

Facultad de Psicología



Trabajo Integrador Final

Diagnóstico de hipoacusia infantil y trabajo psicoanalítico

Investigación bibliográfica: Tesis panorámica

Autora: Vacis. Virginia Belén

Legajo: V-1089/8

E-mail: v.vacis@hotmail.com

Docente responsable: Ps. María Laura Yorlano

2023
ÍNDICE

| | |
|---|----|
| Resumen y palabras Clave..... | 3 |
| Introducción..... | 4 |
| Objetivos..... | 6 |
| Vicisitudes de la Hipoacusia infantil..... | 7 |
| Odisea familiar frente al diagnóstico de hipoacusia infantil..... | 10 |
| Aportes y beneficios del trabajo analítico con la familia..... | 14 |
| Conclusión..... | 17 |
| Referencias bibliográficas..... | 18 |

RESUMEN

El presente TIF consiste en una investigación bibliográfica en la cual se indaga sobre las aperturas que posibilita la función del psicoanalista en el trabajo con la familia ante el impacto de un diagnóstico de hipoacusia infantil. Para ello se ha dividido el trabajo en apartados que responden a diferentes preguntas ¿Qué es la hipoacusia infantil para la medicina? ¿Qué impacto supone ese diagnóstico para la familia desde el punto de vista psicoanalítico? ¿Con que intervenciones cuenta el psicoanalista a la hora de trabajar con el sujeto y su familia? Gracias a este recorrido se confirma la hipótesis de que diferentes autores psicoanalíticos contemporáneos consideran que es beneficioso para la salud mental del infante con hipoacusia y para todos los miembros de la familia involucrados en el crecimiento, el acompañamiento y trabajo psicoanalítico llevado a cabo por un profesional especializado en el tema. Arribando a una conclusión, abierta y no exhaustiva teniendo en cuenta los lineamientos de la postura psicoanalítica, que la función del profesional en psicoanálisis permite aperturas para que el entorno sea lo más estable posible, gracias a la escucha subjetiva y su contención. Finalmente se considera que el trabajo brinda una síntesis y compilación de información que puede ser relevante tanto para estudiantes como profesionales que estén interesados en el campo de la discapacidad en general y la hipoacusia en particular, sumando a su formación y practica analítica.

PALABRAS CLAVE: hipoacusia infantil, familia, diagnóstico y función del psicoanalista.

INTRODUCCIÓN

El siguiente Trabajo Integrador Final (TIF) presentado para la Facultad de Psicología en la Universidad Nacional de Rosario se ha propuesto realizar una investigación bibliográfica que toma como tema la función del psicoanalista en el trabajo con la familia ante el impacto de un diagnóstico de hipoacusia infantil. Este tema se considera pertinente y relevante en términos académicos del campo psi ya que es una problemática que puede surgir en las infancias y por tanto interpela desde varios aspectos al campo del psicoanálisis. Se toma el marco teórico del psicoanálisis para la realización de la investigación ya que propone una perspectiva que tiene en cuenta el aspecto subjetivo, social e histórico por el cual es atravesada la familia. Desde esta perspectiva psicoanalítica se puede decir que, el Yo no es algo dado desde el nacimiento, sino que está instancia se construye. Al nacer, el niño no deja nunca de ser un descubrimiento a inventar y crear en el lazo mismo que se va constituyendo, el cual se produce en el encuentro y desencuentro con el Otro. No se sabe cómo será, ni se puede saber sobre ese mismo acto (Levin, 2012).

A modo de hacer un recorte más exhaustivo del material textual bibliográfico relativo al tema, la problemática surge de un interrogante ¿Qué se ha desarrollado sobre la función del psicoanalista y que aperturas posibilita en el acompañar a la familia ante el impacto de un diagnóstico de hipoacusia infantil? A partir de esta pregunta que guía el trabajo se trata de hacer una tesis panorámica que muestre algunas de las principales opiniones existentes que se han mantenido en el tiempo sobre el tema de investigación, abordándolo desde el discurso psicoanalítico y utilizando las siguientes categorías conceptuales: hipoacusia infantil, diagnóstico, familia y función del psicoanalista.

Un diagnóstico de hipoacusia infantil podría el funcionamiento de toda una familia, por lo cual, en el campo de la salud mental se considera pertinente poder trabajar, no sólo con el niño diagnosticado, sino además con sus Otros significativos. Siendo así, se plantea que cada familia es única y singular. Que procesa esta crisis de diferentes modos y por tanto, su intensidad como la capacidad de superarla varía de una familia a otra. “Muchas familias logran reacomodarse ante la situación, mientras que otras quedan detenidas en el camino. Estas últimas son las que llegan al especialista en salud mental con alguna demanda de atención” (Núñez, 2003, p.134).

El discurso psicoanalítico toma el diagnóstico de hipoacusia para tener un punto de partida en el trabajo con el niño y sumar a esto el trabajo con la familia. Entonces la función del psicoanalista es la que permite rehabilitar un camino, retirar los escombros para que sea transitable, rehabilitar las ganas, la fuerza para empezar a caminar sin el peso de una sentencia sobre las espaldas. Aunque esto no es nada fácil, se respeta los tiempos y singularidad de cada sujeto y familia (Baraldi, 2005).

, Durante la investigación se desarrollan para facilitar la lectura diferentes apartados. En el primer apartado se trata de desarrollar las vicisitudes de la hipoacusia infantil desde una mirada médica y hegemónica; en el siguiente apartado desde el discurso psicoanalítico se desarrolla sobre el impacto que tiene el diagnóstico de hipoacusia infantil en la familia; y antes de poder arribar a las conclusiones finales, en un tercer apartado se abordará específicamente el trabajo y la función del psicoanalista en estos casos, es decir que se explorará sobre las distintas intervenciones posibles con la familia.

Teniendo en cuenta lo expuesto, el material bibliográfico que se toma en cuenta, está dirigido a desplegar información sobre hipoacusia infantil con autores como, Azcoaga y Suarez, entre otros; además se toma las teorizaciones de Freud, así como otros autores referentes del tema central de nuestra investigación como por ejemplo Núñez, Levin, Mannoni, Baraldi y Untoiglich, entre otros.

A su vez, la hipótesis que sirve como guía y referencia para toda la investigación

es que diferentes autores psicoanalíticos contemporáneos consideran que es beneficioso

4

para la salud mental del infante con hipoacusia y para todos los miembros de la familia involucrados en el crecimiento, el acompañamiento y trabajo psicoanalítico llevado a cabo por un profesional que trabaje en la clínica, donde su función permite que el entorno sea lo más estable posible, gracias a la escucha y contención.

Es por eso que la finalidad de este Trabajo Integrador Final apunta a realizar una síntesis y compilación de lo argumentado sobre el tema, ya que de esta manera el estudiante y profesional en psicología interesado en el campo de la discapacidad en general y en la hipoacusia en particular, podrá con el mismo, ampliar su conocimiento e información sobre el diagnóstico de hipoacusia infantil y trabajo psicoanalítico. Gracias a ello, podrá así realizar sus propias conclusiones, las cuales puedan sumar a su formación y servirle para orientarse en su práctica.

OBJETIVOS

Objetivo general:

- Investigar las diferentes teorizaciones existentes sobre la función psicoanalista con la familia frente a un diagnóstico de hipoacusia infantil.

Objetivos específicos

- Indagar las vicisitudes del diagnóstico de hipoacusia infantil.

- Explorar autores psicoanalíticos que aborden el impacto del diagnóstico de hipoacusia infantil en la familia.
- Analizar la función del psicoanalista con la familia frente a un diagnóstico de hipoacusia infantil en pos del beneficio de la salud mental de los miembros involucrados.

VICISITUDES DE LA HIPOACUSIA INFANTIL

En este apartado se trata de poder profundizar en el diagnóstico de hipoacusia infantil, dando cuenta de las definiciones que le son asignadas, sus causas, características y grados de expresión.

Para empezar la Organización Mundial de la Salud (OMS), define a la hipoacusia como el trastorno que implica la pérdida parcial o total de la capacidad de percibir o entender el sonido. También tomando en cuenta los aportes de Azcoaga (1984) sobre el tema, cabe resaltar que es un trastorno sensorial que involucra al analizador auditivo (AA)

que se encuentra su porción periférica en el oído interno y su porción cortical en los lóbulos temporales del cerebro, dificultando la percepción del sonido, aunque también existen las hipoacusias de conducción en las cuales la lesión se encuentra en el oído medio y/o externo. Además, la deficiencia auditiva de estas características desarrollada a temprana edad, afecta a la adquisición del habla, el lenguaje y la comunicación en general, es decir que, existe una correlación directa entre la deficiencia auditiva y el retardo del lenguaje. A lo que Suarez, Suarez y Rosales (2008) agregan que es importante hacer notar que no sólo se debe 'escuchar' el sonido sino también poder discriminarlo de manera que tenga sentido para llevar a cabo un correcto entendimiento, teniendo que incorporar para ello el lenguaje de señas.

A la hora de hablar de las causas que pueden ocasionar un diagnóstico de hipoacusia, según Azcoaga (1984) habrían diversos factores: como procesos genéticos; incompatibilidad sanguíneo materno-fetal que compromete los núcleos del nervio auditivo; enfermedades virósicas sufridas por la madre gestante en el embarazo, como rubeola, sarampión, varicela, fiebre urliana o vacunas con virus vivos contra la viruela, etc.; y procesos nocivos llevados a cabo durante la etapa perinatal, antes del parto, durante el parto o inmediatamente posterior al mismo, llamándose en estos casos hipoacusias congénitas.

Entre ellos se encuentran los traumatismos obstétricos, el uso inadecuado de instrumentos como el fórceps con incidencia en las partes periféricas del analizador auditivo, así como hemorragias encefálicas, anorexias neonatales o lesiones. Una de las más importantes es la asfixia del recién nacido, pero también partos muy rápidos o muy lentos pueden ser causa de traumatismos que, sobre el cráneo y el encéfalo, dan lugar a lesiones arteriales y venosas (Azcoaga, 1984, p. 71).

Además de las causas que plantea Azcoaga (1984) durante el parto, también, esboza las hipoacusias surgidas con posterioridad al nacimiento. Las cuales pueden darse por enfermedades como la meningitis o la meningoencefalitis. Aunque sin embargo estudios demuestran que es difícil saber si la causa de la sordera fue en sí la enfermedad o el medicamento utilizado para revertirla, considerando al mismo tóxico para el AA (Azcoaga, 1984).

Benito Orejas, Ramírez Cano, Casasola Girón, Sánchez Martínez, Cifuentes Navas y Morais Pérez, (2017) plantean que el 50% de niños con hipoacusia permanente infantil el origen es hereditario (en un 70% no sindrómico), un 25% adquirido y otro 25% donde la causa es desconocida. Así mismo, sostienen que suele haber dificultades diagnósticas por la gran variedad de causas existentes de hipoacusia infantil.

Otra de las causas, según Díaz, Goycoolea y Cardemil (2016), que adquiere cada vez más relevancia es la originada por el ruido. La persona promedio nace con aproximadamente 16000 células ciliadas, hasta 30-50% puede ser dañado o destruido antes de que cualquier nivel apreciable de pérdida de audición sea detectado. Hay una capacidad limitada para detectar las primeras etapas de la pérdida de la audición inducida por ruido. La pérdida de audición relacionada con la destrucción de las células ciliadas del oído interno no es reversible y no puede normalmente ser restituida por el uso de un audífono.

Por otro lado, Azcoaga (1984) señala una clasificación de los tipos de hipoacusia, las cuales se miden en decibeles que según la Real Academia Española (s.f) se definen como la unidad de nivel empleada para expresar la intensidad acústica equivalente a la décima parte de un belio que se mide por ondas sonoras:

- Hipoacusias graves congénitas y anacusias
 - Profunda: pérdida de más de 90 decibeles.
 - Severa: pérdida de entre 70 y 90 decibeles.
- Hipoacusias de grado moderado: pérdida de entre 40 y 70 decibeles. •
- Hipoacusias leves: pérdida de entre 20 y 40 decibeles.

Las hipoacusias graves congénitas o también llamadas anacusias hacen referencia a una pérdida total de la audición. En estos casos se puede observar ciertas características en los niños que llaman la atención rápidamente y posibilitan el diagnóstico. Además, los sonidos del ambiente no producen ninguna respuesta de orientación y el juego vocal termina extinguiéndose a los pocos meses de vida, siendo el llanto y el grito sin mucha modulación ni armonía. Sin embargo la exploración puede ser curiosa y dinámica sin muchos problemas (Azcoaga, 1984).

En las hipoacusias de grado moderado, Azcoaga (1984) hace hincapié en que el retardo del lenguaje se puede hacer evidente en periodos preescolares, también lo que sucede es que sonidos del ambiente no producen ninguna respuesta de orientación y el juego vocal termina extinguiéndose a los pocos meses de vida, siendo el llanto y el grito sin mucha modulación ni armonía, pero aunque sonidos y ruidos comunes como el habla alrededor o por ejemplo el volumen moderado de la televisión, no logran el reflejo de orientación, si lo logran aquellos muy intensos cerca de él como gritos, palmadas fuertes, alarmas, etc. Además pueden identificar la significación de diversos sonidos y ruidos, pero no diferenciar los elementos integrantes del código fonético. Por otro lado, en el juego vocal se observa falta de musicalidad y modulación y en la exploración comparte las características con la hipoacusia grave, pudiendo además ser capaz de elaborar un código adecuado para sus necesidades ya que recurre a la gesticulación y a sonidos vocales aunque sean inarticulados o poco articulados.

Por último, los niños con hipoacusia leve son niños que se despiertan con los ruidos del ambiente y tienen reflejo de orientación auditivo pudiendo además diferenciar las voces familiares. Sin embargo el juego vocal será deficiente en algunos sonidos y tendrá dificultades de tipo vocálico o consonántico, lo cual suele pasar desapercibido bastante tiempo. “Es decir que se pueden apreciar algunas deficiencias en el desarrollo fonológico y pequeñas fallas en la pronunciación, donde se sustituyen sonidos consonánticos o partes de palabras” (Azcoaga, 1984, p. 64). Igualmente, como las clasificaciones anteriores, la exploración es rica y denota inteligencia ya que ninguna hipoacusia, de ningún tipo, involucra el retardo mental (Azcoaga, 1984).

A modo de síntesis sobre los argumentos de Azcoaga (1984), se puede apreciar que en los niños que manifiestan hipoacusia, en líneas generales apoyan su actividad exploratoria en la visión y en la actividad motora. Para llevarla a cabo, utilizan la actividad gestual como siendo aquella que posibilita la comunicación y pudiendo así con este recurso, construir un código comunicativo con su entorno siendo capaces desde muy temprana edad de utilizar la lectura labial como apoyo de comunicación, lo que se va desarrollando naturalmente. Como se argumentó más arriba, no implica retraso en el sistema nervioso central, y por eso la actividad exploratoria, la curiosidad, la afectividad, la capacidad para resolver problemas y la inteligencia suele ser dinámica y vivaz como cualquier otro niño que no tenga esta patología. Sin embargo es de destacar que al pasar del tiempo y al ir notando su déficit en comparación con los demás oyentes, se puede ver dificultado el contacto social, autolimitándose e inhibiéndose al estar frente a esos otros, así como la autoestima puede ser lábil, buscando apoyo y reconocimiento de los demás.

Suarez, Suarez y Rosales (2008) manifiestan que una de las maneras que tiene la medicina para detectar esta patología, es mediante las preguntas del pediatra a los

padres sobre el crecimiento del niño aunque este no es el único parámetro ya que el crecimiento es medible mediante examen clínico. También se tendrá en cuenta el discurso de la madre o quien pase más tiempo con el niño, siendo los datos que brinde ella indispensables para detectar el diagnóstico. Se destaca el poder averiguar sobre las actividades cotidianas, como es su interacción con los objetos y personas de su ambiente y el juego. Esto pasa porque el pediatra es quien suele evaluar la evolución esperable en cada etapa del desarrollo de ese sujeto, alertando a los padres sobre posibles alteraciones, además de incluir entre los estudios de rutina, el examen físico otorrinolaringológico y la audiometría, la cual es indispensable para la detección temprana de este diagnóstico con precisión.

Es posible que los padres en su casa o las maestras del jardín de infantes o maternal ya hayan percibido algunas señales que indiquen cierta dificultad en la audición. Como pueden ser las nombradas más arriba en las características de los tipos de hipoacusia, es decir que ciertas situaciones pueden generar sospechas hacia el diagnóstico de hipoacusia aún no certeras, lo que alerta a los padres y ocasiona la visita al pediatra o especialista. A nivel médico en el recién nacido se observarán los movimientos del cuerpo asociados al reflejo de Moro, la dilatación pupilar, los primeros gestos faciales, el llamado reflejo cócleo-palpebral, la hiperextensión cefálica y reacción asociada al llanto. Y según “el estímulo aplicado podemos observar reacciones de alerta, defensa o interés. Estas reacciones varían dependiendo de la intensidad del sonido y fundamentalmente de los milisegundos que tarde en llegar a la máxima intensidad (Suarez, Suarez y Rosales, 2008, p. 316). Con lo cual si tardara el niño más segundos de los esperados, ello sería un indicador de la hipoacusia. Por otro lado, las frecuencias bajas producen respuestas de menor intensidad y tienen efecto tranquilizador así como lo contrario ocurre con las frecuencias altas. Por tanto, todos estos datos son los que los especialistas tienen en cuenta a la hora de evaluar a un posible niño con diagnóstico de hipoacusia.

Entre el 4º y 7º mes persiste el reflejo óculo palpebral y se espera que la reacción al sonido sea la búsqueda de la fuente sonora y éste pueda además del juego vocal, hacer algún tipo de imitación de la comunicación; Del 7º al 9º mes se entra en una etapa en la que se desarrolla el buen funcionamiento del analizador auditivo, identificando la fuente sonora y dando paso a la ecolalia (repetición específica de sonidos) y las primeras comprensiones, con lo cual si la hipoacusia es grave o moderada ya pueden notarse algunas desviaciones de la audición; Entre el 9º mes y el 1º año se da paso a las primeras palabras en las que el niño nombra un objeto específico con sonidos específicos pudiendo además reconocer la fuente sonora y localizando desde donde se sitúa la misma: abajo, arriba, a los costados o atrás, girando la cabeza hacia ese lugar. Después del 1º año hasta el 2º año, el niño debería haber incrementado significativamente la cantidad de palabras utilizadas en el lenguaje oral así como su comprensión, siendo su ausencia o dificultad en ello un fuerte indicador posible del diagnóstico, así como las alteraciones en lo fonético o fonológico o la pérdida de fonemas adquiridos en etapas posteriores, debe hacer sospechar de la pérdida auditiva en diferentes grados (Suarez, Suarez y Rosales, 2008, p. 316).

Es importante poner el acento en la importancia del diagnóstico temprano, en la atención temprana del niño afectado, así como en la contención y orientación familiar, que permitan generar las estrategias comunicativas más eficaces que posibiliten al niño sordo su desarrollo comunicativo, psíquico y social, lejos de pujas metodológicas o dicotomías teóricas; sino en la búsqueda de acciones integradoras que permitan atender y entender más y mejor sus necesidades y las de su familia. (Cieri, tal como es citado en Brigida y Bereciartua 2014, p. 116)

Tomando lo que plantea Cieri (2014) sobre la importancia del diagnóstico temprano, se puede decir que la tecnología avanzó bastante en la detección temprana

9

del diagnóstico de hipoacusia infantil. Además de las preguntas a los padres por parte de los profesionales hoy en día “La instauración de los programas de cribado auditivo universal y las mejoras técnicas en los procedimientos audiológicos, han permitido reducir la edad de diagnóstico de la hipoacusia congénita de los 2-3 años, al nivel actual de 2-3 meses” (Benito Orejas, Ramírez Cano, Casasola Girón, Sánchez Martínez, Cifuentes Navas, Morais Pérez, 2017, p. 70).

Entonces, los profesionales, si bien toman el desarrollo esperable como indicador de dificultad en la audición, también cuentan con la realización de estudios especializados para saber si hay hipoacusia o no. Según Nuñez (1991), deben además ser muy cuidadosos para no sugerir o insinuar la patología a la familia sin antes estar seguros y poder confirmarla, ya que hablar o mencionar sobre un diagnóstico, en este caso de hipoacusia, produce a nivel familiar una crisis la cual va a percutir en cada uno de sus miembros, es por eso que el médico debe estar completamente seguro y realizar los estudios correspondientes.

Cabe destacar que un adecuado diagnóstico de hipoacusia que se realice en los primeros seis meses de vida, o sea contando con una intervención temprana, posibilita iniciar en esta edad la habilitación y rehabilitación correspondiente. Sumado a que los profesionales intervinientes tengan una información fluida, también resultara para un buen pronóstico en los niños con hipoacusia. (Borkoski, Falcón, Corujo, Osorio, Ramos 2017).

ODISEA FAMILIAR FRENTE AL DIAGNÓSTICO DE HIPOACUSIA INFANTIL

Después de haber conceptualizado sobre el diagnóstico de hipoacusia infantil y cuáles son los indicadores por los que se llega a él, en este apartado se aborda la odisea por la que puede atravesar la familia frente al diagnóstico. La palabra odisea según la Real Academia Española hace referencia a un viaje largo, en el que abundan aventuras adversas y favorables, es decir que con ello se intenta apreciar que cuando la familia se encuentra con el diagnóstico este es un evento significativo que conllevara un largo proceso de aceptación y reacomodación que no se juzga ni bueno ni malo, si no que tendrá tanto momentos de crisis y angustias como puntos favorables.

Además cabe aclarar que el simple hecho de la llegada de un hijo ya resulta toda una odisea a la que en este caso se le suma la noticia del diagnóstico de hipoacusia infantil. En este sentido a continuación, se exponen algunas ideas que se han desarrollado desde la teoría psicoanalítica sobre la conformación de un sujeto, para luego apuntar la mirada a la llegada de la noticia de la hipoacusia infantil.

Un sujeto no se constituye por el simple hecho de nacer, es mucho antes que empieza su constitución subjetiva. Es decir que para que comience a anticiparse un sujeto por venir primero debe aparecer en el Otro una pregunta que haga referencia a una falta y un deseo, pero ¿Qué supone ese niño para el deseo del Otro? ¿Qué lugar ocupa en la cadena de discurso del Otro? ¿Qué pasa si el infante viene con la noticia de la hipoacusia infantil? Tomando como referencia la tradición del psicoanálisis, autores como Levin (2012), Nuñez (1991), Mannoni (2015), Baraldi (2005) Untoiglich (2013), entre otros, han expuesto sus ideas y sus desarrollos sobre lo que supone la constitución subjetiva y el advenimiento de un hijo a la familia con diagnóstico.

Tomando el modelo familiar tradicional, y también teniendo en cuenta las nuevas formas de ensamblaje que existen, y las nuevas formas de engendrar, se puede decir, siguiendo a Levin (2012) que cuando una familia se encuentra en el camino de la

paternidad y/o maternidad, transita por decisiones que transformaran sus vidas. El ser padres conlleva, además de nuevas responsabilidades, acuerdos, desacuerdos, miedos y alegrías, también trae debates que van desde decidir qué nombre va a llevar ese nuevo ser, hasta que tipo de crianza van a elegir. Además de la incertidumbre permanente sobre su función y saber hacer con la nueva etapa que se avecina. “Este niño soñado tiene por misión restablecer, reparar aquello que en la historia de la madre fue juzgado

10

deficiente, sugerido como una carencia, prolongar aquello a lo que ella debió renunciar” (Mannoni, 2015, p. 22).

Durante la espera de ese hijo, los padres suelen ir depositando en él, todo su imaginario, todo su arsenal de fantasías acerca de cómo va a ser ese niño y de lo que representa para ellos. “El hijo existe en la invención de sus padres, lo que en la infancia, le posibilitará construir e inventar las diferentes versiones de ellos y de las cosas que le pasan” (Levin, 2012, p. 31). Es decir, que van construyendo en su imaginario ese hijo ideal, depositando en él infinitos deseos en los cuales se encuentran los deseos propios que no pudieron ser satisfechos, lo que ellos no alcanzaron. Esta idea de Levin (2012) ya la encontrábamos en las teorizaciones de Freud, por ejemplo, en *Introducción del Narcisismo* (1979), donde desarrolla que el narcisismo del hijo es el narcisismo de los padres reproducido en el niño, depositando en ‘su majestad él bebe’ todas sus idealizaciones. Con lo cual, el deseo del hijo ideal está presente desde el inicio, en el imaginario de los padres y por tanto, en el discurso del Otro ya carga con todo ese peso antes de nacer.

Filiación de un hijo/niño a una genealogía, a un linaje, a una historia que sin saberlo lo preexiste y lo hace existir más allá de su cuerpo, de su herencia genética, de su organismo. El nacimiento de un sujeto estará delineado por esta herencia simbólica que, vía el campo del Otro, anuda la estructura al desarrollo, configurando los puntos de encuentro ‘tyché’ posibles, donde tendrá que reconocerse y afirmarse (Levin, 2003, p. 51)

Pero ¿Qué sucede si además hay complicaciones con ese hijo que dejan desconcertados a los padres? Cabe aclarar que la llegada de un hijo siempre supone un duelo ya que nunca corresponde enteramente al hijo ideal, es decir hay un desencuentro entre ambos, y esto puede ser más difícil de aceptar cuando los estudios pertinentes de los profesionales detectan que hay alguna anomalía, como por ejemplo, falta de audición. Cuando ocurre esto se puede decir que “la clínica de la discapacidad nos confronta con ese escenario devenido muchas veces trágico, por la gran dificultad que se presenta en el armado del lazo con ese niño que no termina de ocupar la posición de hijo, pues el hijo deseado y no nacido se transforma, a su vez, en un doble ideal: el ideal anticipado y “perfecto” frente al imperfecto que ha nacido.” (Levin, 2012, p. 34)

Los padres entienden que algo sucede pero a veces cuando la patología o discapacidad no es visible, es necesario recurrir a los profesionales para que ellos puedan explicar y tratar de responder todas sus dudas. Muchas veces para transitar el duelo necesitan tener un nombre, demandan a los profesionales que les digan que es lo que tiene su hijo. “Enfrentar esta crisis para la familia representa tanto la oportunidad de crecimiento, madurez y fortalecimiento, como el peligro de trastornos o desviaciones en alguno de sus miembros o a nivel vincular. En este sentido, es un momento decisivo y crítico donde los riesgos son altos y donde el peligro para el surgimiento de trastornos psíquicos y la oportunidad de fortalecimiento, coexisten” (Nuñez, 2003, p. 142).

Un niño es una persona que se encuentra en proceso de constitución subjetiva, entramado con los Otros y atravesado por la época histórica que le toca vivir. Cuando los padres de un pequeño realizan una consulta esto puede establecer un

hito relevante en su historia, y con frecuencia hay un antes y un después no solo en la vida de ese niño sino también en la de sus padres, y por lo tanto, los profesionales tenemos que ser conscientes de ese poder que está determinado por un saber que nos suponen y del cual debemos hacernos cargo. (Untoiglich, 2013, p. 62)

Si bien Untoiglich (2013) expresa sobre el poder que se les otorga a los profesionales en cuanto a su saber, puede suceder que, como ya planteaba Nuñez (1991), la palabra del médico se ponga en duda por parte de la familia como mecanismo de negación del diagnóstico. Es decir que cuando se escucha nombrar la palabra

11

discapacidad, esta es tan fuerte y se hace tan poco tolerable que el psiquismo suele querer negar la realidad. Las personas, se encuentran en una nebulosa en la que persiste fantasías como por ejemplo: que no es verdad, que el médico debe estar exagerando, que no es tan grave y que seguro hay solución. La negación es muy frecuente en estos casos y el camino hacia la aceptación de tener un hijo con una discapacidad es bastante largo e incluso hay casos donde este camino no se transita de forma saludable.

Desde el momento del diagnóstico los padres pasan horas, días o meses de gran desorientación y hasta de confusión. Las actitudes que pueden encontrarse son sobreprotección, rechazo o indiferencia, intentando responder de alguna forma al impacto emocional que el diagnóstico significa en estos padres. Algunos montan barreras tan altas donde es imposible que otras personas los asistan para trabajar y que ese hijo pueda conformarse en una personalidad sólida y sana. (Schorn, 2009)

Sin embargo, a veces el poner un nombre a una enfermedad, a una patología, o discapacidad en esos padres trae algo de alivio. El saber nos ofrece conocimiento, y este conocimiento sobre qué es lo que le espera a este niño en su vida, o acercarse a algo de lo que puede suceder o como puede transitarla puede llevar a esos padres a que no se queden en la espera de que algo suceda, a que algo se revierta por arte de magia, puede movilizarlos a buscar el mejor camino, si existe, para que su hijo consiga un mayor bienestar posible (Levin, 2012).

Elaborar la discapacidad no implicará desconocerla. Por el contrario, necesitamos un espacio importante para que los padres puedan hablar de ella y situarla en su historicidad, sin confundirla con la genealogía. Para este recorrido de elaboración y resignificación es fundamental ayudar a los padres a realizar y profundizar el lazo escénico de amor con su hijo y no con la discapacidad. Son ellos, los hijos con problemas en el desarrollo y la estructuración subjetiva los que en el mínimo movimiento, en la inesperada reacción "patológica", en la incipiente gestualidad o en los cambios tónicos y reflejos nos dan las chances, nos abren las puertas secretas para construir una escena posible, donde él pueda aparecer en el espejo del Otro como sujeto, apartándose de lo discapacitante o representante de la deficiencia. (Levin, 2012, p.42)

De acuerdo a lo propuesto por Levin (2012), se puede decir que a veces el desconocimiento y la ignorancia misma sobre las patologías, hacen que el deseo ideal de ver crecer a ese hijo sano, nuble su juicio de realidad. Además, como se plasmó, puede suceder que en algunos casos el diagnóstico de hipoacusia infantil no se evidencia durante el embarazo o luego del nacimiento, sino mucho después, durante el crecimiento del niño, sin embargo genera igualmente una crisis porque jamás son esperables estas situaciones. Cuando nace un niño con patología "el tiempo apremia, la distancia entre lo anhelado y la realidad parece agigantarse en un primer momento, pero mi experiencia me indica que es posible realizar lo que se llama un trabajo de duelo" (Baraldi, 2005, p.64).

Freud (1917) en *Duelo y Melancolía*, se refiere al duelo como la reacción frente a una pérdida real, abstracta o idealizada que aunque conlleva algunas desviaciones de la

conducta normal, no es de por sí patológico ni hace falta tratamiento específico, pues se confía que pasado cierto tiempo se lo supera sin dejar graves secuelas registrables. De todas formas, también puntualiza que para transitarlo se necesita tiempo y energía para que el yo termine renunciado al objeto perdido y que por eso es inoportuno y dañino perturbarlo. Algunas características de alguien que está pasando por un duelo son: desazón profundamente dolida, pérdida de interés por el mundo exterior que se vuelve pobre y vacío a no ser que recuerde a la pérdida, pérdida de la capacidad de amar por incapacidad de escoger nuevos objetos de amor en su reemplazo, inhibición del trabajo productivo que no tenga que ver con la memoria de lo perdido, la inapetencia o la somnolencia.

Por otro lado, a diferencia de una melancolía, la pérdida es consciente aunque puede empezar siendo inconsciente, pues el trabajo del duelo se va desarrollando por una serie de etapas. Al principio es esperable como también se ha nombrado en párrafos

12

anteriores, la anestesia ante la pérdida y negación. Es decir que el yo se resiste con renuencia a acatar el examen de realidad que muestra que el objeto no está más debido a que ese objeto causaba satisfacción al yo; Después, cuando el sujeto deja de negar la pérdida y se encuentra con la realidad se produce un retiro narcisista en el cual aparecen las características del duelo. A la par que se sobreinvierte el objeto perdido, sus recuerdos, pensamientos, imágenes, etc. Y en general la persona no puede dejar de tener presente la pérdida no pudiendo ocuparse de otras cosas; gracias a ello poco a poco se irá retirando la libido sobreinvertida pieza por pieza dando cuenta de que el objeto no está más y que es necesario quitar toda la libido de él y sus asociaciones, volcando esa libido otra vez sobre el yo. “Finalmente este trabajo termina cuando el yo afloja con los síntomas propios del duelo y se encuentra otra vez libre y desinhibido, es decir, pudiendo estar disponible para invertir nuevos objetos” (Freud, 1979, p. 243).

En este sentido, cuando la familia se encuentra con la noticia de la anomalía de un hijo, como puede ser el diagnóstico de hipoacusia infantil, Nuñez (1991) expone que se provoca una situación de crisis y desorganización familiar. Pero toda crisis implica un duelo, es decir que al duelo habitual de la pérdida del hijo ideal, ahora se le suma que ese hijo ideal era uno oyente. Produciéndose un desequilibrio entre la dificultad que acarrea las características del diagnóstico y los recursos disponibles de esa familia para enfrentarlo como por ejemplo: la resolución de duelos anteriores, el momento en el que se recibe la noticia, el lugar geográfico, el significado de ese niño para esa familia y el lugar que ocupa, la personalidad de cada miembro, los vínculos, actitudes y discrepancias de cada uno entre ellos, además del entorno y los recursos tanto sociales, como económicos y culturales.

Según Blanca Nuñez (1991) hay cuatro etapas en este tipo de duelo:

- Etapa de shock y conmoción.
- Etapa de negación.
- Etapa de recuperación del equilibrio.
- Etapa de reorganización.

En la primera etapa el shock es la respuesta familiar ante la información obtenida. Esta situación de conmoción está teñida de un estado general de embotamiento de la sensibilidad de los miembros, es decir que es como si estuvieran viviendo una situación de irrealidad (Nuñez, 1991).

La segunda etapa implica que la familia perciba la realidad de la pérdida pero acompañada de un intento de no admitirla. Con lo cual aparecen sentimientos de anhelo y búsqueda del hijo sano, como una esperanza de que todo pueda solucionarse. Es decir que en esta fase, se suele dar inicio a un gran intento de negar la pérdida buscando que otros desconfirmando el diagnóstico o brinden soluciones en algún punto mágico y muy

eficaces que le saquen investidura a la gravedad, como por ejemplo ir al encuentro de médicos especialistas reconocidos con estos diagnósticos, o poner la esperanza en tratamientos en el exterior y medicaciones nuevas. Es una fase donde aparecen sentimientos encontrados entre la esperanza y la cólera por no encontrar lo buscado, contra dios, contra el destino, contra el hijo, contra la pareja, etc. Por otro lado, también surgen sentimientos de culpa, tristeza profunda ante la imposibilidad de solución (Nuñez 1991).

Estas dos primeras etapas se consideran de algún modo negativas ya que corresponden a un período de desorganización del grupo familiar, en el cual se rompe su estructura de funcionamiento. E incluso cuando parece no darse, resulta una situación que alerta a los profesionales de posible duelo patológico, puesto que los sentimientos de crisis y desajustes familiares son signos de una respuesta saludable. Otra situación de riesgo es que la familia quede estancada en estas etapas con niveles muy profundos de sentimientos o que la familia se separe o no se sostenga y apoye entre sí (Nuñez, 1991).

Entrando en la tercera etapa, se supera el tramo negativo y se comienza producir la recuperación del equilibrio, en la cual se atenúan las intensas reacciones emocionales anteriores. Pudiendo encontrar un lento reconocimiento y aceptación de lo irreparable de

13

la pérdida. En este momento es cuando los padres se podrán conectar con el hijo real con hipoacusia y podrán tener cada vez mayor confianza en sí mismos para su crecimiento y cuidado. En este sentido esto lleva implícito toda una movilización de esfuerzos familiares en los que todos deberán poner de su parte para salir adelante. La familia, entonces, puede comenzar a probar recursos mediante técnicas de ensayo y error y abrirse en mayor medida a recibir ayuda e información precisa sobre el diagnóstico, su curso y pronóstico. Además esto suele ir de la mano de una descentralización del niño sordo pudiendo aparecer otros centros de interés y preocupación familiar que habían sido postergados hasta ese momento (Nuñez, 1991).

Y finalmente en la cuarta etapa, Nuñez (1991) argumenta que se tiene que dar una renuncia a las esperanzas de recuperar al hijo perdido y una actitud de aceptación familiar del hijo sordo con sus posibilidades y limitaciones. Por tanto, una buena resolución del proceso de duelo conduce a una reorganización adaptativa del grupo familiar: redefinición de los roles, unidad familiar, establecimiento de reglas y límites claros y conductas eficaces que incluyan al niño deficitario, equilibrio, proyectos en común y adecuada interacción con el entorno, entre otros.

Asumir el compromiso de entender qué está sucediendo es abrirse a lo diverso, a lo múltiple a lo imprevisto, es construir el camino a medida que vamos transitando, lo cual nos permite encontrarnos con lo inesperado, sin necesidad de tener que transformarlo en lo ya conocido para que encaje en nuestros patrones preestablecidos (Untoiglich, 2013, p.63).

Por último, en el caso de que no hubiera una resolución adaptativa de estas características, y por el contrario hubiera disfuncionalidad, el niño sordo seguiría ocupando un lugar central como sujeto a cuidar, generándose su sobreprotección y un estancamiento en el crecimiento de la familia, desconociendo el déficit o delegado en gran medida el cuidado a otras personas ajenas al núcleo familiar o instituciones. Todas estas situaciones evitables gracias al acompañamiento de los equipos interdisciplinarios e interrelacionados con la salud mental y el trabajo del profesional psicoanalista (Nuñez, 1991).

APORTES Y BENEFICIOS DEL TRABAJO ANALÍTICO CON LA FAMILIA

El diagnóstico pensado desde Untoiglich (2013), no tiene que ser una clasificación, que estigmatice la estructuración subjetiva y el desarrollo del niño, hay que entenderlo como un punto de partida. Puede traer alivio a los padres, para que puedan procesar que es lo que ocurre, y comprender que el diagnóstico no va a definir a su hijo. Un nombre no tendría que limitarlos. El diagnóstico tiene que servir de guía, tanto para padres como principalmente para profesionales, para empezar con un trabajo arduo y largo.

Junto a estos planteamientos se puede tomar lo que plantea Rojas (2008) cuando habla también de síndrome y cuestiona un poco esta palabra, y dice que desde una perspectiva psicoanalítica, junto a abordajes indispensables basados en la interdisciplina, es preciso no extraviar al sujeto detrás de designaciones únicas que desconocen complejidad y multiplicidad, esto es, no permitir que una nominación se constituya en fórmula identitaria.

Cabe tener en cuenta que cuando un niño padece efectivamente algún grado de discapacidad auditiva, ello constituye una situación a veces de eficacia traumática, que afecta los recursos psíquicos de la familia, requerida a su vez de apoyo y tratamiento. Exige de ellos un trabajo psíquico extra, para realizar las transformaciones que les permitan convivir con las nuevas condiciones e invertir narcisista y libidinalmente al sujeto afectado y sus capacidades especiales. A partir de dicha diferencia no elaborada pueden aparecer en el niño trastornos psíquicos relacionados con la alteración de las

14

investiduras familiares y extrafamiliares, además de producirse perturbaciones en las vinculaciones (Rojas, 2008).

Entonces, un diagnóstico de hipoacusia infantil afecta el funcionamiento de toda una familia, por lo cual, en el campo de la salud mental se considera pertinente poder trabajar, no sólo con el niño diagnosticado, sino además con sus Otros significativos. Siendo así, se plantea que cada familia es única y singular. Que procesa esta crisis de diferentes modos y por tanto, su intensidad como la capacidad de superarla varía de una familia a otra. "Muchas familias logran reacomodarse ante la situación, mientras que otras quedan detenidas en el camino. Estas últimas son las que llegan al especialista en salud mental con alguna demanda de atención" (Núñez, 2003, p.134).

Si los profesionales de la salud y de la educación solamente priorizan la rehabilitación, lo psicológico, o lo médico y no pueden pensar al sujeto como una persona, contribuyen a discapacitar más a la familia y se ubican en el lugar de los poseedores del saber, que es lo peor que puede suceder (Schorn, 1999).

Janin (2005) comenta que el trabajo con los padres es siempre posibilitador de transformaciones. Y que no solo es el trabajo con los padres sino, fundamentalmente, los efectos que este produce y los modos de intervención que se proponen los que darán la garantía para que el tratamiento de un niño se desarrolle.

Entonces, tomando lo que propone Schorn (1999) y también Janin (2005), se puede decir que, dentro del campo del psicoanálisis lo importante será abrir las instancias necesarias para que cada niño encuentre su manera, su estilo, para que ninguno renuncie a la aventura de ejercer su propia búsqueda y transformarse en protagonista de aquello que lo convoca. Por este lado se perfila la función del psicoanalista, que permite rehabilitar un camino, retirar los escombros para que sea transitable, rehabilitar las ganas, la fuerza para empezar a caminar sin el peso de una sentencia sobre las espaldas. Aunque esto no será nada fácil, respetando los tiempos y singularidad de cada sujeto y familia (Baraldi, 2005).

Sin embargo, según Rojas (2008), hay un escaso reconocimiento médico y social de la importancia de una intervención psicológica precoz, por lo que las familias consultan tardíamente, presentando ya distintas disfunciones que toman a la discapacidad como

eje. El efecto de dicha cuestión en el grupo familiar induce el desconocimiento de otras problemáticas previas o simultáneas; estas familias tienden a interpretar su historia en función de un antes y un después, demarcado por el momento en que apareció la discapacidad, con sus presuntos y reales efectos.

Partiendo de esto, es necesario abrir un espacio donde el analista también sea parte de un encuentro con uno o varios sujetos que consultan por su hijo. Este encuentro implicara hablar del propio sufrimiento de los padres y de quienes son ellos mismos. Por lo tanto la escucha del analista debe ser desprejuiciada, ya que están dispuestos a escuchar sin suponerse como los poseedores de un saber sobre la crianza de un niño. Por lo tanto el trabajo con los padres tiene como finalidad conocer el relato que ellos traen, lo que dicen y lo que ocultan (Janin, 2005).

Además se requiere que los profesionales que actúan tempranamente, puedan detectar a las familias más vulnerables, ya que estas no pueden encontrar las capacidades, estrategias, fortalezas o recursos propios o de su medio para enfrentarse a lo que les demanda la situación. Si bien se plantea que se realice un trabajo psicoanalítico con todas las familias que atraviesan por un diagnóstico de hipoacusia infantil, existen algunas que van a necesitar mayor acompañamiento y sostén. (Nuñez, 2003)

El trabajo psicoanalítico con los padres es siempre posibilitador. Ya sea que trabajemos sólo con ellos, o preferentemente con ellos, ya sea que pongamos el acento en el trabajo con el niño, las entrevistas con los padres allanan el camino de la cura. A la vez, complejizar y subjetivar son metas de todo análisis, no sólo con los niños sino también con los padres. Quizás perdernos, reencontrarnos, acompañar al niño y a su familia en los movimientos de idas y vueltas, de

15

encuentros y desencuentros, de silencios y gritos, será el camino que haga posible el análisis de un niño (Janin, 2005. p. 30).

Sobre el trabajo psicoanalítico con los padres, Nuñez (2003), plantea una serie objetivos a la hora de trabajar con las familias que tienen un hijo con una discapacidad en general, pero puede pensarse desde la particularidad en un diagnóstico de hipoacusia infantil, para promover la salud mental de todo el grupo familiar:

- Desculpabilizar a los padres.
- Ayudarlos a la disociación entre las limitaciones y posibilidades del hijo. • Alentarlos con esperanza, sin que haya falsas expectativas.
- Favorecer una conexión con el niño dejando la etiqueta diagnóstica. • Apoyarlos para que reconozcan, expresen y comuniquen los sentimientos ambivalentes por los que atraviesan.
- Evitar que el niño con discapacidad sea el centro de toda la vida familiar, imposibilitando el crecimiento y desarrollo de todos los miembros.
- Favorecer que se establezcan redes sociales de sostén; entre ellas, que integren grupos de padres o de hermanos que atraviesan situaciones similares.

Cabe mencionar que, existe otra cuestión que involucra a la familia a la hora de buscar profesionales, o de pensar en tratamientos. Como se mencionó anteriormente, hay situaciones que acontecen dentro del grupo familiar que impide a los profesionales poder trabajar de manera conjunta con los padres, por ejemplo, frente a un diagnóstico aparece la negación del mismo. Pero además de este tipo de situaciones, hay otros escenarios que suelen atravesar que tiene que ver con el factor económico, ya que para cubrir las necesidades del niño diagnosticado, en cuanto a sus tratamientos y cuidados, este suele

ser un problema presente a la hora de resolver las cuestiones de las terapias.

En caso de que las familias no cuenten con los recursos económicos para poder brindar a su hijo, con hipoacusia infantil, la asistencia requerida por profesionales, puede ampararse bajo los derechos que otorgan a las personas con discapacidad. Tales derechos se establecen dentro de la ley de Sistema de Protección Integral de las personas con discapacidad n°22431 (1981). La cual asegura a éstas su atención médica, su educación y su seguridad social, así como a concederles las franquicias y estímulos que permitan en lo posible neutralizar la desventaja que la discapacidad les provoca y les den oportunidad, mediante su esfuerzo, de desempeñar en la comunidad un rol equivalente al que ejercen las personas sin discapacidad.

Esta ley proporciona derechos al niño con hipoacusia, pero al hablar de un trabajo en conjunto con todo el grupo familiar, específicamente los padres, en Argentina existe la ley de salud mental n°26657 (2010), la cual asegura el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en el Territorio Nacional. Por lo tanto, el niño como toda su familia puede tener asistencia por parte de profesionales, médicos, psicólogos, acompañantes terapéuticos u otros especialistas que formen parte de cualquier efector público. Logrando así reducir las posibilidades de no aceptación a tratamientos y asesoramientos por parte de la familia, por ejemplo por cuestiones económicas, y puedan solicitar la ayuda que necesiten.

Por lo tanto, a la hora de hablar sobre el trabajo con la familia es necesario tener en cuenta, como propone Nuñez (2003) que este trabajo es una tarea de todos, no solamente del especialista en salud mental. Por tanto es indispensable tener en cuenta a cada uno de los involucrados para que juntos puedan apoyar y sostener el desarrollo emocional y psíquico de ese hijo diferente, y de toda la familia en general.

CONCLUSIONES FINALES

Al término de esta Investigación Bibliográfica, se considera que se ha rastreado, explorado e indagado respecto a teorizaciones existentes y mantenidas en el tiempo sobre el diagnóstico de la hipoacusia infantil y el trabajo psicoanalítico. En este sentido también se ha destacado el recorrido libidinal que supone la llegada de un hijo a la familia con este tipo de diagnóstico necesitando que el trabajo del psicoanalista sea a su vez con los padres y con el sujeto en cuestión. Y para ello no hay fórmulas, cada niño, cada familia tiene su tiempo, tiempo de aceptar o no, tiempo de duelar, tiempo de hacer, pero ¿qué? ¿Qué hacer mientras este transcurre?

Si bien, no hay un manual de cómo trabajar con cada familia, el psicoanálisis permite pensar una modalidad de trabajo que sirva para orientar, acompañar y escuchar. Aunque no tenga todas las respuestas, justamente de sostener algunas preguntas se trata, de aquello que movilice hacia un deseo en el que la subjetividad del niño y su familia no quede suspendida o anulada tras los demás dispositivos de intervención diagnóstica. Investigaciones como estas, demuestran que queda mucho por hacer, por aprender, para mejorar en pos de la salud mental y la calidad de vida del niño y la familia, pero no es imposible si se habla de un trabajo en equipo, interdisciplinario y constante.

Es la labor del analista acompañar y guiar para que la familia no se pierda en este proceso de entendimiento, de negación, de aceptación, de dudas. Será para ello necesario que todos los involucrados permitan que algo de lo que está trabado, cambie. Es trabajo de todos el poder transitar un camino de duelo en el que sin duda se reelabora angustia. Y es función del analista escucharla, darle lugar y guiarlos en lo desconocido e

informarlos en todo lo que puede suceder. Un camino que va a requerir de mucha paciencia, donde los profesionales comunicaran que habrá logros y caídas.

Se puede decir que el recorrido realizado en dicho trabajo, responde a la problemática planteada como punto de inicio de la investigación. Ya que da cuenta de la función del psicoanalista con la familia ante el impacto de un diagnóstico de hipoacusia infantil y todo lo que posibilita este trabajo con la familia. Tal como plantea Nuñez (2003), todos sabemos que una intervención oportuna puede prevenir situaciones de conflicto psicológico a nivel vincular o en algún miembro de la familia.

Por lo tanto, desde el psicoanálisis es muy importante poder brindar un espacio, un lugar donde estos niños, sujetos en constitución, puedan alojarse, sin ser encasillados, sin ser enmarcados como lo diferente. En este sentido son necesarias todas las intervenciones posibles para que se produzcan cambios, para que el trabajo sea interdisciplinar, para que dichas intervenciones sean subjetivantes tanto en el niño como en sus padres y en las instituciones educativas. Porque para que sea más beneficioso es mejor si es en conjunto con otros.

Entonces más allá del trabajo a realizar con el niño con hipoacusia, es fundamental y beneficioso que estos padres puedan apoyarse en una escucha clínica y que puedan poner en palabras esa angustia, esos miedos, tratar de encontrar respuestas, si es que las hay. Un espacio que sea de ellos donde se permitan abrirse frente a todo lo que atraviesan, donde no se sientan juzgados por lo que sienten y expresan. Proporcionar un lugar de encuentro para que todos puedan ser habilitados a hablar y a escuchar, y a la vez juntar fuerzas para lo que tienen que afrontar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Azcoaga, J. (1984). *Los retardos del lenguaje en el niño*. Buenos Aires. Paidós.

Baraldi, C. (2005). *Jugar es cosa seria: Estimulación temprana...antes de que sea tarde*. Rosario. Homo Sapiens.

Benito Orejas, J. I., Ramírez Cano, B., Casasola Girón, M., Sánchez Martínez, A., Cifuentes Navas A., y Morais Pérez, D., (2017). Etiología de la hipoacusia infantil. *Revista ORL*, vol. 8, N° 2, pp. 69-83. Disponible en: <https://revistas.usal.es/cinco/index.php/2444-7986/article/view/orl201782.15088>

Borkoski, S., Falcón, J. C., Corujo, C., Osorio, A. y Ramos, A. (2017). Detección temprana de la hipoacusia con emisiones acústicas. *Revista Otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello*, vol. 77, N° 2, pp. 135-143. Disponible en: <https://www.scielo.cl/pdf/orl/v77n2/art03.pdf>

Díaz, C., Goycoolea, M. y Cardemil F. (2016) Hipoacusia: trascendencia, incidencia y prevalencia. *Revista médica clínica. Condes*, vol. 27, pp. 731-739. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864016301055>

- Freud, S. (1979). *Duelo y melancolía*. En S. Freud Obras completas Tomo XIV (p. 235-255). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1979). *Introducción al narcisismo*. En S. Freud Obras completas Tomo XIV (p. 63-98). Buenos Aires: Amorrortu.
- Janin, (2005) Los padres, el niño y el analista: encuentros y desencuentros. En *Cuestiones de infancia: Revista de psicoanálisis con niños y adolescentes*, vol. 9, pp. 15-32. Disponible en: <http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/handle/123456789/204>
- Lara, G. B. y Bereciartua, G. (2014). El lenguaje y sus tropiezos: más allá de criterios clasificatorios. En: *Lenguaje. Una perspectiva interdisciplinaria*. Escritos N° 2. Buenos Aires. Lara, B. G.
- Levin, E. (2003). *La función del hijo: espejos y laberintos en la infancia*. Buenos Aires: Nueva visión.
- Levin, E. (2012). *Discapacidad, clínica y educación. Los niños del otro espejo*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Ley de salud mental n°26657 (2010).
- Ley de Sistema de Protección Integral de las personas con discapacidad n°22431 (1981).
- Mannoni, M. (2015). *El niño retardado y su madre*. Buenos Aires: Paidós. Núñez, B.
- (1991). *El niño sordo y su familia*. Buenos Aires. Troquel.
- Núñez, B. (2003). *La familia con un hijo con discapacidad: sus conflictos vinculares*. Archivo pediátrico. Disponible en: <http://www.ardilladigital.com/DOCUMENTOS/CALIDAD%20DE%20VIDA/FAMILIA/La%20familia%20con%20un%20hijo%20con%20discapacidad%20-%20Blanca%20Nunyez%20-%20articulo.pdf>
- 18
- Real Academia Española (RAE): Diccionario de la lengua española, 23.^a ed., [versión 23.4 en línea]. <https://dle.rae.es>. Consultado en octubre 2023.
- Rojas, M. C. (2008). Psicoanálisis con niños: un enfoque vincular. *Vínculo. Revista do Nesme*, vol. 5, N° 1, pp. 37-44. Brasil. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1394/139412687005.pdf>
- Schorn, M. (1999). *Discapacidad, una mirada distinta, una escucha diferente*. Buenos Aires. Ilustrada.
- Schorn, M. (2009). *La capacidad en la discapacidad: sordera, discapacidad intelectual, sexualidad y autismo*. Buenos Aires. Lugar editorial S. A.
- Suarez, A., Suarez, H., Rosales, B. (2008). *Hipoacusia en Niños*. Archivo pediátrico. Uruguay. Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/adp/v79n4/v79n4a08.pdf>

Untoiglich, G. (2013). *En la infancia los diagnósticos se escriben con lápiz*. Buenos Aires:
Centro de publicaciones educativas y material didáctico S.R.L.