en la mejor forma de medición de su eficiencia. Así lo expresa uno de los docentes médicos:

“...nosotros como clínicos y cirujanos en esta especialidad lo que bregamos es que puedo hacer por este paciente para ponerlo a oír, lo que nos interesa es digamos, la escucha de éste paciente, desde cualquier punto de vista, tenga o no tenga, o que ya la tecnología, o los avances... tenemos como poner a escuchar a ese paciente...” E8.

Este modo de relación que se establece con el paciente le otorga adicionalmente una importancia preponderante a la información obtenida de la tecnología más que al propio sujeto enfermo, haciendo que su presencia en la relación se vuelva casi innecesaria e inútil. El médico desde esta perspectiva se convierte así en un simple intermediario entre "imperativo tecnológico" y el paciente, desdibujándose en su función como cuidador. Hecho que se hace evidente en la siguiente expresión:

“...porque... cuántos pacientes de pronto sí habrán sido sordos que uno habrá atendido pero vos vas, miras los exámenes, le preguntas al acompañante usted como esta, bien? lo examina y se va, entonces yo no me acuerdo si son sordo o no...” E4.

Esta relación que se establece entre el médico y el paciente -sordo o no- definida en la literatura como Modelo tecnológico que parte y se perpetúa en su proceso de formación, se ve reforzada por la influencia de las corrientes economicistas de los últimos tiempos, para las cuales la salud se ha venido convirtiendo en un producto de consumo más y los pacientes en una mercancía y en clientes de los sistemas sanitarios.

De ser unos profesionales eminentemente liberales, los médicos han pasado a convertirse en su gran mayoría en asalariados de las grandes corporaciones prestadoras del servicio de salud, públicas y privadas. Este proceso de asalariamiento/proletarización, ha traído consecuencias trascendentales para la profesión en conjunto, que progresivamente va perdiendo señas de identidad (Pardell, 2009), y ha convertido a los médicos en funcionarios del sistema, en simples técnicos de la sociedad industrial y en meras piezas de engranaje de la maquinaria administrativa.

De otro lado, al interior de las organizaciones empleadoras, el médico se ve enfrentado a dificultades cada vez mayores para mantener la capacidad de organizar su propio trabajo y definir los límites de su actuación, hechos que lo conducen a entrar en las rutinas e irresponsabilidades propias del sistema, en unos ambientes en los que se han introducido plenamente los procedimientos estandarizados y la programación pre-establecida y en los que el trabajo bien hecho se valora con criterios de eficiencia propios del sistema. Esto se hace evidente en la expresión del siguiente participante:

“...a veces también porque uno mismo vive pues en otro cuento muy diferente, pues uno va a mil, o sea uno necesita que el paciente le conteste, que le diga, que no se que, tenés otros 5 pacientes afuera, pues uno a veces no le presta tanta atención al paciente como tal” E4.

Actitudes como las asumidas y relatadas por los médicos - docentes conducen en definitiva, a formas de abandono del paciente y a la vulneración de sus derechos como sujetos en tanto no son tratados de acuerdo con sus cualidades humanas, sino como objetos insensibles, inertes, es decir, como “cosas” o “mercancías”. Observar el mundo como si sus habitantes, esencialmente, se trataran a sí mismos y trataran a los demás como objetos inanimados, es decir sin un vestigio de sensibilidad o del intento de una toma de perspectiva (Honneth, 2007), es lo que se ha denominado por muchos autores como una actitud reificante.

La “reificación” de acuerdo con Marta Nussbaum (citada por Honneth, 2007) se refiere específicamente a la “forma especialmente extrema de la utilización instrumental de otras personas” (p. 16), o desde la definición de Lukács (citado por Honneth, 2007) no significa más que el “hecho de que una relación entre personas (adquiere) un carácter de cosidad” (p. 23). En una relación reificante entre dos seres humanos confluyen varias actitudes, que van desde el egoísmo evidente, pasando por la indolencia, hasta la preocupación por intereses primordialmente económicos (Honneth, 2007). A partir de esta postura el sujeto, que para este caso es el médico-docente, se convierte en un sujeto pasivo, no participante respecto a lo que sucede en su entorno, se sitúa como observador neutral a quien los acontecimientos no lo afectan emocionalmente y lo

dejan psíquica y existencialmente intacto (Honneth, 2007). Así lo hace saber uno de los participantes:

“...porque uno muchas veces no mira al paciente como tal si no que mira lo que le está pasando pues mira que tengo que hacer, que tengo que ir, que tengo que pasar ronda, que tengo que operar y vos no miras que el paciente, y muchas veces el paciente tiene mas déficit de otras cosas que de lo que vos estas haciendo, muchas veces el paciente no necesita que le saquen la vesícula, si no que lo oigan, en ese caso a uno se le olvida.” E4.

Es por actitudes como las expresadas que puede afirmarse que toda reificación es un olvido, un olvido del otro, una ausencia de reconocimiento del otro como sujeto, de identificación y de implicación existencial que se hace consciente y se afecta de los estados de sensibilidad en relación con el otro; es cuándo con la “amnesia” se pierde la capacidad de entender las manifestaciones de la conducta de otras personas directamente como requerimientos a reaccionar; es en palabras de Heidegger, una relación de no “cuidado”.

Pero el olvido hace también referencia aquí a una disminución de la atención por el otro, el paciente, provocando que aquél pase a un segundo plano y que con ello “se pierda de vista”. Esa desatención se vuelve evidente cuando en el cumplimiento de una praxis -como la práctica médica- se persigue un único propósito: el cumplimiento de los parámetros de eficiencia del mercado y se pierde la atención hacia los motivos fundamentales del ser médico: la persona.

Pero ¿cómo es posible explicar el proceso de pérdida de interés por el otro- para este caso ese “otro sordo”- si es precisamente en la medicina como institución social, donde debieran manifestarse con más fuerza estas actitudes de reconocimiento hacia el ser humano y dónde el reconocimiento por el otro es un elemento constitutivo del ser médico?

Poder comprender las causas de estos procesos implica comprender las prácticas institucionalizadas -en los espacios de formación médica y en los servicios de salud como se ha vuelto evidente en el desarrollo de esta investigación- o de esquemas de pensamiento socialmente

“efectivos” - también ampliamente desarrollados- que imponen una negación al reconocimiento de las personas sordas como sujetos.

“Reconocer” de acuerdo con Cavell (citado por Honneth, 2007) significa “adoptar una postura en la que las expresiones de la conducta de una segunda persona pueden ser entendidas como requerimientos a reaccionar de una manera determinada” (p. 77), por lo tanto -y continuando con el mismo autor- la incapacidad de adoptar una postura de reconocimiento frente al otro, significa en última instancia no estar en condiciones de conocerlo, hecho este último que se ha vuelto evidente en esta investigación.

3.3.4 Utilización del lenguaje en el que subyacen sentimientos de pesar y minusvalía.

“Pues el hombre, en lo más profundo de su ser, depende de la imagen de sí mismo que se forma en el alma ajena, aunque esa alma sea cretina”.

Witold Gombrowicz.

El ser humano se constituye fundamentalmente como tal en relación con otros seres humanos en un medio intersubjetivo de interacción. Pero esta interacción entre humanos adquiere real importancia cuando se da cabida en forma activa -con una actitud dispuesta y consciente- al reconocimiento del otro como Sujeto de la interacción. Esto último lo explica de otra manera Axel Honneth cuando expresa que “ni siquiera sabemos quiénes son las personas con quienes tratamos si aquella experiencia original de implicación directa se ha sustraído a la consciencia” (Honneth, 2007, p. 92).

El reconocimiento así entendido otorga identidad, comprendida esta última como “la posibilidad de interpretación que hace una persona de quién es y de sus características definitorias fundamentales como ser humano” (Taylor, 2009). Por tanto, un no reconocimiento tanto como un “mal reconocimiento” puede llevar a una persona -la persona sorda- o a un grupo de personas -el grupo de las personas con sordera- a sufrir un verdadero daño y una auténtica deformación, sobre todo cuando la sociedad -que para este caso el grupo de docentes - médicos participantes- le muestran como reflejo una visión limitante, de pesar y minusvalía como puede leerse en algunos de los siguientes textos:

“Me da pesar porque pues si... ellos también tienen como sus cositas, no? o sea, si” E4.

“...pues no uno trata de decirle, mire, lo vamos a operar y de alguna manera explicarle pues que el que está implicado es el, cierto? no? que pesar...” E4.

“me da mucho pesar porque yo pienso que a veces la gente es un poquito abandonada pues yo a veces tengo como la sensación de eso...” E4.

Las anteriores expresiones continúan evidenciando la preeminencia de uno de los modelos históricos -ya mencionado- que han permitido explicar las concepciones construidas socialmente frente a las personas con diversidad funcional, el modelo de la prescindencia y dentro de él, al paradigma de la marginación. Las personas con alguna diversidad funcional bajo este modelo, eran entonces subestimadas y consideradas objeto de lástima y se pensaba de ellas que era a través de la caridad y de la mendicidad como lograban subsistir. De otro lado, la marginación suponía el situar por fuera de los espacios destinados para los “normales” a quienes se les reconocía de una forma diferente.

Visto así, el reconocimiento entonces no es sólo un elemento fundamental en la constitución de la subjetividad humana, sino que además las estructuras en que se encuentran sedimentadas las formas de reconocimiento son fundamentales para la existencia e integración de la sociedad. Por tanto, “el falso reconocimiento o la falta de reconocimiento puede causar daño, puede ser una forma de opresión que aprisione “al otro en un modo de ser falso, deformado y reducido” (Taylor, 2009, p. 63), impidiendo de esta forma su inclusión. Una idea similar subyace en la siguiente expresión:

“...lo que pasa es que también a veces estos pacienticos como que... será una idea que yo tengo errada como que a ellos no los llevan al colegio”. E4.

Esta percepción “disminuida” que se tiene de la persona sorda por parte de los docentes-médicos puede conducir a las personas con sordera a adoptar una imagen despectiva de sí mismas, interiorizando una imagen de su propia inferioridad. Esto último lo confirma uno de los estudios

revisados (Meador & Zazove, 2005), en el cual las personas sordas sienten que son tratados “como si tuvieran una inteligencia menor” y en consecuencia “su tratamiento -entendido como intervención terapéutica- es inferior al de las personas oyentes”. Es así como en plano individual, la ausencia de reconocimiento, o el mal reconocimiento, se constituye en uno de los daños a la subjetividad de las personas.

De otro lado y como resultado de lo que se viene expresando, los médicos en su relación con las personas sordas asumen actitudes consecuentes con estas formas de pensamiento. Actitudes que se convierten en el reflejo de estas maneras de reconocer al sujeto sordo y que hacen que las personas con sordera sientan cómo muchos médicos “no les respetan en forma adecuada la inteligencia, la motivación y los propios deseos para entender y participar en su propio cuidado en salud”. Aspecto este último que muestran algunos estudios al respecto (Iezzoni et al., 2004) y que se vuelven además evidentes en las expresiones de los docentes médicos en el siguiente texto y el cuál se describirá en forma más amplia en el próximo segmento de esta investigación:

“...pues cuántos de esos sorditos de pronto van con la mamá y la verdad habla con la mamá y con el sordito no habla” EL.

Por lo tanto un no reconocimiento o un mal reconocimiento es una forma de aniquilación del otro, de negación de su existencia. El reconocimiento es -como lo dice Charles Taylor (2009):”no solo una obligación que tenemos con los otros, es una necesidad humana vital” (p. 55).

4 Discusión final

“Preferimos cambiar la educación –y cambiarla siempre– antes que preguntarnos por la pregunta; preferimos ocuparnos más del ideal, como normal, que de lo grotesco, como humano. Preferimos hacer metástasis educativa a cada momento. Nos subyuga transformar la transformación olvidando –o bien negando– todo punto de partida; y la vorágine de un cambio que haga de la educación algo parecido a un Paraíso tan improbable como imposible. Del cambio sin origen: de eso se trata”.

Carlos Skliar

Recorrer el camino en compañía de algunos docentes-médicos de la Facultad de Medicina de la FUSM (sede Sabaneta) con el objetivo central de hacer visibles las representaciones sociales que éstos tienen frente a las personas con sordera prelocutiva, implicó reconocer en ellos los conceptos y las construcciones de sentido que han venido elaborando frente a éstas y develar en el ejercicio profesional las prácticas y comportamientos de allí derivados generando a partir de lo obtenido, reflexiones y cuestionamientos que se dirigen en última instancia hacia el proceso formativo de dichos profesionales; cuestionamientos y reflexiones que se convierten además en una exigencia ética que implica por parte de todos hacer los esfuerzos que sean necesarios para mirar de nuevo y en forma constante, detenida y consciente la Educación Médica.

Se constata en primera instancia y de manera general, cómo en el proceso educativo de los propios docentes- médicos (formal o no) y en su ejercicio como profesionales y como formadores de nuevos médicos, conceptos tales como normalidad, inclusión, reconocimiento, respeto por la diferencia, autonomía entre otros, aparecen tal vez sólo como palabras constituyentes de un discurso que facilita el que “podamos ocultarnos detrás de nosotros mismos, representando al mismo tiempo una mímica de la alteridad” (Larrosa, 2001, p. 17), pero sin estar incorporados a la práctica y al aprendizaje del ser médico de una manera real y que según los mismos autores “nos permiten seguir siendo nosotros mismos, con el mismo ropaje, la misma arrogancia, la misma violencia, el mismo miedo a abandonarnos, a sentir-nos, a percibir-nos o ser-nos otro/s y en tránsito” (Larrosa, 2000, p. 71).

Lo anterior revela la preeminencia de la mentalidad moderna “sobre la cual recae la potestad de elaborar y establecer las definiciones plausibles” (Bauman, 2005, p. 28) y precisas con las cuales lograr el establecimiento del orden: nombrando y clasificando y eliminando de esta forma el caos

y la ambivalencia y que, en el espacio de la Educación Médica se cristaliza con establecimiento de verdades únicas, homogenizantes y excluyentes, que han impedido no sólo el no poder superar el biologismo y la fragmentación impuesta por el modelo flexneriano moderno, modelo que ha facilitado que el discurso educativo médico continúe estático frente a conceptos tales como los de salud/enfermedad y normalidad/anormalidad y que además ha retrasado de manera incomprensible y casi indolente, la construcción de una “teoría de “lo social” que desde una vertiente del conocimiento no positivista” (Quevedo, 1990), permita no olvidar la singularidad del paciente como sujeto y su diversidad.

Pero cómo superar estas visiones modernas de comprensión del mundo? ¿Será posible una reinstalación de la de la auténtica relación médico-paciente y de la preocupación ética por el otro en el contexto moderno en el cual dicha relación se ha instrumentalizado en función de la eficiencia? Pareciese claro, tanto para la Educación en general y en particular para la Educación Médica- que el obstáculo no está situado en la ausencia de referencias normativas que conduzcan de manera “adecuada” el deber ser y en consecuencia el que hacer; tampoco podría señalarse la no modificación de las leyes hacia aquellas que favorezcan la accesibilidad, la flexibilidad y la integración educativa, se trata más bien de la necesidad de un cambio en los argumentos sociales sobre las realidades en que se vive sobre los cuales poder comprender y estructurar unos nuevos modelos educativos.

Es bien sabido que dichas conceptualizaciones son el resultado, entre otros, de un proceso de producción general enmarcado en el proceso de reproducción socio-cultural y político de las cuales son producto. En educación estas conceptualizaciones se plasman en el currículo, el cual ligado a la idea de eficiencia social (Borrel, 2005), aparece entre otros, como el instrumento con el cual la escuela responde de manera eficiente a las necesidades sociales de la educación – del que no se escapa la Educación Médica- fijando las especificaciones y estándares del producto final que se desea formar influenciando en el cómo se estructura el proceso educativo, en las prioridades de formación que allí se definen y al final, en el cómo se diseñan y se plantean en consecuencia los modelos de atención en salud. De esto último es que puede afirmarse con Gimeno Sacristán que “ningún currículo, por obsoleto que sea, es neutro” (Gimeno, 1995, p. 18), pues de alguna forma “refleja el conflicto entre intereses dentro de una sociedad y los valores dominantes que rigen los

procesos educativos”²⁶ y el resultante de esta confluencia, determina lo que se enseña o no dentro del ámbito escolar.

La sola idea de uniformidad observable en los saberes, discursos, concepciones y prácticas de los docentes – médicos no preparan al alumno para asumir la diferencia, no propician los espacios para que emerja el reconocimiento por la “multiformidad” y la diversidad de experiencias, vivencias, lógicas, modos de relacionarse, modos de sentir, de producir conocimientos e intereses y para que surja en ellos como consecuencia, el diálogo deliberante necesario para el desarrollo de las propias identidades como seres humanos y como futuros profesionales. Es notable además la poca preocupación en los docentes- médicos por “las diferencias” presentes en los seres humanos, pero si “una cierta obsesión por aquello que podríamos denominar “los diferentes”, los “extraños”, o tal vez en otro sentido “los anormales” (Skliar, citado por Forster et al., 2005), inmerso en un lógica dual entre el “nosotros” (saludables, normales) y “ellos”, los otros, los anormales que se sitúan en la periferia y que parecen constituir una amenaza a la normalidad.

El desafío inicial es entonces orientar la educación hacia el interés en el ser humano, en la preocupación real por el otro y en especial por el cuidado del otro.

Cuidar del otro supone una doble apuesta: de un lado se trata de deconstruir esa imagen determinada y prefijada del otro que lo etiqueta y lo disminuye, obligándonos a pensar el otro por sí mismo, en sí mismo y desde sí mismo a través de su propia palabra (Skliar, 2008) y no desde la mirada única de quien lo observa y cree conocerlo como se evidencia en esta investigación. De otro lado, se trata de comenzar a establecer relaciones a través de las cuales el otro “diferente” sea capaz de inquietarnos, de poner en duda lo que somos y lo que hemos construido a partir de todas esas concepciones para clasificarlo y excluirlo, “para protegernos de su presencia incómoda, para atrapararlo en nuestras instituciones, para someterlo a nuestras prácticas y, en el límite, para hacerlo como nosotros” (Larrosa & Pérez, 1997, p. 12).

Atender a la mirada del otro y preocuparnos por el cuidado del otro podría permitir la emergencia de otra forma del pensamiento y, quizá, de otro tipo de práctica social” (Larrosa &

²⁶ El concepto “currículum” tiene diferentes definiciones y existen pocos acuerdos en cuanto a su significado.

Pérez, 1997, p. 12) y de una manera de concebir y ejercer la medicina a través de la cual no solo nos sintamos responsables técnicamente de los otros sino y sobre todo éticamente comprometidos con ellos. Una práctica que nos permita integrar las dimensiones de alteridad y narratividad en una experiencia que hace tanto al médico como al paciente protagonistas en el alcance de un mismo objetivo: la promoción de una buena en cada uno de ellos y la búsqueda del bien pleno, lo que implica de un lado, “tener unas prácticas cotidianas que den cuenta del propio y recíproco reconocimiento (...) lo cual solo se puede lograr si se prioriza la palabra de cada uno como única forma de acceso al ser del otro” (Bedoya & Builes, 2012).

Referencias

- Aguado, A. L. (1995). *Historia de las deficiencias*. Madrid: Escuela Libre.
- Andrews, J. F., & Mason, J. M. (1991). Strategy usage among deaf and hearing readers. *Exceptional Children*, 57(6), 536–545.
- Araya, S. (2002). *Las representaciones sociales: ejes teóricos para su discusión*. San José, Costa Rica: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO).
- Banchs, M. (1988). Cognición social y representación social. *Revista de Psicología de El Salvador*, 7(30), 361–371.
- Banchs, M. (1991). Representaciones sociales: pertinencia de su estudio y posibilidades de su aplicación. *Boletín de AVEPSO*, 14(3), 3–16.
- Barnett, S. (2002). Communication with deaf and hard-of-hearing people: a guide for medical education. *Academic Medicine*, 77(7), 694–700.
- Barton, L. (1998). *Discapacidad y sociedad*. Madrid: Morata.
- Bauman, Z. (2005). *Modernidad y ambivalencia*. Barcelona: Anthropos.
- Bedoya, M. H., & Builes, M. V. (2012). El acto médico como ética de la relación. *Iatreia*, 22(1), 47–54.
- Blanco, R. (2005). Hacia una escuela para todos y con todos. *Boletín Del Proyecto Principal de Educación Para América Latina Y El Caribe*, (48), 55–72.
- Borrel, R. M. (2005). *Proceso de transformación curricular: otro paradigma es posible: carrera de Medicina Facultad de Ciencias Médicas Universidad Nacional de Rosario*. Bogotá: Universidad del Rosario.
- Chaveiro, N., Porto, C. C., & Barbosa, M. A. (2009). The relation between deaf patients and the doctor. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, 75(1), 147–150.

- Chomsky, N. (2001). *Reglas y representaciones*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Colombia. Asamblea Nacional Constituyente. (1991). *Constitución Política de Colombia*. Bogotá: República de Colombia.
- Colombia. Congreso de la República. (1981). *Ley 23 de 1981 (18 de febrero): por la cual se dictan normas en materia ética médica*. Bogotá: Diario Oficial.
- Colombia. Ministerio de Salud. (1993). *Resolución número 8430 de 1993 (octubre 4): por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud*. Bogotá: Diario Oficial.
- Correa, I. C. (2010). *Sordera, lenguaje y exclusión: una perspectiva desde la bioética*. (Tesis Maestría en Bioética). Universidad El Bosque, Bogotá.
- de la Cuesta, C. (1997). *Investigación cualitativa: un análisis de la información*. Manizales: CINDE.
- de Souza, M. C. (2010). Los conceptos estructurantes de la investigación cualitativa. *Salud Colectiva*, 6(3), 251–261.
- Delgado, J. M., & Gutiérrez, J. (1995). *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*. Madrid: Síntesis.
- Ebert, D. A., & Heckerling, P. S. (1995). Communication with deaf patients. Knowledge, beliefs, and practices of physicians. *JAMA*, 273(3), 227–229.
- Escobar, J. (2006). Reflexiones desde la bioética sobre la exclusión como forma de violencia. *Revista Colombiana de Bioética*, 1(2), 9–41.
- Fernández-Viader, M. P. (2006). *El valor de la mirada: sordera y educación*. Barcelona: Universitat de Barcelona.
- Flexer, C., Wray, D., Millin, J., & Leavitt, D. (1993). Mainstreamed College Students with Hearing Loss: Comparison of Receptive Vocabulary to Peers with Normal Hearing. *Volta Review*, 95(2), 125–133.

Foro de Vida Independiente. (2016). Foro de Vida Independiente.

Forster, R., Vallejos, I., Kipen, E., Ameica, M. E., Spadillero, A., Fernández, M. E., ... Lipschitz, A. (2005). *Comunidad, discapacidad y exclusión social: la construcción social de la normalidad*. Buenos Aires: Novedades Educativas.

Foucault, M. (2000). *Los anormales*. México: Fondo de Cultura Económica.

Gadamer, H. G. (1991). *Verdad y método*. Salamanca: Ediciones Sígueme.

Galeano, M. E. (2004). *Estrategias de investigación social cualitativa: el giro en la mirada*. Medellín: La Carreta.

Gimeno, J. (1995). *El currículum: una reflexión sobre la práctica* (5th ed.). Madrid: Morata.

Grbich, C. (1998). *Qualitative Research in Health: An Introduction*. Thousand Oaks: SAGE.

Herrera, J. D. (2010). *La comprensión de lo social: horizonte hermenéutico de las ciencias sociales*. Bogotá: CINDE.

Herrera, V. (2005). Habilidad lingüística y fracaso lector en los estudiantes sordos. *Estudios Pedagógicos*, 31(2), 121–135.

Honneth, A. (2007). *Reificación: un estudio en la teoría del reconocimiento*. Buenos Aires: Katz.

Iezzoni, L. I., O'Day, B. L., Killeen, M., & Harker, H. (2004). Communicating about health care: observations from persons who are deaf or hard of hearing. *Annals of Internal Medicine*, 140(5), 356–362.

Jaramillo, L. G., Pinilla, C. A., Duque, M. I., & González, L. (2004). Percepción del paciente y su relación comunicativa con el personal de la salud en el servicio de agudos del Hospital de Caldas. Manizales (Colombia). *Index de Enfermería*, 13(46), 29–33.

Larrosa, J. (2001). *Habitantes de Babel: políticas y poéticas de la diferencia*. Barcelona: Laertes.

Larrosa, J., & Pérez, N. (1997). *Imágenes del otro*. Barcelona: Virus.

- LaSasso, C. J. (1993). Reading comprehension of deaf reader. The impact of too many or too few questions. *American Annals of the Deaf*, 138(5), 435–441.
- Leyva, L. (2005). El currículum como espacio de legitimización de la cultura del pobre. *Cuadernos Interculturales*, 3(4), 27–36.
- Limbrick, E. A., McNaughton, S., & Clay, M. M. (1992). Time engaged in reading: A critical factor in reading achievement. *American Annals of the Deaf*, 137(4), 309–314.
- Mardones, J. M. (1991). *Filosofía de las ciencias humanas y sociales: materiales para una fundamentación científica*. Barcelona: Anthropos.
- Meador, H. E., & Zazove, P. (2005). Health care interactions with deaf culture. *The Journal of the American Board of Family Practice*, 18(3), 218–222.
- Mora, M. (2002). La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici. *Athenea Digital*, (2), 1–25.
- Moscovici, S. (1979). *El psicoanálisis, su imagen y su público*. Buenos Aires: Huemul.
- Moscovici, S. (1989). *Psicología social II: pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales*. Barcelona: Paidós.
- Ocampo-Martínez, J. (2008). La validez del conocimiento médico: una aproximación. *Revista Médica Del Instituto Mexicano Del Seguro Social*, 46(3), 281–286.
- Palacios, A., & Romañach, J. (2006). *El modelo de la diversidad: La Bioética y los derechos humanos como herramientas para alcanzar la plena dignidad en la diversidad funcional*. Madrid: Diversitas - AIES.
- Pardell, H. (2009). *El médico del futuro*. Barcelona: Fundación Educación Médica.
- Parra, E., & Pinzón, H. (2000). *El perfil del profesional de la salud como docente universitario*. Bogotá: Tercer Mundo Editores.
- Paul, P. V. (1998). *Literacy and deafness: the development of reading, writing, and literate*

thought. Boston: Allyn and Bacon.

Paul, P. V., & Gustafson, G. (1991). Comprehension of High-Frequency Multimeaning Words by Students with Hearing Impairment. *Remedial and Special Education*, 12(4), 52–61. <http://doi.org/10.1177/074193259101200408>

Prat-Corominas, J., Palés-Argullós, J., Nolla-Domenjó, M., Oriol-Bosch, A., & Gual, A. (2010). Proceso de Bolonia (II): educación centrada en el que aprende. *Educación Médica*, 13(4), 197–203.

Quevedo, E. (1990). El proceso salud-enfermedad: hacia una clínica y una epidemiología no positivistas. In *Seminario Permanente Salud y Administración*. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.

Radelli, B., & Franchi, E. (2000). La logogenia y el desarrollo lingüístico de los sordos. *Diario de Campo. Boletín Interno de Los Investigadores Del Área de Antropología*, (28).

Roldán, O. (2006). *La institución educativa: escenario de formación política que se configura desde el ejercicio mismo de la política*. (Tesis Doctorado en Ciencias Sociales, Niñez y Juventud). Fundación Centro Internacional de Educación y Desarrollo Humano -CINDE- y Universidad de Manizales, Manizales.

Salas, P. (2007). *Narrativa, lenguaje y educación: aproximación a un estudio de casos de integración educativa desde la discapacidad auditiva*. (Tesis Doctorado en Innovación e Investigación Educativa). Universitat Rovira i Virgili y Universidad Nacional de Salta.

Sandoval, C. (2002). *Investigación cualitativa: módulo cuatro*. Bogotá: ARFO.

Searle, J. R. (2005). *Libertad y neurobiología: reflexiones sobre el libre albedrío, el lenguaje y el poder político*. Barcelona: Paidós.

Sen, A. (2000). *Desarrollo y libertad*. Buenos Aires: Planeta.

Shapiro, J., Lie, D., Gutiérrez, D., & Zhuang, G. (2006). “That never would have occurred to me”: a qualitative study of medical students’ views of a cultural competence curriculum. *BMC*

Medical Education, 6(1), 31. <http://doi.org/10.1186/1472-6920-6-31>

- Skliar, C. (2002a). *¿Y si el otro no estuviera ahí?: notas para una pedagogía (improbable) de la diferencia*. Buenos Aires: Miño y Dávila.
- Skliar, C. (2002b). Alteridades y pedagogías: o...¿y si el otro no estuviera ahí? *Educação & Sociedade*, 23(79), 85–123.
- Skliar, C. (2008). *El cuidado del otro*. Buenos Aires: Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología.
- Skliar, C. (2014). *La crisis de la conversación de alteridad*. Buenos Aires: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO).
- Skliar, C., & Téllez, M. (2008). *Conmover la educación: ensayos para una pedagogía de la diferencia*. Buenos Aires: Noveduc.
- Steinberg, A. G., Wiggins, E. A., Barmada, C. H., & Sullivan, V. J. (2002). Deaf women: experiences and perceptions of healthcare system access. *Journal of Women's Health*, 11(8), 729–741.
- Stiker, H. J. (2000). *A History of Disability*. Ann Arbor, MI: University of Michigan Press. <http://doi.org/10.3998/mpub.15952>
- Strauss, A., & Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín: Universidad de Antioquia.
- Tamaskar, P., Malia, T., Stern, C., Gorenflo, D., Meador, H., & Zazove, P. (2000). Preventive attitudes and beliefs of deaf and hard-of-hearing individuals. *Archives of Family Medicine*, 9(6), 518–525.
- Taylor, C. (2009). *El multiculturalismo y la política del reconocimiento*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Thew, D., Smith, S. R., Chang, C., & Starr, M. (2012). The deaf strong hospital program: a model of diversity and inclusion training for first-year medical students. *Academic Medicine*, 87(11),

1496–500. <http://doi.org/10.1097/ACM.0b013e31826d322d>

Torres, J. (2005). *El currículum oculto* (8th ed.). Madrid: Morata.

Veiga-Neto, A. (2000). Currículum y exclusión social. *Kikiriki: Cooperación Educativa*, (59–60), 45–49.

Young, I. M. (2000). *La justicia y la política de la diferencia*. Valencia: Universitat de València.

Zazove, P., Niemann, L. C., Gorenflo, D. W., Carmack, C., Mehr, D., Coyne, J. C., & Antonucci, T. (1993). The health status and health care utilization of deaf and hard-of-hearing persons. *Archives of Family Medicine*, 2(7), 745–752.

Anexos

Anexo 1

Carta, solicitud de aprobación a la decanatura de la facultad de medicina de la Fundación Universitaria San Martín, para la realización de la presente investigación.

Medellín, Abril 7 de 2010

Doctor:

LUIS JAVIER GIRALDO MUNERA

Decano

Facultad de Medicina.

Fundación Universitaria San Martín

Sede Sabaneta

Cordial saludo,

Alrededor de las personas con sordera, se han construido una serie de percepciones, creencias y valoraciones, las cuales están inmersas dentro de imaginarios y construcciones sociales, legitimados y perpetuados por instancias de poder desde la misma sociedad, tales como la familia, la educación y la propia institución médica que sin ser los únicos, se constituyen en instancias fundamentales en la construcción y permanencia de tales concepciones.

En el ámbito de la atención en salud por ejemplo, los pocos estudios llevados a cabo en otros países, han mostrado cómo la debilidad en la formación del médico (y en general del equipo de salud) reflejada en el desconocimiento por parte de los mismos con respecto a este grupo como comunidad cultural con derechos y a sus posibilidades comunicativas, ha llevado de un lado, a una relación médico paciente caracterizada por problemas de comunicación de la cual se derivan una serie de errores y malos entendidos en el proceso diagnóstico, terapéutico y de toma de decisiones, y por el otro, a un paternalismo por parte del médico a través del cual a las personas sordas no se le tiene

en cuenta en las decisiones sobre su propio cuerpo y aún sobre su propia vida. Actitudes estas últimas que van en detrimento no sólo de la autonomía a la cual los sordos como cualquier otra persona tienen derecho, sino incluso en el deterioro de su propia dignidad como seres humanos.

Dado esto, la educación y para este caso concreto, la educación médica debe preocuparse por extender sus límites hacia el otro, la persona sorda, debe repensar lo hecho hasta hoy y lo que aún falta, debe preocuparse por la protección, cuidado y mejoramiento de la calidad de vida y dignidad, de la diversidad humana (y no humana), y contribuir al fortalecimiento de las minorías, defendiendo la aplicación de los principios democráticos, tomando parte activa en la defensa de la justicia social y en la construcción de un espacio público no excluyente tanto política como socialmente.

He pensado como un primer paso en el logro de lo anterior y atendiendo a la necesidad académica que se me exige en mi camino por la obtención del título de Magíster en Educación y Desarrollo humano otorgado por el CINDE en convenio con la Universidad de Manizales, acercarme desde las propias voces de los docentes – médicos de la facultad de Medicina de la Fundación Universitaria San Martín, Sede Sabaneta, a través de un trabajo de investigación titulado “Creencias y actitudes de los docentes – médicos – de la mencionada institución- construidas en torno a las personas con sordera”

Dicho trabajo pretende ser pionero en Colombia en dicha temática y ser un aporte para la educación médica en nuestro país, además de contribuir a fortalecer el reconocimiento “real” de las personas sordas como seres titulares de derechos.

Para realizarlo debo contar con el aval de la Facultad de medicina y de usted como su máxima autoridad, dado que para el desarrollo de dicha investigación tendré que interactuar directamente con algunos de los docentes de la facultad y de acuerdo a su disponibilidad, utilizar ciertos espacios propios de la Universidad.

Quiero también dejar en claro que la Facultad y usted no adquieren conmigo ninguna responsabilidad legal: todo el proceso del trabajo de investigación, asesorías, informes y demás requerimientos corren por cuenta de la Universidad de Manizales y el convenio con CINDE, y que usted estará al tanto de los avances durante el desarrollo de dicha investigación y de los resultados finales que ésta pueda arrojar con el fin de enriquecer su proceso académico.

Quedo en espera de una pronta respuesta, para poder iniciar mis trámites pertinentes a la investigación con la dirección de la maestría.

Agradezco su atención y colaboración.



ISABEL CRISTINA CORREA B.
Estudiante de maestría en Educación y Desarrollo humano.
Convenio CINDE – Universidad de Manizales.

C.c: DRA. JEANNETH CÁRDENAS
Coordinadora Área Clínica
Facultad de Medicina
Fundación Universitaria San Martín
Sede Sabaneta.

Anexo 2

Carta de aprobación del Consejo de Facultad de la Facultad de Medicina de la Fundación Universitaria San Martín, sede Sabaneta a la presente investigación.



FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SAN MARTÍN
SEDE MEDELLÍN
FACULTAD DE MEDICINA

Sabaneta, 21 de abril de 2010

DM-216

Doctora

ISABEL CRISTINA CORREA BOTERO

Ciudad

Apreciada doctora Isabel Cristina:

El Consejo de Facultad de la Facultad de Medicina de la Fundación Universitaria San Martín, en reunión efectuada el día 19 de abril de 2010, tuvo la oportunidad de analizar su invitación a esta unidad académica para vincularse al desarrollo del proyecto de investigación titulado “Representaciones sociales de los docentes -médicos, de la Facultad de Medicina de la Fundación Universitaria San Martín, construidas frente a las personas con sordera prelocutiva”.

Este Consejo una vez escuchada su presentación ante la reunión de profesores y la justificación que usted ha sustentado, concluye y aprueba darle todo el aval para el desarrollo de este proyecto en lo que usted como investigadora considere pertinente.

Resalta el Consejo la pertinencia que tiene este trabajo de investigación en la realidad del país y en el aporte que constituye para el desarrollo de la educación médica y la formación integral de nuestros estudiantes.

Cordialmente,

LUIS JAVIER GIRALDO MNUNERA

Decano Facultad de Medicina

Anexo 3

Carta invitación docentes – facultad de medicina a participar de la investigación propuesta.

Sabaneta, Marzo 24 de 2010

Señor (a):

DOCENTE

Facultad de Medicina.

Fundación Universitaria San Martín.

Sede Sabaneta.

Cordial Saludo

Dado que para optar al título de Magister en el Programa de Maestría en Educación y Desarrollo, que ofrecen en convenio la Universidad de Manizales y la Fundación Centro Internacional de Educación y Desarrollo Humano -CINDE- debo realizar una investigación, he decidido trabajar sobre “Representaciones sociales de los médicos- docentes frente a los pacientes con sordera prelocutiva”, tema en el cual considero que su participación es muy valiosa, por eso, lo invito muy cordialmente a hacer parte del grupo de personas que aportarán la información, constituido por docentes de la Facultad de Medicina de la Fundación Universitaria San Martín, sede Sabaneta, pertenecientes al área clínica, es decir, que su ejercicio docente involucra la atención de pacientes tanto ambulatorios como hospitalizados, en las diferentes especialidades médicas.

Para que su decisión de participar esté soportada en el conocimiento del trabajo que se va a realizar, comparto con usted aspectos importantes respecto a las características del estudio:

- Es una investigación cualitativa en la que se utilizan la entrevista individual en profundidad y el grupo focal como técnicas para la construcción de los datos. En este caso, se requiere su sinceridad y compromiso con los propósitos de la investigación en el momento de aportar la información.
- Por la complejidad y naturaleza de las técnicas se requiere el uso de grabadora de voz y en algunos casos video grabadora para el registro de la información. También se tomarán notas en

forma escrita. Es importante recalcar que se garantiza confidencialidad, lo que significa que su nombre no será revelado en el informe de la evaluación a no ser que usted disponga lo contrario, que dicha información no tendrá otro uso que el de los fines de la investigación en mención y, que a la base de datos sólo tendremos acceso las participantes del equipo investigativo, la asesora y los evaluadores del informe final.

· Por tratarse de una investigación cualitativa y la complejidad de la recolección de información que demanda la misma, se seleccionarán, aleatoriamente 10 docentes entre quienes manifiesten su deseo de participar y se les notificará personalmente a los seleccionados.

Con el fin de ampliar la información y resolver cualquier inquietud adicional, se le invita a participar en una reunión el próximo sábado 10 de Abril a las 11:00 a.m en las instalaciones de la facultad de medicina en el Municipio de Sabaneta

Me gustaría conocer su interés y/o posibilidad de participar tanto en la reunión programada como en la investigación, para ello se puede dirigir a isabelcorrea69@yahoo.es

Agradezco su atención y colaboración.

Atentamente,



ISABEL CRISTINA CORREA BOTERO.

Médica, Universidad de Antioquia.

Magíster en Bioética, Universidad El Bosque. Bogotá.

Candidata a Magíster en Educación y Desarrollo humano. Convenio Universidad de Manizales – CINDE.

Docente, Facultad de Medicina, Fundación Universitaria San Martín, sede Sabaneta.

Anexo 4

Consentimiento informado, entregado y compartido con los docentes - médicos de la Facultad de Medicina de la FUSM

Sabaneta, Mayo 12 de 2010

Señor (a):

DAVID GENEY

DOCENTE

Facultad de Medicina.

Fundación Universitaria San Martín.

Sede Sabaneta.

Cordial Saludo

Antes que nada, quiero agradecerle el aceptar la invitación a participar junto a mi del trabajo de investigación titulado: “Representaciones sociales de los médicos- docentes del área clínica de la Facultad de medicina de la Fundación Universitaria San Martín, sede Sabaneta, frente a los pacientes con sordera pre-locutiva”

Como usted ya sabe, dicha investigación se constituye en el trabajo de grado para optar al título de Maestría en Educación y Desarrollo Humano, maestría que vengo adelantando con la Universidad de Manizales en convenio con una organización no gubernamental que se dedica a apoyar la infancia colombiana, denominada CINDE.

Es mi deseo que su participación en la investigación mencionada sea satisfactoria, que tenga claridad de su papel, de sus obligaciones y de sus derechos al participar en la misma, por lo tanto considero pertinente que usted posea la siguiente información antes de optar por participar en forma definitiva en el proceso:

La metodología que se empleará para ésta investigación es cualitativa, la cual demanda estrategias de adquisición de información tales como la entrevista individual a profundidad y la realización de grupos focales de discusión. Para que dichas estrategias logren el objetivo propuesto es requisito

fundamental que la información brindada por su parte, sea producto de una apertura sincera y de un real compromiso con el trabajo en mención.

Adicionalmente y dada la complejidad de las estrategias mencionadas, se hace necesario que el registro de las mismas se lleve a cabo por medio de la grabación de la voz y la toma escrita de notas y en algunos de los casos la video-grabación.

Es preciso recalcar que la información aportada por usted es confidencial, lo que significa que su nombre no será revelado en el informe de la evaluación a no ser que usted disponga lo contrario, que dicha información no tendrá otro uso que el de los fines de la investigación en mención y, que a la base de datos sólo tendremos acceso las participantes del equipo investigativo, los asesores y los evaluadores del proyecto.

Por supuesto, usted está en libertad de proporcionar o no determinada información y, no se encuentra obligado a participar de todas las técnicas de recolección de datos, ni a permanecer en el proyecto evaluativo si descubre que ese no es su deseo.

De nuevo, es muy halagador para mi contar con su presencia voluntaria en la realización de dicho trabajo, que estoy segura por tratarse de un trabajo pionero en Colombia en dicha temática, contribuirá enormemente a mejorar la educación médica en nuestro país y a fortalecer desde los ámbitos sanitarios el reconocimiento “real” de las personas sordas como seres titulares de derechos. Agradezco su atención y colaboración.

Atentamente,



ISABEL CRISTINA CORREA BOTERO.

Médica, Universidad de Antioquia.

Magíster en Bioética, Universidad El Bosque. Bogotá.

Candidata a Magíster en Educación y Desarrollo humano. Convenio Universidad de Manizales – CINDE.

Docente, Facultad de Medicina, Fundación Universitaria San Martín, sede Sabaneta.

Anexo 5

Entrevista semi-estructurada.

DERROTERO DE PREGUNTAS:

- ¿De qué universidad es egresado? (Esta pregunta tenía la intención de al momento de la discusión, ver si existen diferencias por universidades en la formación de los médicos respecto a temáticas como estas)
- ¿En qué año? (Me interesaba ver si con el tiempo, las universidades se han interesado por incluir estos tópicos en sus currículos)
- ¿Qué es para usted una persona con sordera prelocutiva? si no conocen el término prelocutiva, seguir a la siguiente pregunta y aclarar inmediatamente el término.
- ¿Como define usted una persona sorda?
 - Observar que calificativos se utilizan:
 - Anormal
 - Discapacitado
 - Una persona con un déficit
 - Anotar desde que paradigmas definen la persona con sordera.
- ¿Ha tenido usted experiencia previa en la atención de personas sordas?.
 - Si la ha tenido, ¿Cómo ha sido esa experiencia? (conocer sobre sus sentimientos, sus actitudes)
 - Si no la ha tenido, preguntar ¿Por qué cree usted que no ha tenido la oportunidad de atender personas sordas? Posibles razones.
 - Por causa del azar
 - Porque los sordos son muy pocos en el país
 - Por la especialidad (la sordera es más frecuente en hombres que en mujeres)
 - Porque piensa que los sordos acuden poco al médico
 - Porque están en el grupo de población más pobre
 - Porque se enferman menos
 - Porque les da vergüenza visitar al médico
 - Porque no tienen quien los acompañe
 - Porque tienen baja cobertura en salud

- Al momento de enfrentar en la consulta a una persona sorda usted:
 - Se preocupa por saber desde cuándo (a qué edad) apareció la sordera?
 - Si es secundaria a una enfermedad o como manifestación de un síndrome?
 - ¿Por qué le parece importante o no indagar sobre esto? ¿Para qué le ayuda esta información en el momento de la atención?
 - No le interesa saber ni la causa, ni el tiempo de aparición de la misma.
 - Esto es importante conocerlo, pues las razones pueden ser múltiples:
 - Porque hace parte de la historia del paciente (como se hace con cualquier otro paciente cuando se pregunta por sus antecedentes “patológicos”),
 - Porque piensa que la enfermedad actual – por la que consulta en el momento- tiene relación con la sordera;
 - Porque piensa que el conocer el tiempo de aparición de la sordera le ayudaría a establecer mejor el tipo de comunicación mas óptimo con cada paciente en específico.
 - O por una combinación de razones
- Si en su consulta recibe a una persona sorda, que nació sorda o que perdió la audición antes de los 2 años de edad - es decir, un sordo prelocutivo-, usted piensa que:
 - Su inteligencia es independiente de su grado de sordera (es decir, podría asimilarla a la de cualquier persona oyente)
 - Su inteligencia es menor, debido a la sordera
 - Su inteligencia es menor, dado a la baja formación escolar que reciben los sordos.
- ¿Qué método de comunicación utiliza en forma más frecuente con este tipo de pacientes?
 - Lectura de labios
 - Lecto-escritura
 - Lengua de señas (usted habla con él a través de este método)
 - Solicita un traductor de lengua de señas
 - Si el paciente va acompañado, utiliza a la familia o al acompañante para establecer la comunicación con el paciente
 - No establece ninguna comunicación con el paciente sordo, solamente procede a examinarlo.
- ¿Con que criterios elige preferentemente alguno de los métodos de comunicación?

- ¿Usted piensa que un sordo que ha recibido instrucción escolar, tiene el mismo nivel lector que una persona oyente?
- ¿Usted piensa que un sordo que ha recibido instrucción escolar, tiene el mismo nivel escritural que una persona oyente?
- Qué piensa usted acerca de la lengua de señas?
 - Es un lenguaje?
 - No es un lenguaje? (Es decir, es un código que ofrece todas las posibilidades de expresión tales como: contar chistes, discutir, narrar, argumentar, persuadir, informar, enamorar, describir y exhibir todos los matices lingüísticos de cualquier lengua natural.)
- ¿Sabe usted cual es la lengua oficial de Colombia?
- ¿Cuál considera usted que es la lengua definida por constitución de las personas sordas?
- ¿Conoce usted desde el aspecto legal a que tiene derecho los sordos en referencia a “ayudas” para facilitar la comunicación?
 - ¿Tiene derecho el sordo a que se le solicite por ejemplo un intérprete de lengua de señas para la consulta?
- ¿Ha considerado el abordar esta temática (abordaje del paciente sordo - sordo prelocutivo) durante su práctica docente? De razones
- ¿Recibió en su proceso de formación como médico, herramientas para enfrentar este tipo de situaciones?
- Si durante la atención en salud su paciente es una persona sorda (mayor de 18 años) y se debe tomar una decisión trascendental para la vida de este paciente usted,
 - Piensa que por tratarse de una persona “discapacitada”, la decisión la debe asumir un sustituto
 - Por tratarse de una persona mayor de edad, usted hace su “mayor esfuerzo” en pro de que la persona comprenda y pueda tomar su propia decisión
 - Por tratarse de una persona mayor de edad, la decisión la debe tomar el paciente y usted exige la presencia de un traductor de lengua de señas, por ejemplo, para que le ayude en la toma de decisiones
- Con respecto a la ley, ésta le ordena que actúe en consecuencia con cuál de las tres opciones (1, 2, 3)? ¿Sabe o no, conoce o no la ley?
- ¿Considera que este tipo de temáticas deben ser “enseñadas” en el pregrado y en los postgrados? o esto no es de incumbencia y de relevancia para la formación del médico?