



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



Facultad de
Psicología

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**“Nuestro hijo es sordo”. La teoría de apego y su vinculación con la
discapacidad.**

Alison González

5068798-5

Tutor/a: Prof. Adj. Mag. Evelina Kahan

Revisor/a: Asist. Mag. Erika Capnikas

Abril, 2020

Montevideo - Uruguay

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

1. DISCAPACIDAD

1.1 discapacidad auditiva

1.2 sordos

1.3 lengua de señas como lengua natural de los sordos

1.4 Psicología y sordera

2. TEORÍA DEL APEGO

3. APEGO Y DISCAPACIDAD

3.1 Vínculo temprano y función materna

3.2 ¿Cómo y en qué medida el nacimiento de un hijo con discapacidad condiciona la función materna?

4. APEGO Y DISCAPACIDAD AUDITIVA

4.1 El papel del lenguaje como fundante en la estructuración psíquica y social del niño.

5. CONCLUSIONES

RESUMEN

En este trabajo se realiza una revisión bibliográfica sobre la discapacidad y su vinculación con la teoría de apego, teniendo como objetivo conocer los modos en que se desarrollan los vínculos de apego en la discapacidad.

Se tomará a la sordera con sus particularidades para conocer cómo se dan los procesos de apego en niño sordos.

Se parte de la conceptualización de discapacidad tomada de la OMS y sus diferentes abordajes. Se ahonda en la Teoría de Apego, en la especificidad que adquiere el apego en niños con discapacidad auditiva. A su vez se problematiza sobre la lengua de señas como lengua natural de las personas sordas destacando así la importancia del lenguaje la estructuración psíquica y social de todo individuo.

Se explora sobre la población sorda en nuestro país, especialmente los niños sordos, qué características tienen, qué aspectos psicológicos los caracteriza para así visualizar las necesidades psicológicas y los aspectos de riesgo y poder saber cómo atender a dicha población.

Se procura evidenciar el lugar de la comunidad sorda, minoritaria con su lengua y cultura propia, enfatizando los aspectos psicológicos, sociales y lingüísticos.

Palabras claves: discapacidad, apego, sordera.

INTRODUCCIÓN

Como trabajo final de grado, que se enmarca en la Licenciatura en Psicología de la Universidad de la República, se realizará un recorrido bibliográfico y teórico con la finalidad de brindar aportes en el ámbito de la discapacidad, en relación a la teoría de apego especialmente en niños sordos.

Así pues se realizó una investigación bibliográfica y se seleccionó información para comprender dicha temática, buscando diferentes aportes y puntos de vistas que promovieron la creación de diversas hipótesis y la posibilidad de continuar con estudios relacionado en el tema.

Se desarrollará a partir de 4 ejes centrales, uno que se encargará de hablar sobre la discapacidad desarrollando sus diferentes abordajes y considerándola como una realidad compleja que ha ido evolucionando con el paso de los años. Seguido de esto se desarrollara sobre la discapacidad auditiva, sus inicios, sus causas y sus clasificaciones para así luego hablar sobre los sordos, las principales teorías y conceptualizaciones.

Esta temática en particular como es la sordera, excede ampliamente las consideraciones biológicas que se le puedan adjudicar y este trabajo pretende incursionar en los elementos psicológicos que se pueden visualizar considerando y reconociendo a los sordos como comunidad que tiene sus propias normas y valores, con una forma lingüística de comunicación distinta.

En un segundo eje se hablará específicamente sobre la teoría de apego basándose principalmente en dos autores Bowlby y Ainsworth. La consolidación temprana del vínculo madre-bebé facilita la instauración de la relación de apego que con una adecuada estimulación, ritmos, contribuirán que se desarrolle de manera saludable el psiquismo del infante. El establecimiento de un apego seguro será beneficioso para la salud mental del niño, para su autoconfianza, para regular y decodificar emociones propias como ajenas y en la conformación de relaciones presentes y futuras. Este vínculo que se caracteriza por ser único y necesario va a formar y transformar al individuo como tal, para así lograr su independencia absoluta.

El tercer eje que vincula los dos primeros temas, se encargará de especificar qué sucede con el apego cuando hablamos de niños con discapacidad y responderá ésta pregunta ¿los procesos de apego se dan igual en personas que no poseen discapacidad? Se mencionan las reacciones y movilizaciones que se producen en la familia y cómo esto condiciona la función materna. Se realizará este apartado para introducir el 4to eje, el cual

dará cuenta sobre las diferentes concepciones que existen sobre el proceso apego en niños con discapacidad auditiva ya que de una forma u otra esta discapacidad va a influir en este proceso. Y por último daremos cuenta de la importancia del lenguaje como fundamental para la estructuración psíquica del individuo.

Finalizando se hará una síntesis de lo referido hasta el momento con diferentes conclusiones.

Este trabajo tiene como finalidad, ser un instrumento más para aquellos quienes interesados en la temática puedan seguir profundizando sobre estos aspectos. Es esencial seguir construyendo materiales que aporten a la Psicología como fuente de reflexión y crítica.

1. DISCAPACIDAD

Actualmente la Real Academia Española (2016) define a la persona con discapacidad como alguien “que padece una disminución física, sensorial o psíquica que la incapacita total o parcialmente para el trabajo o para otras tareas ordinarias de la vida”.

Asimismo, la Discapacidad es definida por la Organización Mundial de la Salud como:

Un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales. Por consiguiente, la discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive. (O.M.S, 2013)

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006) define a éstas como:

Las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás. (Artículo 1: Propósito)

El término discapacidad ha evolucionado, pasando por diferentes posturas y modelos. Desde una postura tradicional a un modelo caritativo pasando por un modelo médico, luego un modelo social que hizo que se hablara de un nuevo modelo, modelo de autonomía y actualmente hacia un modelo de derechos humano (Dell' Anno, Diaz, Ferrante, Grzona, Heredia, Katz, Kipen, 2012).

El modelo médico plantea a la discapacidad como un problema que es causa de una enfermedad, trauma, o condición de salud. Estas personas van a requerir de un tratamiento y cuidados médicos que se realizan de manera individual por profesionales de la salud. El

resultado de esto es la cura o una mejor adaptación de la persona y cambios en su personalidad (O.M.S, 2001).

Por otra parte, el modelo social propone a la discapacidad como un fenómeno que se centrará en la completa integración de las personas en la sociedad. No será la discapacidad un atributo de la persona sino un conjunto de condiciones, complicado, de las cuales muchas de ellas son creadas por el ambiente social. Por lo tanto “el manejo del problema requiere la actuación social y es responsabilidad colectiva de la sociedad hacer las modificaciones ambientales necesarias para la participación plena de las personas con discapacidades en todas las áreas de la vida social” (O.M.S, 2001, p.18).

La Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad de la Salud (CIF) integra estos dos modelos con el propósito de conseguir “diferentes dimensiones de la salud desde una perspectiva biológica, individual y social” (O.M.S, 2001, p.18). Desde un modelo bio-psico-social dice que la discapacidad:

Indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo con una condición de salud dada y los factores contextuales (ambientales y personales). Es un término genérico, que incluye deficiencias en las funciones y estructuras corporales, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Al igual que el funcionamiento, se entiende como una interacción dinámica entre la condición de salud y los factores contextuales. (O.M.S, 2001, p.206)

Tanto en la definición de la O.M.S como la de la C.I.F se destaca la importancia de las barreras ambientales, considerándose la discapacidad solamente en relación con las mismas. Esto coincide con el modelo social del cual Palacios (2008) menciona que tiene como objetivo rescatar las capacidades en vez de fomentar las discapacidades, “apunta a la autonomía de la persona con discapacidad para decidir respecto de su propia vida, y para ello se centra en la eliminación de cualquier tipo de barrera, a los fines de brindar una adecuada equiparación de oportunidades” (p.27).

La mayor contribución del modelo social en comparación con los modelos tradicionales es que define la discapacidad en términos de “ambiente discapacitador” considerando a las personas con discapacidad ciudadanos de derechos con responsabilidades y con capacidad para su propia superación (Humphrey, 2000).

En este sentido, “el modelo social de la discapacidad considera el fenómeno fundamentalmente como un problema de origen social y principalmente como un asunto centrado en la completa integración de las personas en la sociedad” (OMS, 2001, p.22).

Por otra parte, se destacan los planteos de la psicoanalista Marta Schorn (2008), que resultan esclarecedores a la hora de posicionarnos ante una persona en situación de discapacidad. La autora señala que la discapacidad no se cura porque no constituye una enfermedad: “(...) Es una marca real, que va a acompañar a este niño, adolescente u adulto a lo largo de la vida” (p.12). Asimismo, argumenta que considerar a estos sujetos como enfermos genera tratos relacionados a la caridad y la lástima, afectando también la manera en que ellos se ven a sí mismos.

En lo que respecta a nuestro país, el Artículo 2 de la Ley 18.651 establece que:

Se considera con discapacidad a toda persona que padezca o presente una alteración funcional permanente o prolongada, física (motriz, sensorial, orgánica, visceral) o mental (intelectual y/o psíquica) que en relación a su edad y medio social implique desventajas considerables para su integración familiar, social, educacional o laboral. (Ley n°18.651, 2010)

Según datos de UNICEF (2013), en nuestra población, más de medio millón de uruguayos presenta alguna discapacidad y la mayoría de ellos conviven en una situación de exclusión social. Esto refleja las dificultades que las sociedades tienen a la hora de garantizar la igualdad de oportunidades. Esta situación que afecta a las personas con discapacidad y sus familias “ha dejado como herencia un fuerte estigma social que naturaliza la desventaja y la existencia de barreras en el acceso a la educación, al empleo y a la posibilidad de contribuir al desarrollo y lograr una vida plena” (Sergio Meresman, 2013, p.9).

Los datos del censo realizado en nuestro país por el I.N.E (2011), revelan que el 15.9% aproximadamente de la población presenta algún tipo de discapacidad. De este porcentaje, un 9,2% se da en niños y adolescentes. Es en el interior del país donde se visualiza más porcentaje de personas con discapacidad. Las discapacidades intelectuales son las que prevalecen.

Existe un total de 714.962 niños y niñas entre 0 y 14 años de los cuales 37.953 (5%) posee algún tipo de discapacidad permanente. Siendo la franja etaria entre 10 y 14 años (8,1%) la que presenta el mayor registro de discapacidad (Meresman, 2013).

Según el tipo de discapacidad, el censo dio como resultado que el 46% del total de los niños/as con discapacidad presentan una patología intelectual, siendo el porcentaje más elevado, el 36% poseen discapacidad visual y el 9% corresponde a los niños/as presentan alguna discapacidad motriz y auditiva.

En lo que respecta a la sordera, en Uruguay existen 25.771 personas sordas (22.629 personas con mucha dificultad para oír, incluso con audífonos y 3.142 que no podían oír). No existen datos específicos sobre población infantil. Información aportada por el Ministerio de Salud Pública, a través de ASSE (2010), revela que de aproximadamente mil niños nacidos vivos uno de cada seis lo hace con sordera profunda, hipoacusia severa o moderada (300 niños por año), por lo que se implementó un Programa de “detección temprana de sordera” para todos los recién nacidos del país y si lo requiere se le otorgara un audífono.

1.1 Discapacidad auditiva

La discapacidad auditiva es conocida normalmente como sordera, la O.M.S la define como “la pérdida total de la audición en uno o ambos oídos”.

Es importante la detección temprana de la sordera, especialmente en niños, ya que si no se diagnostica antes de los 3-4 años aproximadamente que es el periodo más intenso en la adquisición del lenguaje, donde comienza el proceso de maduración de los centros cerebrales que son los encargados habla, donde el cerebro presenta mayor plasticidad, puede provocar en el niño inconvenientes para desarrollar el lenguaje trayéndole consecuencias para su normal desarrollo e integración. (APASU, s/f)

La sordera puede darse en diferentes periodos: a. antes de que se desarrolle el lenguaje y se las denomina prelocutivas o prelinguales y b. cuando se inician después y se las denominan postlocutivas o postlinguales. Si bien ambas traen consecuencias, son las prelocutivas profundas las que mayores consecuencias tendrá, no solo en lo que respecta al desarrollo del lenguaje, sino que también en el desarrollo del pensamiento. También se ven alteraciones en la memoria, principalmente la memoria a corto plazo, en la personalidad y las habilidades de aprendizaje (APASU, s/f)

Es una discapacidad no visible ya que no aparece con características físicas observables. Los orígenes pueden ser varios: causas genéticas, causas congénitas, causas hereditarias, causas perinatales, causas posnatales.

La primera causa tiene que ver con que muchas veces los padres son portadores de causas genéticas que son ignoradas. Ejemplo de esto, padres que son primos hermanos.

Luego dentro de las causas congénitas más comunes están la rubéola materna y la toxoplasmosis. En este caso suele suceder dos escenarios, uno es que se dé un mal diagnóstico de Rubéola confundiéndola con un sarpullido y cuando el niño nace, es diagnosticado con alguna deficiencia auditiva a causa justamente de esta rubéola materna mal diagnosticada. Mientras que en el otro escenario suele suceder que a la madre se la diagnostica con esta enfermedad en los primeros meses de embarazo y desea igualmente continuar con el mismo aun conociendo las consecuencias de dicha enfermedad. Las hereditarias son aquellas que algún integrante de la familia, por ejemplo, padres, abuelos tiene algún déficit auditivo. Los padres sordos tienen un mayor porcentaje de posibilidad de que sus hijos sean sordos. La tercera causa, la perinatal, corresponde a aquellos niños que debido a nacimientos prematuros son sordos, o puede ser por incompatibilidad sanguínea o aumento de la bilirrubina al nacer o por falta de oxígeno en el parto. Acá sucede que los padres frente a estas situaciones en donde su hijo puede llegar a morir, cuando son informados de un diagnóstico de sordera la angustia disminuye.

Algunos mencionan que los médicos no les informaron sobre las consecuencias de la enfermedad, siendo posible esto en algunos casos, pero en otros puede ser un recurso defensivo de negación utilizado por estos para poder libidinizar a este hijo y no pasar por otro duelo que sería difícil de admitir y aceptar (Schorn 1997). Las causas posnatales tienen que ver con enfermedades tales como meningitis, encefalitis o enfermedades infecciosas del oído.

Se puede clasificar la sordera en 4 tipos, según la pérdida en decibeles: La Hipoacusia leve (hasta 30 decibeles), la Hipoacusia moderada (entre 30 - 65 decibeles), la Hipoacusia severa (hasta 90 decibeles) y la Anacusia (pérdida total de audición).

1.2. Sordos

La sordera constituye una realidad compleja y multidimensional. A lo largo del tiempo los desarrollos relacionados a ésta han sido abordados por varias disciplinas presentando por la tanto diferentes manera de entenderla (Pérez de la Fuente, 2014). Se puede visualizar dos grandes perspectivas en relación a la sordera, una perspectiva biologicista que la considera una discapacidad apuntando hacia el déficit. Peluso (2010) menciona que en esta perspectiva los sordos se los considera como personas con pérdida auditiva que son diferenciados del resto justamente por esta pérdida y se asocia a un enfoque médico-clínica.

Por otro lado, existe una perspectiva sociolingüística que considera a los sordos como parte de una comunidad lingüística. Está marcado por una fuerte visión psico-socio-lingüística que propone la existencia de una Lengua de Señas natural. Con ella un grupo de personas se relacionarán entre sí y se distinguen de otros grupos lingüísticos dentro de una sociedad (Peluso, 2010).

Diferentes autores (López, 2007; Paz, Salamanca, 2009; Peluso, 2010; Pérez, 2014) coinciden en que los trabajos de Stokoe (1960) sobre la comunidad sorda, implicaron un giro en la visión hegemónica médico-clínica, estableciendo una forma de verla y entenderla que posibilitó los desarrollos de diferentes ciencias sociales y humanas. Un punto clave fue el establecimiento de la lengua de señas, como un sistema verbal, que permitió que se reconociera la posición de los sordos como sujetos y seres sociales, su relación con el lenguaje y las dinámicas grupales que se ponen en juego (Peluso, 2006).

Así pues, a partir de esta perspectiva, es considerada la sordera como “el rastro que deja la diferencia biológica oír/no oír tanto en el ámbito discursivo, psicológico, social e institucional, como en el conjunto de creencias” (Peluso, 2010).

Adoptar esta visión implica no solamente tomar una postura teórica, sino que también adoptar una postura política, de lucha donde se promuevan cambios sociales, reivindicando el reconocimiento de la comunidad sorda como colectivo minoritario con su cultura y lengua propia.

Los sordos son un grupo de personas que tiene una lengua que le es propia y se caracteriza por ser visogestual, esta lengua es la lengua de señas. Comparten costumbres y valores como por ejemplo la manera de saludar, felicitar y aplaudir y poseen sus propias reglas de interacción social (De la Paz y Salamanca, 2009). “Los sordos señantes y sus comunidades sueñan en lenguas de señas y piensan con cosmovisiones centradas en la mirada” (Fridman, 2009).

Es desde estos planteos que se afirma que a la hora de referirse a los sordos simplemente hay que hacerlo como “sordos”, y no como sordomudo, sordo no oralizado, sordo silente o discapacitado. Muchos son los sordos que no hablan de manera fluida la lengua oral por lo que incluso desde discursos científicos son considerados como “sordomudos” (Fridman, 2012).

Los sordos, como se menciona, hablan lengua de señas por lo que llamarlos “sordomudos” es una contradicción. Si bien se sabe que no hablan una lengua oral, si hablan una lengua de señas.

1.3 La lengua de señas como lengua natural de los sordos

La lengua constituye un hecho de naturaleza social ya que es considerada como sistema lingüístico e instrumento de la comunicación humana. Permite el proceso de simbolización constituyendo dialécticamente la realidad social de los sujetos. Es por esto que la lengua de señas juega un papel decisivo en la visión del mundo que los sordos construyen. Es a través de la mirada que lo hacen. Esta lengua los define y le brinda recursos para darle un sentido a la vida marcándose culturalmente desde lo lingüístico y constituyendo indisociablemente su identidad (Morales, 2015).

Se entiende a la lengua de señas como un sistema verbal donde los significantes se organizan bajo la materialidad viso-espacial.

Las lenguas de señas tienen la misma estructuración lingüística, los mismos principios de organización y las mismas propiedades que las lenguas habladas, pero la forma superficial en que dicha estructuración se manifiesta está influenciada por la modalidad viso-gestual en que estas lenguas se desarrollan. El uso del espacio con valor sintáctico y topográfico, la simultaneidad de los aspectos gramaticales son algunas de las restricciones impuestas por el tipo de modalidad viso-espacial en que estas lenguas se desarrollan y que hacen a su diferencia estructural con las lenguas auditivo-vocales (Skliar, Massone, Veinberg 1995)

La lengua de señas no es universal, cada lugar geográfico desarrolla su propia lengua, en nuestro país se denomina Lengua de Señas Uruguay. Es importante rescatar el valor que adquiere esta lengua como elemento aglutinante y como lengua natural que es capaz de permitirle a los sordos un desarrollo integral, “siendo la lengua de señas la columna vertebral en la transmisión de valores, creencias y percepciones en torno al mundo que poseen” (Morales, 2015).

El término “lengua materna” ha adquirido a lo largo del tiempo diferentes definiciones, en la mayoría se hace referencia a las relaciones de parentesco y a la familia nuclear, por lo que se puede afirmar que la lengua materna es la lengua de los padres en primer lugar, lo que proporciona un marco simbólico estructurante de sus valores y relaciones sociales. Es considerada también como “primer lengua”, aquella que es adquirida desde un primer momento y espontánea en la infancia temprana. (Fridman, 2012).

Cabe preguntarse ¿Qué sucede con aquellos sujetos que nacen en una familia de oyentes?, ¿es posible que su lengua materna, sea una lengua oral?

La lengua natural es “aquella cuyo canal no presenta obstáculos a los hablantes de la misma de acuerdo con sus características psicofisiológicas” (Peluso, 2010, p. 50). Al sordo le es imposible adquirir de manera natural la lengua oral a causa de una imposibilidad psicofisiológica, su única lengua natural será entonces la lengua de señas ya que se actualiza en el canal viso-espacial donde no se haya ningún tipo impedimento. Esto no significa que los sordos no vayan a adquirir nunca la lengua oral pero las posibilidades de que esto suceda dependerá de las características articulatorias y los movimientos del aparato bucofonador de cada sujeto en particular, así como también de sus habilidades en lectura labial para la comprensión.

Según Pérez de Arado (2011) la dificultad que el sordo tiene en adquirir la lengua oral no está dado por las dificultades psicofisiológicas, si bien no las niega, sino que la razón la ubica en cómo se aplica el método de enseñanza de dicha lengua. Con esto no se quiere tomar una postura definida sino demostrar que existen diferentes puntos de vista dentro de una misma temática.

En nuestro país la Lengua de Señas Uruguaya (LSU) fue reconocida en el año 2001 como lengua natural de las personas sordas.

Ley 17.378, Artículo 1:

Se reconoce a todos los efectos a la Lengua de Señas Uruguaya como la lengua natural de las personas sordas y de sus comunidades en todo el territorio de la República. La presente ley tiene por objeto la remoción de las barreras comunicacionales y así asegurar la equiparación de oportunidades para las personas sordas e hipoacústicas. (Ley n°17.378, 2001)

En pocas palabras, la lengua de señas promueve y habilita en el sordo una imagen positiva de sí mismos, sintiéndose parte de un grupo en el cual se reconocen y comparten la misma lengua lo cual le es propia. “Sus integrantes se sienten sordos en tanto son hablantes de la misma. Funciona, así como patrimonio del grupo y es fuente de cohesión e identidad psicosociolingüística” (Peluso, 2007, p.77).

1.4. Psicología y sordera

Dentro del campo de la Psicología existen diversos postulados teóricos en cuanto a los sordos y la sordera. Si bien es un campo poco estudiado (Benito, 2008), existen autores que han realizado aportes desde distintas vertientes teóricas.

Desde la Psicología Educacional, Vicky Lewis (1991) tiene una concepción de la persona sorda idéntica a los discursos médicos “una persona que ha perdido más de 90 dB quizás es capaz de oír un ruido muy fuerte que se produce cerca de ella, pero más por las vibraciones que por el ruido. Estas personas son sordas” (Lewis, 1991, p. 25). Menciona que unos de los problemas de los sordos es la comunicación, por lo general con los padres y en la socialización temprana. Por lo que es importante para su adaptación social conocer cuándo ocurrió la sordera y cuánto puede oír. “Las personas sordas no puede oír; las personas con audición pueden oír; algunas diferencias en el desarrollo de las personas sordas y las personas oyentes son debidas a sus diferentes capacidades de audición” (Lewis, 1991, p. 79).

Por otro lado, Benito (2008), desde la psicología Cognitivo-Conductual, toma una postura de modelo cultural donde reconoce a los sordos como un grupo minoritario social, cultural y lingüístico. Desde esta concepción promueve el empoderamiento de las personas sordas. Sostiene, también, que la sordera es de alguna forma una discapacidad auditiva. Define a la comunidad sorda como “la colectividad constituida principalmente por un conjunto de personas Sordas con pérdida de audición en distintos grados y por diversas causas. Vinculadas fuertemente entre sí por un conjunto de valores y experiencias en función de un contacto visual con la realidad y el uso de un lenguaje común y sumamente expresivo” (Benito, 2008, p. 48).

A diferencia de Lewis (1991) el autor tiene presente el componente social que está implicado en los sordos, visualizando también una relación entre la sordera y la patología. Menciona que si bien la sordera no es un factor determinante y negativo para el desarrollo cognitivo, en el caso de los sordos profundos, este desarrollo será más lento debido a que está perdida los hace enfrentarse a diferentes obstáculos y problemas, que en el caso de personas oyentes no se presentarían. La mejor forma para sortear estos problemas será la temprana adquisición de la lengua de señas. Estos obstáculos o problemas que enfrenten los sordos pueden ser variados y graves de acuerdo al grado de pérdida auditiva, ya que les provoca un retraso de la adquisición de la lengua oral en relación a los oyentes. Según Benito

(2008) “la manera en que las personas Sordas pueden manifestar trastornos mentales depende de un número amplio de factores, tales como la inteligencia, la personalidad, la historia previa, el tipo de sordera, el método de comunicación y el nivel de funcionalidad del mismo” (Benito, 2008, p. 59).

Benito (2008) plantea que la sordera, como condición, supone dos tipos de trastornos mentales, los que se relacionan con los trastornos de conducta y adaptación y aquellos trastornos del estado de ánimo. Principalmente en los niños y jóvenes se pueden visualizar problemas conductuales, de adaptación y ajuste al medio social. Dificultades en cuanto a la asimilación de normas, agresividad, pérdida de control, aislamiento y retraimiento social. Si bien dice que estos trastornos no son características que solo le pertenece a la persona sorda, esta condición potencia y complejiza la situación.

En cuanto a los trastornos de ánimo, habla principalmente de la depresión, dificultades a nivel de los vínculos tempranos del sordo con sus padres y a nivel comunicacional, generando en ellos frustración y aislamiento.

Entendemos que la sordera produce un fuerte factor experiencial que sesga o imposibilita desde muy temprana edad el intercambio comunicativo oral del niño sordo y que éste trae consecuencias en el desarrollo de su personalidad, reflejándose también en sus emociones y en la forma en que serán expresadas.” (Benito, 2008, p. 76).

Schorn (2002) desde el psicoanálisis, plantea como sería el desarrollo psíquico de los niños sordos y a partir de casos clínicos teoriza cuales son las diferentes particularidades que se visualizan en la clínica con este tipo de pacientes. “¿Qué sería la ausencia de voz para un niño sordo? La no presencia de unos ojos que le hablen o de unas manos que le conversen. El soporte de la estructuración psíquica en estos niños será pues un entramado entre madre e hijo centrado en imágenes visuales, en conjunción con lo táctil y lo olfativo” (Schorn, 2002, p. 64). Es por esto que para el niño sordo la ausencia de la palabra acústica no supone una falta ya que no es reconocida como tal. Será suplantada la voz de su madre por otros recursos, principalmente los sentidos táctiles y visuales que van a determinar los primeros organizadores perceptuales psíquicos del bebé. Esto permite que la estructuración psíquica pueda desarrollarse y metabolizarse desde otros organizadores. “Es así como los bebés sordos, al igual que cualquier otro bebé, irán construyendo su aparato psíquico en el interjuego de ese vínculo materno pues esto no diferirá en nada a la de cualquier otro bebé” (Schorn, 2002, p. 60).

El niño sordo accederá al lenguaje y a la cultura por otras vías que estarán centralizadas en lo visual, que funcionará como elemento estructurante de la personalidad, el lenguaje y las propias estructuras inconscientes.

Para la autora la sordera es una discapacidad, ya que la deficiencia auditiva trae consecuencias tanto para el niño sordo como para su familia. “La discapacidad auditiva aparece en el seno de la familia como irrupción masiva que hace su aparición y no se sabe de dónde proviene” (Shorn, 2002, p. 31). Menciona, que existe un abordaje individual de la persona sorda por un lado y por otro a nivel familiar, principalmente en aquellas familias donde el niño es sordo y los padres oyentes. Si desde el nacimiento los padres le devuelven a este niño una imagen de discapacitado o carente de lenguaje se estaría gestando un niño la discapacidad y colocándolo en un lugar de carente. Para que esto no suceda tiene que haber una aceptación, un reconocimiento de la situación de este niño.

2. TEORÍA DEL APEGO

Es importante conocer cuáles son los primeros pasos que lleva a cabo un infante para la formación de su psiquismo, para así luego dar cuenta de las dificultades que un bebé con discapacidad tendrá al recorrer este camino.

Todo ser humano, en los tres primeros años de vida realizará una serie de tareas, las cuales una vez superadas, sentarán las bases de lo que será en un futuro. Principalmente en estos primeros años de vida, el desarrollo del ser humano se da en el marco de las relaciones afectivas, del apego que va a establecer con sus cuidadores principales (Sanz Andrés, 2010)

El apego se entiende como un lazo afectivo que desarrolla un bebé con su cuidador principal. Es un proceso que no es aprendido y está asociado a la supervivencia. Se da desde el nacimiento donde el bebé se encuentra totalmente indefenso y dependerá de un otro, por lo que buscará apoyo y contención. Cuando este otro satisfaga sus necesidades el niño lo elegirá y lo asociará como figura de apego. Altmann (2015) plantea que "(...) el apego es el proceso mediante el cual el niño establece y mantiene un sentido de seguridad, que se convertirá en la base para las separaciones futuras de su madre y la exploración cognitiva de su entorno" (p. 38). Estos vínculos le funcionarán como guía y modelo para que el niño pueda establecer futuras relaciones.

Es entonces como la teoría del apego ha sido y sigue siendo una de las construcciones con mayor importancia para la Psicología. Su origen se ubica en el año 1935 con el psicoanalista Spitz (1965) quien realiza una serie de observaciones en relación al desarrollo de niños que llegaban a diferentes centros debido a que habían sido abandonados por sus madres. Llegó a la conclusión que para el niño la madre va a representar el medio externo, es quien le proporcionará todo aquello que carece de pequeño y va a atender complementariamente todas sus necesidades. Es a partir de este cuidado y esta relación que se formará una diada, que funcionara como herramienta para la supervivencia y la adaptación al medio.

Más adelante Freud, Klein, Winnicott, entre otros continuaron con estos estudios ya que para la Psicología el estudio de los vínculos tempranos ha sido un eje central.

Los diferentes aportes psicoanalíticos sostenían que este vínculo entre el bebé y su madre se establecía con el fin de satisfacer las necesidades fisiológicas y de gratificación oral del infante. Dice Freud (como se citó en Bowlby, 2012, p.249) "El amor tiene su origen en el apego que crea la necesidad satisfecha de alimentos".

Bowlby (1958) crea una teoría sobre el apego, sus estudios difieren de otros autores. Para él el vínculo que se establecía entre el niño y su madre era producto de un conjunto de conductas que los hacía aproximarse, es decir el bebé ya nace con una condición y necesidad de vincularse innata, y lo lleva desde un primer momento a mantener vínculos emocionales con otras personas.

La principal diferencia entre los aportes freudianos y lo que postula Bowlby está, en que este último emplea un enfoque conductual. Por su parte a Fonagy (2004), haciendo énfasis en la teoría de apego, la mentalización y el psicoanálisis, dice que el punto de vista de las teorías freudianas supone una importante base para el desarrollo de la teoría del apego, pero para Bowlby estos aportes no le resultaron del todo completos, ya que encuentra contenidos reducidos en cuanto a los factores culturales y sociales que inciden en el desarrollo. Ambos igualmente han coincidido que tanto la sensibilidad materna y la instauración de este vínculo son importantes para el posterior desarrollo de la personalidad y seguridad del infante.

Bowlby define la conducta de apego como “cualquier forma de conducta que tiene como resultado el logro o la conservación de la proximidad con otro individuo claramente identificado al que se considera mejor capacitado para enfrentarse al mundo” (Bowlby, 2012, p.40).

Este modelo presentado por Bowlby contempla cuatro sistemas de conductas, relacionadas entre sí. Éstas son, el sistema de conductas de apego, el sistema de exploración, el sistema de miedos a los extraños y el sistema afiliativo (Delgado, 2004).

En el sistema de conductas de apego están todas aquellas conductas que se encuentran al servicio de la proximidad y el contacto con las figuras de apego. Éstas pueden ser la sonrisa, el llanto, el contacto táctil, etc. y se activan cuando el niño siente una gran distancia con la figura de apego o cuando percibe alguna señal de amenaza. Se activan justamente para que se dé nuevamente la proximidad.

El sistema de exploración se encuentra vinculado con el anterior porque cuando el sistema de conductas se activa este disminuye, por lo que la exploración del entorno va a también a disminuir.

Se mencionó anteriormente que los cuatro sistemas se encuentran en estrecha relación, es así como el sistema de miedo a los extraños está vinculado con estos dos anteriores, ya que cuando se activa, disminuye aquellas conductas que tiene como fin la exploración, pero aumenta el sistema de conductas de apego.

Y, por último, el sistema afiliativo que se contrapone con el de miedos a los extraños, se refiere a la búsqueda de interacción con otros sujetos incluso con aquellos que el niño no ha establecido ningún vínculo (Delgado, 2004).

En relación directa con esta teoría, Ainsworth realizó una investigación a la que llamó “situación extraña” la cual “valora la respuesta del infante a separaciones muy breves de su madre, en grados crecientes de intensidad de angustia, y luego del comportamiento que presenta al reunirse con la misma” (Bleichmar, 2005, p.112).

Ainsworth concluyó que los niños exploraban el ambiente y jugaban mucho más cuando su madre estaba a su lado, utilizándola como base segura para explorar el ambiente y ante situaciones que los hacen sentir amenazado, se activan las conductas de apego y disminuye las de exploración (Delgado, 2004).

La autora estableció tres tipos de apego, el apego seguro, el apego inseguro evitativo y apego inseguro ambivalente.

En el Apego Seguro aparecen ansiedades ante la separación y vivencia de reaseguramiento al retornar la madre. Los niños lloran poco, sonrían, tienen capacidad de contacto y se alegran en presencia de la madre. Supone un modelo de funcionamiento interno de confiabilidad en el cuidador. “La seguridad del apego depende de la calidad del cuidado infantil, especialmente, si los cuidadores dan respuestas sensibles y prontas a las señales y comunicaciones del bebé y de los niños pequeños” (Carbonell, 2013, p. 205).

En el Apego Inseguro, indiferente o evitativo muestra escasa ansiedad ante la separación y claro desinterés en el reencuentro. Tiene que ver con la desconfianza en la disponibilidad de la madre. Son niños que presentan llanto frecuente y escasa sonrisa aún en brazos de la cuidadora.

Y por último en un Apego Inseguro Ansioso Ambivalente el niño/a muestra ansiedad de separación, y no se tranquiliza al reunirse con la cuidadora.; los intentos de calmarlo fracasan y muestra limitada capacidad de exploración y de juego.

Años más tarde se planteó un cuarto estilo de apego, apego inseguro desorganizado/desorientado. Este estilo hablaba de aquellos niños inseguros, que al encontrarse con su mamá luego de haber estado separados, presentan conductas confusas y contradictorias (Bowlby, 1988).

Esta teoría de la cual se viene hablando, cuenta con distintos momentos, ya que el psiquismo del niño se va constituyendo lentamente. El primero, es un momento de pre-apego

que va desde el nacimiento hasta las seis primeras semanas. El bebé realiza todo tipo de conductas, como es la sonrisa, el llanto, la mirada, conductas que radican en reflejos que son determinados genéticamente. Estas conductas tienen por finalidad la supervivencia del infante. El segundo es un momento el cual el apego se va formando, va desde las seis semanas hasta los seis meses de edad. El bebé va a ir orientando estas conductas y respondiendo a su madre de manera más contundente. Si bien la reconoce perfectamente, al separarse de ella no presenta ansiedades. El tercer momento es lo que se denomina como apego, propiamente dicho y lo podemos ubicar entre los seis meses hasta los dieciocho o veinticuatro meses aproximadamente. Se puede observar un vínculo afectivo claro hacia su madre por lo que cuando se los separa puede presentar conductas de enfado y ansiedad. El último momento, va desde los dieciocho o veinticuatro meses en adelante y se da la formación de relaciones recíprocas acompañado de la apropiación del lenguaje y la capacidad del niño en representar mentalmente a su madre. Esto lo ayuda a que cuando ella se encuentre lejos puede predecir su retorno, saber que la ausencia de ésta no es definitiva, haciendo que la ansiedad disminuya. El vínculo, luego de estos momentos, ya se encuentra consolidado, esto quiere decir que ya no es imprescindible el contacto físico ni la búsqueda permanente del niño hacia su madre. El niño sentirá la seguridad de que su madre responderá cuando él la requiera (Bowlby, 1998).

Bowlby (2009) menciona que la conducta de apego no se desarrolla únicamente en la infancia, sino que persiste durante toda la vida. El niño va a elegir en primer lugar su figura de apego central que generalmente es su madre y luego figuras que sirvan de apoyo como padre, abuelos, tíos. Luego elegirá nuevas figuras manteniendo proximidad con ellas, generando así vínculos afectivos (Bowlby, 2012).

3. APEGO Y DISCAPACIDAD

Desde que se conoce la llegada de un hijo, la madre y el padre lo vivencian y transitan de manera singular, cada uno lo recibe desde su historia, desde sus construcciones subjetivas, sus experiencias de vida. Es a través de esto donde el niño podrá ir construyendo sus marcas identificadoras, sentirse parte de un orden genealógico y reconocerse como sujeto dentro de una historia. Los padres frente a esta noticia se preguntan ¿si será nena o varón? ¿Cómo será su carita?, ¿Qué le gustaría ser cuando sea grande? ¿Qué cosas le gustarán? entre mucha otras que servirán para la constitución del bebé como sujeto activo, con deseos y soportes identificatorios que lo ayudarán para ir construyendo su propio camino.

El sujeto dice Díaz (2014), “supone un amplio juego de proyecciones, pero también de interrogantes y de supuestos que parten desde el deseo parental hacia el niño” (p.17). Para eso es necesario, que exista otro que:

crea las condiciones para que el pequeño pueda ir tomando la palabra con respecto a aquellos significantes que lo irán representando en tanto sujeto y no que los mismos queden abrochados a su ser sin ningún tipo de movilidad ni de cuestionamiento. (pág.18)

Es decir que para dar inicio al proceso de constitución subjetiva en el niño es condición necesaria que Otro accione sobre éste una operación que implica pensarlo como sujeto deseante con proyectos propios. Díaz (2014) expresa que cuando esta operación no se lleva a cabo, el sujeto queda “arrastrado y arrasado por un destino cuya historia estará permanentemente escrita por los otros” (pág. 19).

Dicho autor habla sobre una especie de “ignorancia” necesaria en los padres hacia su hijos, y que no surge de cualquier lugar la posibilidad de interrogar al niño sino que es posible cuando éstos puedan soportar y sostener la vacilación acerca de lo que puede llegar a ser su futuro. Es a través de ésta ignorancia que el niño podrá constituirse, como un sujeto activo, deseante y con soportes identificatorios lo que le permitirá ir construyendo su propio camino. Y no como una prolongación de un Otro (Díaz 2014).

Es así como, una actitud de interrogación, será unas de las condiciones para que devenga la subjetividad del niño.

“La subjetividad supone múltiples nacimientos que se irán produciendo como efecto de sucesivas operaciones que deberán darse a partir del momento en que el cachorro

humano nace. Estas operaciones se producirán dentro de su entorno...” (Díaz, 2014, p. 19). Los padres son lo que juegan un papel fundamental, ya que son los encargados en lo que respecta a las funciones que le posibilitará al niño llevar a cabo las operaciones que irán moldeando su subjetividad.

Pero, ¿qué sucede cuando la imagen del bebé idealizado por estos padres no se cumple? ¿Qué ocurre cuando se enteran de que ese hijo presenta alguna discapacidad?

Uno de los motivos en que la felicidad por el nacimiento de un hijo se vea truncado es que éste nazca con alguna discapacidad, siendo un factor de vulnerabilidad, que influirá en su identidad, su forma de estar en el mundo y sus relaciones con los demás. También incidirá esta situación sobre los padres (Rodríguez de la Rubia 2013). Los padres se verán inmersos en una situación de desconcierto, provocando así una desestabilidad en ellos y un riesgo para la constitución subjetiva del niño. Las reacciones en los padres pueden ser varias cuando reciben la noticia de que su hijo tiene una discapacidad, desde el shock y la negación hasta la ilusión inconsciente de cura. Estos padres comenzarán a transitar un proceso de duelo por ese hijo idealizado, donde sentirán dolor por ese hijo, dolor por ellos mismo, sentimiento de inadecuación y enfado hacia los demás, depresión, etc. (Girón, 2015).

El trasfondo de todo ello es la necesidad de integrar la imagen real del bebé recién nacido frente a las expectativas previas al nacimiento, y enfrentar un proceso de elaboración que debería concluir en la aceptación de la realidad de lo ocurrido, y en poder proporcionar la vinculación afectiva necesaria para el desarrollo y adaptación del niño. (Girón, 2015, p.10)

El poder aceptar y reconocer el diagnóstico de su hijo, influirá en el tipo de apego que desarrollaran con el mismo (Rodríguez de la Rubia, 2013).

El ser humano nace con una serie de capacidades y recursos los cuales servirán para demandar y mantener el contacto de los adultos que tendrán la tarea de cuidar. Éstos sentirán también, el interés por la supervivencia de la persona a quien cuidarán por razones tanto conscientes como inconscientes. Entre las capacidades iniciales se puede resaltar la mirada, el llanto, la imitación de muecas o gestos, la sonrisa y la atención selectiva de la voz humana. La sonrisa social y las vocalizaciones se irán agregando en las semanas que siguen. Pero cuando un niño nace con algún déficit puede verse alterada algunas de estas capacidades, ya sea no pudiendo manifestar alguna de ellas o la totalidad de éstas. Esto provoca que se condicione la respuesta de proximidad de los cuidadores y el establecimiento relacional entre ellos. Los padres no sólo tendrán que “adaptarse” a esta situación, sino que también a los

rasgos temperamentales que serán “interpretados” por otras claves dando lugar a nuevas y varias reacciones y vivencias emocionales. El camino que cada padre tendrá que vivir para “aceptar” a su hijo discapacitado será variado y dependerá también de los tipos de relaciones que han experimentado o vivenciado especialmente con sus propios padres ya que será el modelo que inconscientemente guiará el comportamiento cuando interactúen con su hijo (Rodríguez de la Rubia, 2013).

Existen situaciones que son más frecuentes que interfieran en el vínculo afectivo del bebé con su madre o cuidador principal. Estas se pueden agrupar en tres grandes factores: 1. los relacionados con los padres, 2. los relacionados con el recién nacido y 3. los relacionados con el medio ambiente.

El primer grupo tiene que ver con que cualquier condición que obstaculice el primer contacto entre la madre y el bebé, va a interferir inicialmente con la vinculación afectiva. Ejemplo de esto puede ser que la mamá se encuentre en una situación de salud tanto física como mental desfavorable, trastornos sensoriales como ceguera o sordera, problemas de adicción, madres adolescentes. El segundo grupo relacionado a las condiciones del bebé, podemos ubicar aquellas relacionadas a la salud, imposibilitándole la permanencia de este con su madre fundamentalmente aquellas que son más largas en el tiempo como por ejemplo haber nacido prematuro o haber pasado por alguna cirugía o situaciones permanentes tales como malformaciones, genopatías o enfermedades que generan alguna discapacidad. Y por último, aquellas condiciones que se dan en el medio ambiente, que están relacionadas con el hospital, por ejemplo, equipos médicos poco sensibles, la utilización de lenguaje técnico, poca o excesiva información, etc. Están también las relacionadas con el medio social y cultural como por ejemplo carencias económicas importantes, madre soltera, adicciones en el ambiente familiar, etc. Y por último la falta de redes de ayuda social accesibles a la familia (Girón, 2015).

Sobre este tema se visualizan diferentes concepciones. Rodríguez de la Rubia (2013) menciona que los niños que son diagnosticados con alguna discapacidad pueden tener un estilo de apego seguro porque las condicionantes del déficit que los afectan al igual que los genes no van a determinar las relaciones que el niño establezca con las figuras de apego y demás personas que lo rodean.

En la misma línea, afirman que un niño con discapacidad puede tener una evaluación psíquica similar a la de un niño sin discapacidad, aunque es necesario que se dé con mayor frecuencia relaciones de apego seguro que lo ayuden a enfrentar las diferentes dificultades que tendrá que vivir. Estudios han demostrado que mientras las primeras relaciones se

establezcan positivamente los bebés con discapacidad pueden tener un desarrollo emocional sano (Sanz Andrés, 2012).

Por el contrario, Bennett y Guralnick (1989), mencionan que el desarrollo de un apego seguro en el vínculo de un bebé con discapacidad y sus cuidadores no siempre se puede llevar a cabo.

Siguiendo esta misma línea existen dos investigaciones realizadas en los años 2005 y 2010 por la Universidad de Amsterdam, Holanda que afirman que aquellas personas con una discapacidad intelectual no logran con sus padres un vínculo seguro, sino al contrario desarrollan vínculos de apego inseguro ya que sus conductas son más difíciles de interpretar, lo que dificulta el contacto y el vínculo con estos (De Schipper & Schuengel, 2010). No obstante, se piensa que de ocurrir esto, el desarrollo de un apego seguro resulta fundamental para la persona con discapacidad, por lo que dicha investigación plantea que un entorno que brinde al niño cuidados especializados, con ayuda de profesionales que le otorguen la protección y el apego seguro que necesita compensaría las dificultades vinculares con los padres (De Schipper & Schuengel, 2010).

Las diferentes investigaciones llevadas cabo sobre el apego en relación con la discapacidad, parte de la hipótesis que los patrones de apego en una situación de discapacidad son inestables, pero llegan a la conclusión de que la discapacidad en su mismo no es determinante de vínculos inseguros (Howe, 2005 como se citó en Encina Olea, 2014).

Es importante mencionar, más allá de las investigaciones, que el desarrollo de un apego seguro es más importante en una persona con discapacidad ya que presentan menos herramientas eficaces para afrontar situaciones adversas. Es por esto que muchas de las investigaciones sobre esta problemática coinciden en la importancia de entornos de cuidados especializados, donde se le puede brindar al niño protección y ayuda para establecer un apego seguro, apego que en su familia no ha logrado (De Schipper & Schuengel, 2010). Es imprescindible también el apoyo de diferentes profesiones a los padres con el fin de acompañarlos en esta situación, en el proceso de duelo, brindándoles información adecuada y certera de la discapacidad de su hijo, como también orientarlos y brindarle diferentes estrategias para emplear con el niño (Urrego, Aragón, Combita & Mora, 2012).

3.1 Vínculo temprano y función materna

La relación con un otro es una condición necesaria, para la constitución psíquica del recién nacido como sujeto singular. Al nacer el niño se encuentra desamparado, indefenso. Casas de Pereda (1992) menciona que:

La indefensión es la marca a fuego de la ontogenia que organiza las múltiples y sutiles redes donde el sujeto para acceder a su propio deseo, necesita ser deseado y sostenido metafóricamente y literalmente por sus padres. (Casas de pereda, 1992)

Esta manera de considerar al bebé, como un ser indefenso, dependiente, vulnerable es compartido por varios autores.

Ulriksen de Viñar (2005) expresa a través de su obra:

Por mucho tiempo, las condiciones de inmadurez biológica, de desamparo y dependencia del recién nacido, (...) se han incorporado a la valoración del niño, considerándolo propiedad del adulto que lo cuida, objeto de sus intereses, sus deseos y sus proyectos, en el supuesto de que “es por su bien” ya que “necesita” cuidados adecuados para su supervivencia. En esta postura, se ignora la capacidad creciente del niño de producir pensamiento propio, creativo, participativo (...). (p. 2- 3)

Esta manera de ver al niño, dice la autora, puede llegar a “desconocer su lugar como sujeto activo en los procesos interactivos con el adulto desde el inicio de la vida” (Ulriksen de Viñar, 2005, p.3), por lo que invita a pensar en su sujeto activo, donde su desarrollo de manera positiva le permitirá obtener diferentes capacidades, como por ejemplo un pensamiento inteligente, el cual se realice de manera creativa e independiente y que además estará integrado al mundo en el cual está inmerso. Esto es posible si el sujeto es capaz de “interiorizar los aportes cognitivos y afectivos de los primeros vínculos, y afirmarse en ellos para transformar el desamparo inicial y la dependencia extrema en capacidad de separarse...” (Ulriksen de Viñar, 2005, p.3).

Desde esta mirada, se menciona que es necesario, para el niño, un otro que lo sostenga, lo desee, que experimente con él diferentes experiencias para que pueda configurar su estructura psíquica. Es importante entonces hablar de los primeros vínculos y la función materna.

El vínculo temprano ha sido objeto de múltiples estudios dentro del psicoanálisis. Han sido varios los autores que han trabajado en relación a este tema. Es a través de autores como Freud y Winnicott que se subraya la condición necesaria de la presencia de un otro, que contribuya al desarrollo del recién nacido.

Para Freud (1933) la madre, aparece como una madre nutricia, como objeto de las pulsiones de autoconservación y las pulsiones sexuales, que servirá de estimulación para la

libido. El recién nacido será para Freud (1950) un sujeto que estará en total dependencia respecto a su madre, por lo que esta va a influir en la estructuración de su psiquismo. Es necesario un otro para satisfacer sus necesidades, poner fin a la tensión interna y para dar lugar a la acción específica que lo podrá investir narcisísticamente.

Zimerman, A. (1999) parafraseando a Freud (1926) expresa que “la primera vivencia de angustia y en consecuencia la fuente y el modelo del afecto de angustia” (p.925) es el nacimiento del bebe. Por lo que aquello que se pierde al nacer se va a recuperar cuando exista el primer contacto con su madre. A partir del nacimiento Ulriksen de Viñar. (2005) va a decir tomando las ideas de Viñar, que “el niño nace en un estado de desamparo y dependencia absolutas”, por lo cual “no se hablará de niño sin incluir al otro de quien depende totalmente, representado en el comienzo por la madre” (p. 4) o quien cumpla el rol de cuidador.

Ulriksen de Viñar (2005) señala que la fragilidad del bebé, lo hace poner un lugar central que obliga a su entorno a transformarse para hacer aquello que él bebe no puede hacer por sí mismo y que indispensable para su vida. La madre es quien se va a transformar de sujeto a objeto y va a renunciar a su autonomía para transformarse en lo que el niño necesita. El niño se vuelve "his majesty the baby". (p. 4)

Winnicott (como se citó en Davis, M y Wallbridge, D. 1999) plantea algo similar en relación a lo mencionado anteriormente, la madre entrará en un estado donde se caracteriza por una preocupación y entrega hacia él bebe y lo sentirá como parte de sí misma. Este estado que será luego reprimido por la psiquis materna lo denomina como “preocupación maternal primaria”. (p.111). Se trata de una condición psicológica en la cual la madre presenta una mayor sensibilidad que le permite entender las necesidades del bebé e identificarse así con él. Ella sería la única persona con la capacidad de entenderlo, reconocer lo que le sucede satisfaciendo primero las necesidades físicas y luego las del yo (Winnicott, 1956).

Sostiene entonces lo siguiente: (...)

al comienzo, la madre debe adaptarse casi exactamente a las necesidades del niño, a fin de que la personalidad infantil se desarrolle sin distorsiones. Con todo, la madre puede permitirse fallas en su adaptación, porque la mente y los procesos intelectuales del niño le permiten entender y tolerar fallas en la adaptación. Así, la mente es la aliada de la madre y asume parte de la función de esta última. En el cuidado de un niño, la madre depende de los procesos intelectuales de aquel,

y gracias a ellos puede recuperar gradualmente vida propia. (Winnicott, 1995-1958, p.19)

Winnicott (1958-1995), plantea en su teoría, el concepto de una “madre suficientemente buena” donde es a partir de esa base que el niño podrá concretar un proceso de desarrollo persona y real de manera adecuada. Si la madre no desenvuelve esa actitud, en el niño no se llegara a formar su verdadero self y aparecerá en su lugar un falso self, que se someterá a los golpes del exterior que tratara por lo general de evitarlos. Es importante aclarar que se habla de un self en construcción. Si la madre desarrolla esta actitud el yo del niño entonces será débil y fuerte, es por esto que Winnicott señala que va a depender de la capacidad de ella para proporcionarle apoyo al yo del niño, que se ira fortaleciéndose y conociendo nuevas capacidades, como el organizarse, el defenderse, desarrollar patrones personales.

Otro de los planteos importantes que teoriza el autor, es cuando se refiere a la función materna en torno a tres categorías:

La primera es el “Holding”, es un factor fundamental del cuidado materno el cual hace referencia a la necesidad de poder brindarle un sostén afectivo adecuado al bebé. Es también un sustento físico, pero no se reduce solo a un contacto de estas características, sino más bien a la forma en que se hace, cómo se relaciona de esa manera con el pequeño, sí dan cuenta de las necesidades del mismo, si quiere estar sostenido, mimado y acariciado. Es a partir de este sostén que el bebé logra la capacidad de sentirse real, permitiendo así lograr la existencia psicosomática. Esto es lo que denomina Winnicott como la segunda categoría estructurante, “Handling”, es decir es una función la cual permite que se desarrolle la asociación psicosomática, diferenciando así lo real de lo irreal, esta función también favorece el desarrollo de la personalidad del niño/a. La presentación objetal es la tercera categoría que el autor desarrolla, la cual consiste en mostrarle al bebé los objetos de la realidad, promoviendo así la capacidad de relacionarse con los objetos del exterior, es fundamental que se habilite este relacionamiento con los objetos, para que el niño/a pueda ir conociendo el mundo.

Concluyendo el autor menciona que:

(...) el desarrollo es producto de la herencia de un proceso de maduración, y de la acumulación de experiencias de vida, pero no tiene lugar a menos que se cuente con un medio favorable. Dicho medio tiene al comienzo una importancia absoluta, y más tarde sólo relativa, y es posible describir el curso

del desarrollo en términos de dependencia absoluta, dependencia relativa y tendencia a la independencia. (Winnicott, 1995-1958, p. 34)

Siguiendo esta línea Mannoni habla sobre aquellos condicionamientos con los cuales el bebé carga ya desde antes de su nacimiento. Menciona que no solo es la función materna que condiciona al bebé, sino también las expectativas que con las que se lo espera: "...un ser humano, desde su vida prenatal está ya marcado por la forma en que se lo espera, por lo que luego representa su existencia real para las proyecciones inconscientes de los padres...". (Mannoni, 1979, p.14)

Según la autora la madre, es el primer otro con quien el niño establecerá una relación, por lo que su discurso va a determinar la constitución psíquica del niño y el relacionamiento que esta tenga con los otros determinará también la constitución en la historia del niño.

Si bien la madre como se menciona condiciona al bebé, éste también la condiciona, a través de su presencia, provocará en su madre movimientos en la psiquis y deberá irse adaptando a la situación. El nacimiento de un hijo será para esta madre un repaso de su propia infancia "encargado de llenar lo que quedó vacío de su propio pasado". (Mannoni, 1990, p.22)

De acuerdo a lo planteado anteriormente, Aulagnier (1997) explica que el nacimiento de un hijo es un riesgo relacional ya que hay una reestructuración psíquica en la figura materna. Este riesgo es para ambos madre-bebé ya que, desde antes del nacimiento del bebe, este tiene una suerte de imposición, debe ocupar un lugar y luego transmitir a sus hijos para dar continuidad a la familia. Dice:

Cada sujeto viene al mundo de la sociedad y de la sucesión de generaciones siendo portador de la misión de tener que asegurar la continuidad de las generaciones del conjunto social. Así el sujeto es portador de una posición en el conjunto y para asegurar dicha continuidad el conjunto debe a su vez investir narcisísticamente este elemento nuevo. (Aulagnier, 1997, p.164)

También menciona que no solo la madre, es la que conserva la marca de la relación que tiene con su hijo y con el medio sociocultural que forman parte, también la figura paterna y la familia será la encargada de trazar el camino del sujeto y lo harán desde su concepción y el lugar que le otorgarán. También se encarga a la sociedad en la cual sus padres están inmersos. Dicha autora expresa:

Desde su llegada al mundo, el grupo catectiza al infans como voz futura a la que solicitará que repita los enunciados de una voz muerta y que garantice así la permanencia cualitativa y cuantitativa de un cuerpo que se autoregulará en forma continúa. En cuanto al niño (...) demandará que se le asegure el derecho. (Aulagnier, 1997, p.164)

3.2. ¿Cómo y en qué medida el nacimiento de un hijo con discapacidad condiciona la función materna?

“Cada mujer, ante la falta de las señales de identificación de su niño enfermo, va a sentir angustia en función de aquello que la ha marcado en la historia”. (Manonni, 1990)

La madre siente como suyo el sufrimiento de su hijo por lo que sentirá indirectamente que ella también es discapacitada. Coincidiendo con Aulagnier (1997) la función maternal puede verse afectada por el discurso con el que el Otro (mamá) va a estructurar la psiquis del bebé. Es decir que si la madre se siente de esta forma va a condicionar su discurso modificando el lugar que se le había adjudicado al bebé dentro del contrato narcisista.

El condicionamiento de la función materna va a depender entonces, de la capacidad y de las posibilidades de elaboración del duelo por ese hijo que llegó y de las expectativas con las que se lo esperaba.

Desde Winnicott (1975) se puede decir que lo importante es que la madre tenga la capacidad de transitar y elaborar el duelo para que pueda cumplir con las funciones de manipulación y sostén adecuado, así como también propiciar una mirada adecuada al bebé.

En algunos casos sucede que el sufrimiento y la dificultad de “curar” la herida y tramitar la angustia imposibilitan o afectan el desarrollo de esta función, ya que quien la ejerza sentirá dolor, culpa, miedo, rechazo, etc. Menchaca (2014) menciona que muchas veces lo que ocurre es un sobreinvertimiento de la madre sobre el niño, esto se debe a que esta madre busca generar una compensación de estos sentimientos principalmente el de la culpa y el miedo que siente por su hijo, lo que le permite posicionarse en el lugar de sacrificio, abnegada y sufrida que se desvive por su hijo.

Recogiendo lo más importante, el cómo se va a condicionar la función materna dependerá en mayor o menor medida de la capacidad que tendrá la madre en procesar el impacto y elaborar el duelo que genera la noticia de un hijo con discapacidad. También

influirán las expectativas con las que se espera a este niño y el lugar que se le dé dentro de la familia.

4. APEGO Y DISCAPACIDAD AUDITIVA

Como se mencionaba anteriormente el apego es una relación especial que el niño establece con su principal cuidador y la discapacidad auditiva puede influir de una forma u otra en esta relación.

Lo primero que necesitan los padres frente a la noticia de que su hijo será sordo es una apoyo social y una adecuada información de esta condición (Mesa, 2013). El reconocimiento y la aceptación por parte de la familia serán importante ya que está ligado al tipo de apego que se establezca con el niño.

No solo será importante el apoyo social para la familia sino también para el niño a fin de que pueda tener un buen desarrollo integral y una adecuada autoestima. Pasa por lo general que las personas que tienen problemas en su audición o pérdida total de ella poseen dificultades en cuanto a la autoimagen por eso el desarrollo de su identidad personal y social será de gran importancia.

Girón (s/f) menciona que los niños sordos o que tienen algún tipo de dificultad en su escucha tienden a establecer un apego inseguro con su principal cuidador ya que por ejemplo, las madres oyentes con hijos sordos o déficit auditivo no logran ajustar la comunicación con hijos con este déficit y tienden a controlar las interacciones en función de esa sordera, lo que hace que la misma no pueda comprender o tener una comprensión pobre de las necesidades o deseos de su hijo.

Otros (A.P.A.S.U, 2008) por ejemplo mencionan que no es lo mismo nacer en una familia que es oyente que nacer en una donde sus integrantes son sordos. Él porque está, en que por ejemplo en el primer caso los padres esperan que la comunicación con su hijo sea de manera oral. Se puede ver al niño como irritable e intolerante cuando se enfrenta a situaciones que le provocan frustración y además estará en estado de alerta y vigilia debido a que tiene un pobre acceso a la información (Salamanca & Guadalupe, 2009). A diferencia de esto, los niños sordos que nacen en familias sordas, por lo general el tipo de apego que desarrollan es adecuado, ya que los padres tiene un mayor conocimiento y comprensión de esta situación (Mesa, 2013).

Según Lederberg & Prezbindowski (2000) y Prado-Orlans, (1997) (como se citó en Mesa, 2010), los niños con este tipo de discapacidad son capaces de desarrollar un apego de tipo inseguro. La causa estaría en que la madre oyente presenta dificultades en la

comunicación y poca comprensión de las necesidades y demandas del niño no logrando un ajuste adecuado con esta pérdida.

Según Tejera (2003) (como se citó en Mesa, 2013), esta situación genera por lo general estrés y los tipos de apego ansioso, evitativo y ambivalentes pueden generar en los niños aislamiento, depresión y ansiedad. Frente a eso es importante que aprendan tempranamente la lengua de señas ya que se logrará a través de ésta una mayor participación e integración social, le permitirá comunicarse, expresarse, pensar y desarrollarse social y afectivamente.

Schorn (2009) menciona que ni nosotros ni nuestros padres podemos recordar cómo es que aprendimos hablar, se da casi de manera automática por el contacto comunicativo entre hijos y padres. Plantea que la especie humana es la única que tiene la capacidad innata de aprender un lenguaje simbólico, pero esta capacidad tiene que ser puesta en marcha por otro ser humano, generalmente por el contacto que surge entre la madre y el hijo. "Es el lenguaje de la madre interiorizado por el hijo el que permite pasar a este la sensación al sentido y alcanzar el punto conceptual" (Schorn 2009, 101p).

4.1 El papel del lenguaje como fundante en la estructuración psíquica y social del niño.

El lenguaje es un sistema de signos que permite la comunicación entre personas ya sea a través del habla, gestos corporales o gráficos. Nos acompaña toda la vida, desde que nacemos hasta que morimos y si bien algunos los conocemos hay otros que no, pero no por ello dejan de ser humanos. El hombre como el lenguaje forman una unidad y juega un papel fundamental en la estructuración psíquica y social de todo individuo Schorn(2009).

Schorn (2009) hace referencia a los postulados de Vigotsky el cual dice que para que el infante pase de una sensación al pensamiento debe haber no solo una conversación, sino que esta tiene que ser adecuada, es decir una conversación propia, personal e irrepetible entre la mamá y su hijo. En este intercambio mutuo va apareciendo el qué, el quién, el cómo, el dónde, el porqué. Preguntas que son hechas por padres a sus hijos y viceversa que tienen el sentido de ampliar y dar significado al mundo sonoro que nos rodea y a las acciones. Es decir, los padres le permiten a sus hijos la apertura del pensamiento, no quedándose éste solo ni atrapado en el mundo perceptual sino dándole la posibilidad de entrar al mundo simbólico.

Esta capacidad debe aprenderse lo antes posible ya que si se atrasa puede que el proceso se lentifique, se retrase o quede trastocado. Es decir que “si la comunicación falla y el lenguaje no surge, esta falla afectará el desarrollo intelectual, el intercambio social, la estructuración misma del lenguaje. Todo esto a la vez simultánea e inseparablemente” (Schorn 2009, pág. 102).

¿Qué sucede cuando un niño no oye? ¿Cómo adquiere el lenguaje?

Schorn (2009) menciona que será por otras vías, seguramente centralizadas en lo visual. La sordera va a dificultar la adquisición temprana del lenguaje ya que no va a permitir el “disfrute de la captación de la sonoridad que surge de las músicas, canciones, gritos y ruidos” (Schorn 2009, p.10).

Esta autora menciona a Brenner para dar cuenta qué pasa cuando hablamos de niños sordos, que al no poder oír a sus padres no son capaces de poder captar las primeras comunicaciones verbales y pre-verbales.

“el modelo y el arquetipo de todas las interacciones verbales se haya en las conversaciones preverbales. Si estos diálogos pre verbales no se producen en la forma adecuada se prepara el escenario para grandes problemas en el intercambio verbal posterior” (Brenner p.101)

Dicha autora dice que para cada ser humano el lenguaje tiene una doble referencia, una que es histórica y privada que involucra los significantes verbales que marcaron nuestro oído de niños antes de poder hablar y otra que tiene que ver con las leyes mismas del lenguaje y la variedad de opciones posibles debido al juego de palabras. Dice que el niño sordo “en los primeros meses de vida, esto no lo logra a través del lenguaje verbal” (Schorn, 2009, p.104).

Dolto (1986) decía: "la comprensión de la palabra depende tanto del esquema corporal, como de la imagen inconsciente que de ella se tiene a partir de los intercambios vivientes que la secundan" (p.39). Es decir que una persona puede oír una palabra, entender su significado por comprender un mismo código lingüístico, pero puede que evoque en ella algo diferente a otra persona. Schorn (1997) dice que esto mismo lo podemos pensar en la persona sorda

“Las palabras orales no llegan de la misma manera al sordo que al oyente. El repite muchas veces esas palabras que el adulto le ofrece (padre, educador) porque confía en ellos, pero no tiene en sí una imagen audible de la misma, sino una imagen visual de ella (por ejemplo a través de la articulación de la palabra).

Dolto reafirma que para que las palabras cobren sentido, ante todo debe tomar cuerpo en uno, ser al menos metabolizada en una imagen relacional, fundante, a partir del vínculo madre-hijo”. (Schorn, 1997, p.104)

“Si no hay significación en lo que lo rodea al niño, hay vacío. Si hay vacío no hay simbolización, no hay deseo, hay simplemente un estar sin presencia.” (Schorn, 1997, p. 111). Es decir que el niño se verá atrapado en un hacer concreto, pasando a ser un objeto real puro donde el lenguaje se entreteje o se teje fallidamente, lo que puede provocar cuadros de aislamiento. Dice Schorn (2009) “El lenguaje que se hace presente en estos casos es el lenguaje del silencio o de una presencia sin lenguaje” (p.111).

El lenguaje, dice Schorn (2009) se aprende jugando, el niño se apropia de él a través del juego, justamente cuando éste quiere lograr algo con él. Bruner (como se citó en Schorn, 1997) dice que es en los primeros juegos como el “arre arre caballito” donde se presentan las primeras ocasiones para el uso sistemático del lenguaje, entre el niño y el adulto. Por placer el niño entrará en las primeras expresiones del habla lo que le servirá para mantenerse en ellas. Si bien el niño puede usar formas de sonido que no son adecuadas estas igualmente son interpretadas por el adulto que por estar en presencia de él puede llegar a imitarlas.

Estos juegos que surgen son verdaderos proto-conversaciones que se caracterizan por tener una estructura profunda donde el objeto o persona aparece y desaparece y hay una asignación de roles intercambiables en el diálogo. Reafirma algo tan sencillo como que “el lenguaje se aprende usándolo y el adulto está allí para acompañarlo y ayudarlo a distinguir lo que es obligatorio y valorado dentro de él” (pág. 113).

Tanto la repetición como la imitación están ligadas a estas primeras experiencias de comunicación. Las mayorías de las madres, colaborando justamente con este proceso de imitación, sabiendo igualmente que su hijo es sordo, les hablan a través de la palabra, de gestos, de dramatizaciones, tratan de hacerlo con todo su cuerpo (Schorn2009).

La falta de audición en los niños hace que sean fundamentalmente visuales. Las expresiones que realiza su madre serán interpretadas por este niño como equivalente deíctico. Diferentes palabras como por ejemplo hola, veni, adiós se acompañaran probablemente con gestos. Schon (2009) dice “por ello considero y quiero subrayar que para mí la madre del niño sordo, aunque nos parezca extraño es un hablante espontánea de una lengua de señas comunicacional, aunque no hable ninguna lengua de señas formal” (p.115).

CONCLUSIONES

A partir de la revisión bibliográfica y lo expresado anteriormente se plasman las principales conclusiones que sintetizan los ejes más importantes del presente trabajo.

Varias investigaciones mencionan que las personas que presentan algún tipo de discapacidad tienden a desarrollar un estilo de apego inseguro. Esto se debe a que muchas veces en la familia, principalmente en los padres del recién nacido, un shock emocional. Éstos no se encuentran preparados para afrontar esta nueva realidad, lo cual conlleva que el vínculo que se establece entre los padres y su hijo se construya sobre una base inestable.

En estos casos sucede que la familia no posee herramientas ni información adecuada sobre lo que este niño presenta, lo que no permite conocer cuáles son sus limitaciones y necesidades, provocando que no se logre una buena vinculación y comunicación entre ellos. Al no poder brindarle al niño estas cuestiones, no podrá conocer tampoco cuáles son sus limitaciones, sintiendo frustración y dificultad para establecer relaciones no solo con su entorno familiar sino que también con su entorno social.

Será importante desde el comienzo, como la familia lleve adelante esta situación ya que estas primeras experiencias vividas marcarán el desarrollo social del niño y moldearán su capacidad para formar relaciones íntimas y saludables.

Otras investigaciones mencionan que el solo hecho de tener una discapacidad no es determinante de vínculos inseguros.

Frente a esto podemos mencionar que existen diferencias bien marcadas en las diferentes teorías y puntos de vistas, por lo que no se llega a obtener respuestas contundentes, debido también a la falta de mayores investigaciones en cuanto a la temática.

En el caso de los niños sordos varias investigaciones concuerdan que tienden a establecer un apego de tipo inseguro ya que por ejemplo las madres oyentes con hijos sordos no logran una buena comprensión de las necesidades del niño. Frente a esto es importante que desde temprano se enseñe la lengua de señas, lengua natural de la persona sorda, lo que le permitirá comunicarse, expresarse, pensar y desarrollarse social y afectivamente.

Más allá de estas posturas es importante que en personas con discapacidad se genere un apego de tipo seguro. Dichas investigaciones coinciden que es imprescindible el apoyo de diferentes profesionales al niño como a su entorno familiar.

Se observa que estas cuestiones deben ser incorporadas con mayor importancia a los estudios que se llevan a cabo en el ámbito de la psicología con el fin de conocer cómo atender a dicha población.

Pensar en estos sujetos hace que se tenga que tener presente en primer lugar su subjetividad y también las particularidades que hacen a esta discapacidad, como cada persona la vive y qué herramientas tiene para enfrentarla y asimilar.

Freud nos va a decir que la praxis psicoanalítica, a diferencia de la médica, tiene su soporte en la palabra y en la escucha, por lo que en vez de ver y tener la posibilidad incluso de tocar los síntomas como lo hace el médico, esta obra a través de los discursos de los pacientes y de los efectos que se producen luego de toda intervención psicoanalítica. Para que el espacio psicoanalítico se establezca tiene que existir alguien que demande una ayuda, que a través de su discurso hable de lo que le falta, de aquello que desea y aquello que lo angustia, pero para que se dé esto tiene que existir un otro, un otro capaz de escuchar esa demanda. Esto es algo que sucede en todo encuentro psicoanalítico independientemente de las personas que se encuentren, es decir que no es algo específico de un encuentro entre un psicólogo y un sujeto con una discapacidad, se da por igual en todos los sujetos. Díaz (2014)

Cuando nuestro trabajo sea con niños, adolescentes y adultos con discapacidad, Díaz (2014) dice: “que será necesario retomar el rumbo que orienta la ética del psicoanálisis en lo concerniente a la dirección de la cura” (p.14). Ya que menciona que es algo que suele olvidarse cuando se trabaja con esta población. Tomar este rumbo, dice que es:

tomar la senda trazada por Freud cuando sostiene que el psicoanálisis se basa en la cura a través de la palabra, sin perder de vista que en el orden simbólico nada es absoluto debido a que ninguna palabra puede cerrarse a una significación que lo defina todo; ni siquiera podemos agregar, cuando existe algo tan contundente y real como la discapacidad. (Díaz, 2014, p.14)

Es por esto que ella toma como importante a la hora de trabajar con personas con discapacidad, este rumbo, donde se podrá favorecer en palabras de Díaz (2014) “la dialectización de lo que la enfermedad tiende a transformar en signo y a eclipsar al sujeto detrás de ellos” (p.14) Es decir favorecerá a que se asimile los discursos en torno a la discapacidad para que así el sujeto no se encuentre encapsulado en esa condición.

La autora nos convoca a pensar en este camino, atender y ser capaces de escuchar las particularidades en torno a la discapacidad. Esto será imprescindible para el proceso psicoanalítico que lo que busca es rescatar la subjetividad, ya que esta se encuentra afectada por lo general, por los discursos técnicos. El atender y escuchar no solo a lo visible sino que también a lo que hay más allá de ella, será el camino ideal, ya que se encuentra allí, el deseo de vivir, donde el psicoanalista “deberá distinguir la cura para encontrar al sujeto del inconsciente” (Díaz, 2014, p.14).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ✓ Altmann de Litvan, M (2015). Encuentros clínicos madre-infante: estructuras relacionales subyacentes en procesos psicoterapéuticos breves. Buenos Aires: Ediciones Biebel.
- ✓ Aulagnier, P. (1997). La violencia de la interpretación: del pictograma al enunciado. Buenos Aires: Paidós.
- ✓ Benito, E (2008) Salud mental: Depresión y sordera. Monterrey: Universidad Autónoma de Nuevo León
- ✓ Bleichmar, E., (2005) Manual de Psicoterapia de la Relación Padres e Hijos. Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidos S.A.I.C.F
- ✓ Bowlby, J. (1988). Una base segura: aplicaciones clínicas de una teoría del apego. Buenos Aires: Paidós.
- ✓ Bowlby, J. (2012).El apego: vol. 1 de la trilogía El apego y la pérdida. Buenos aires: Paidós
- ✓ Carbonell, O. (2013). La sensibilidad del cuidador y su importancia para promover un cuidado de calidad en la PRIMERA infancia. Ciencias Psicológicas, 7(2), 201-207.
- ✓ Casas de Pereda, M. (1992). Estructuración psíquica. Recuperado de: <http://www.apuruguay.org/apurevista/2010/16887247201512003.pdf>
- ✓ Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (2006). Recuperado de <http://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>
- ✓ Davis, M y Wallbridge, D. (1988): Límite y espacio: introducción a la obra de D. W. Winnicott. Buenos Aires: Amorrortu
- ✓ Dell' Anno, A., Díaz, R., Ferrante, C., Grzona, M.A., Heredia, N., Katz, S., Kipen, E. et al. (2012). Debates y perspectivas en torno a la discapacidad en América Latina. Paraná: UNER.
- ✓ De la Paz, M y Salamanca, M (2009). Elementos de la Cultura Sorda: una base para el currículum intercultural. Recuperado el 14 de Abril de 2016 En: <http://www.culturasorda.org/elementos-de-la-cultura-sorda-una-base-para-el-curriculum-intercultural/>
- ✓ De Schipper, J. C., Schuengel, C. (2010). Attachment behaviour towards support staff in young people with intellectual disabilities: associations with challenging behaviour. Journal of Intellectual Disability Research, 54(7), 584-596. Recuperado de: <http://dare.uvu.vu.nl/bitstream/handle/1871/34341/243487.pdf?sequence=1>
- ✓ Diaz, E. (2014) La ética del psicoanálisis en la clínica con pacientes sordos: del perfil del sordo al sujeto con sordera. Buenos Aires: Rojo Editores.

- ✓ Doltó, F. (1986). La imagen inconsciente del cuerpo. Paidós. (Primera edición en francés, 1984)
- ✓ Freud (1933). Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis. N° 33. La feminidad. Volumen XXII. Obras Completas. Amorrortu. Bs. As.
- ✓ Fridman, B. (2009). De sordos hablantes, semi-lingües y señantes. Recuperado el 14 de Abril del 2016 En: <http://www.cultura-sorda.org/sordos-hablantes-semilingues-yseñantes/>
- ✓ Fridman, B. (2012). Sobre cómo nombramos a los sordos. Recuperado el 16 de Junio de 2016 En: <http://www.cultura-sorda.org/sobre-como-nombramos-a-los-sordos/>
- ✓ Fonagy, P & Mendiola, R. (2004) Teoría del apego y psicoanálisis. Recuperado de <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000539&a=-Teoria-del-apego-y psicoanalisis>
- ✓ Giron, S. (S/f) apego y discapacidad. Recuperado de file:///C:/Users/AR/Downloads/apego_y_discapacidad_141_.pdf
- ✓ Guralnick, M. & Bennet, F. (1989). Eficacia de una intervención precoz en niños minusválidos y en situación de riesgo. Madrid: Inersio.
- ✓ Humphrey, J. C. (2000). Researching disability politics. Or, some problems with the social model in practice. *Disability & Society*, 15, 63 – 85.
- ✓ Lewis, V. (1991). Desarrollo y déficit. Ceguera, sordera, déficit motor, síndrome de Down, autismo. Barcelona: Paidós.
- ✓ Mannoni, M., Dolto, F. (1979) la primer entrevista con el psicoanalista. España: Gedisea.
- ✓ Manonni, M. (1990). El niño retardado y su madre. Editorial Paidós, Bs As
- ✓ Menchaca, V (2014). Lo inesperado ante la llegada de un hijo. Un análisis desde lo vincular. Tesis final de grado. Udelar. Recuperado de: http://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/tfg__veronica_menchaca.pdf
- ✓ Meresman, S. (2013). La situación de niños, niñas y adolescentes con discapacidad en Uruguay. La oportunidad de la inclusión. Montevideo: Mastergraf
- ✓ Mesa, L. M. (2013). El apego en personas con discapacidad auditiva: revisión teórica. Attachment on people with hearing impairment: theoretical review. Medellín
- ✓ Morales, A. (2015) La lengua de señas en la vida de los sordos o el derecho de apalabrar su realidad. Recuperado el 16 de Junio de 2016 En: <http://www.culturasorda.org/lengua-de-senas-en-la-vida-de-los-sordos/>
- ✓ Oliva Delgado, A. (2004). Estado actual de la teoría del apego. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*, 4(1), 65-81.

- ✓ Organización Mundial de la Salud (2001). Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud: Versión abreviada. Madrid: OMS, IMSERSO. Recuperado de <http://apps.who.int/iris/handle/10665/43360>
- ✓ Palacios, A. (2008). El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Madrid: Grupo Editorial CINCA.
- ✓ Peluso, L. (2007) Representaciones de sordos y oyentes en el liceo 32. En: Carmen Torres (Org.). Avances de investigación en instituciones educativas. Dimensiones psicológicas y lingüísticas. Montevideo: Waslala/Psicolibros, p. 113-124
- ✓ Peluso, L. (2010). Conferencia Inaugural Actividades Académicas 2010, Consideraciones psico-socio-lingüísticas en torno a la comunidad sorda uruguaya. Montevideo: UdelaR
- ✓ Peluso, L. (2010). Sordos y oyentes en un liceo común: investigación e intervención en un contexto intercultural. Montevideo: UdelaR/Psicolibros.
- ✓ Pérez de Arado, B. (2011). Sordos y feracidad. Recuperado el 14 de Abril del 2016 En: <http://www.cultura-sorda.org/sordo-y-feracidad/>
- ✓ Pérez de la Fuente, O. (2014). Un dilema sobre la minoría sorda. Revista de Bioética y derecho, num 30, p. 125-136.
- ✓ Protección Integral de Personas con Discapacidad. Ley N° 18.651. Montevideo: Ministerio de Desarrollo Social. (2010)
- ✓ Rodríguez de la Rubia, E. (2013). Apego y discapacidad. Revista Autonomía Personal, 20-29 .Recuperado de: <http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/rap5.pdf>
- ✓ Sanz Andrés, M. J. (2012). La discapacidad, factor de vulnerabilidad para una crianza saludable. Boletín del Real Patronato sobre Discapacidad, (71) ,12-17 Recuperado de http://riberdis.cedd.net/bitstream/handle/11181/3189/La_discapacidad_factor_de_vulnerabilidad_para_una_crianza_saludable.pdf?sequence=1
- ✓ Shorn, M. (2002). El niño y el adolescente sordo. Reflexiones psicoanalíticas. Buenos Aires: Lugar Editorial- Rodríguez de la Rubia, E. (2013). Apego y discapacidad. Revista Autonomía Personal, 20-29 .Recuperado de: <http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/rap5.pdf>
- ✓ Schorn, M. (2008). Discapacidad: Una mirada distinta, una escucha diferente. Lugar Editorial, Bs As
- ✓ Schorn, M. (2009) La capacidad en la discapacidad: discapacidad : sordera, discapacidad intelectual, sexualidad y autismo. Buenos aires: Lugar Editorial.
- ✓ Skliar, C., Massone, M., Veinberg, S. (1995). El acceso de los niños sordos al bilingüismo y al biculturalismo. Extraído de: <http://www.cultura-sorda.eu>

- ✓ Spitz, R. (1965). El primer año de vida. Buenos Aires: Editorial Fondo de Cultura Económica
- ✓ Ulriksen, M. (2005). Construcción de la subjetividad del niño. Algunas pautas para organizar una perspectiva. Revista uruguaya de psicoanálisis, (100), pp. 1-17.
- ✓ Urrego, Y., Aragón, A., Combita, J., & Mora, M. (2012). Descripción de las estrategias de afrontamiento para padres con hijos con discapacidad cognitiva. Proyecto de investigación formativa llevado a cabo en el Programa de Psicología de la Universidad Piloto de Colombia. Línea de investigación en Desarrollo Humano. Grupo DHEOS.
- ✓ Winnicott, D. (1995). El primer año de vida. Criterios modernos sobre el desarrollo emocional. En: La familia y el desarrollo del individuo. (4ª Ed). Buenos Aires. Hormé. (Trabajo original publicado en 1958).

Referencias bibliográficas en internet

- <http://www.apasu.org.uy/>
- <https://www.asse.com.uy>
- <http://www.ine.gub.uy/>
- <https://www.unicef.org/uruguay/>