

**ESTUDIO DEL DISCURSO DE MADRES OYENTES
DE HIJOS SORDOS.
DETECCIÓN DE DIFERENTES MOMENTOS
LUEGO DE HABER SIDO INFORMADAS ACERCA
DEL DIAGNÓSTICO**

***STUDY OF THE DISCOURSE OF HEARING
MOTHERS OF DEAF CHILDREN.
DETECTION OF DIFFERENT MOMENTS AFTER
BEING INFORMED ABOUT THE DIAGNOSIS***

Ruth Kazez¹, Gabriela Melloni², David Maldavsky³

Resumen

En el presente trabajo presentamos el recorrido de una investigación que se ocupa de estudiar el procesamiento en madres oyentes del diagnóstico de sordera de sus hijas sordas. La investigación fue conducida en dos partes. La primera, de carácter exploratorio, estuvo al servicio de delimitar con mayor precisión el tema. Se halló que las madres hacían referencia a tres momentos en el procesamiento de la noticia de la discapacidad de sus hijas. En la segunda etapa, descriptiva, nos propusimos examinar las características de las narraciones acerca del momento posterior al diagnóstico. Para ello recurrimos a un método de estudio de relatos, que analiza en ellos los deseos y las defensas, así como su estado. Los resultados de esta investigación pueden ser útiles para definir con mayor precisión los objetivos terapéuticos correspondientes a cada momento que atraviesan tanto las madres como toda la familia.

Palabras clave: sordera, trauma, madres, momento posterior al diagnóstico.

Abstract

In this paper we present the course of a research focused on the processing by hearing mothers of the diagnoses of deafness in their daughters. The investigation consists of two parts. In the first one, exploratory, the object of our investigation was defined in a more precise way. We found three successive phases in the mothers' processing. In the second part, descriptive, we examined the characteristics of the narrations about

¹ Magister en Problemas y Patologías del Desvalimiento, UCES. Diplôme d'Études Approfondies de Psychanalyse, Universidad Paris 7. Docente de posgrado, UCES, UBA. E-mail: rkazez@yahoo.com.ar.

² Licenciada en Psicología, USAL. Posgrado de especialización en Psicodiagnóstico Rorschach, Asociación Argentina de Psicodiagnóstico Rorschach. Docente de posgrado, UCES. E-mail: gabmelloni@gmail.com.

³ Director del Doctorado en Psicología, del IAEPICIS y de la Maestría en Problemas y Patologías del Desvalimiento, UCES. E-mail: dmaldavsky@gmail.com.

the moment after the diagnosis. We used a method that allows to study the discourse, analyzing wishes and defenses as well as their status. The results of this research can be useful to define more precisely the therapeutic goals for each phase, both for mothers and for the whole family.

Keywords: deafness, trauma, mothers, moment after the diagnosis.

Introducción

La sordera de nacimiento o previa a los dos años de edad, como sostiene Alisedo (1990), es una de las deficiencias más graves a las que se pueda enfrentar un niño, dado que lo lleva a un progresivo aislamiento psicolingüístico. La autora señala como problema central la incomunicación no tanto desde su deficiencia interna sino como producto de una situación social determinada producto de esa deficiencia auditiva.

Es importante tener en cuenta que más del 90% de los niños sordos nacen en familias oyentes que nunca han tenido contacto con personas sordas y que muy tempranamente los padres deben tomar decisiones que tendrán consecuencias duraderas para sus hijos. Decimos tempranamente no sólo porque las toman cuando los niños son pequeños sino también porque esto ocurre en un momento en el cual los padres desconocen la problemática y además no están en condiciones anímicas de dimensionar el impacto que tendrán para ellos, para sus hijos y para la vida familiar en general.

Luego del diagnóstico, los padres se encuentran en un estado de vulnerabilidad extrema. Delaroche (2010) sostiene que en el momento en se pone al descubierto la sordera del niño, la tríada padre-madre-bebé queda aplastada. Desde su experiencia clínica señala que la madre permanece en comunicación con el hijo mientras que el padre queda excluido e incompetente. Virole (1993) al respecto, aporta: *“La educación de un niño sordo exige tal grado de atención que en muchas madres se observa una devoción absoluta que se paga con el lado oscuro de la ambivalencia, la represión de las mociones agresivas. Éstas encuentran sin embargo, en el vínculo casi exclusivo madre-hijo una satisfacción culpabilizante. La exclusión del padre es el corolario inmediato de esta situación”* (p. 17). De allí las madres establecen un vínculo dual con los profesionales, que muchas veces quedan ubicados en un lugar de mucho poder. En palabras de Delaroche (2010): *“Este estado mental particular, pone a los padres en una posición de dependencia infantil o de sumisión, como en un estado hipnótico. Pueden encontrarse “tomados” en un discurso (en el sentido lacaniano) médico en el cual dominan las ideas médicas sobre reparación, rehabilitación, readaptación”* (p. 4). Ambos autores hacen referencia a la misma circunstancia: madres y padres fragilizados, en estado de desvalimiento. Con la alianza parental vulnerabilizada, el lugar de los profesionales adquiere un valor desmedido y su palabra, sobrevalorada.

En los últimos años, el *screening* del recién nacido produjo un cambio importante en el diagnóstico de la sordera. Previo a esta práctica, las madres y los padres recibían el

diagnóstico entre los 12 y los 30 meses de sus hijos y generalmente eran ellos quienes motorizaban las consultas hasta llegar al diagnóstico. Desde el momento en que se iniciaba la sospecha hasta llegar al diagnóstico, los padres realizaban un recorrido que les permitía algún tipo de noticia acerca de la sordera, antes del diagnóstico definitivo por parte de un profesional. El diagnóstico, esos casos particulares, irrumpía en un vínculo madre-hijo que venía desarrollándose. Kurtzer-White y Luterman (2003) denominan a la modalidad de diagnóstico anterior como el “diagnóstico iniciado por los padres” y otro, el actual, como el “diagnóstico iniciado institucionalmente”. Critican el hecho que este último es recibido sin ningún tipo de preparación previa, por lo cual termina resultando una interferencia en el vínculo temprano.

Revisión de la literatura

En el estado del arte encontramos estudios sistemáticos que abordan la discapacidad como temática general, mientras que hay otros más específicos, que se dedican al estudio de las particularidades que adquiere el vínculo entre padres oyentes e hijos sordos o bien de ciertas cualidades en los padres de niños sordos. Dentro de la revisión general, encontramos las investigaciones que toman como unidad de análisis a las madres (Gibson, 1995; Laurvick, 2006; Silburn *et al.*, 2002; Kearney *et al.*, 2011), otras sólo a los padres (Boyras y Sayger, 2011), mientras que otras estudian a ambos padres (Margalit *et al.*, 1992; Veisson, 1999; Yau *et al.*, 1999; Taanila *et al.*, 2001; Kazak, 1987). Entre quienes abordan específicamente la problemática entre padres oyentes e hijos sordos se encuentran Freeman, 2010; Sanford Koester, 1995; Antonopoulou *et al.*, 2012; Cramer-Wolrath, 2012; Ingber *et al.*, 2010; Feher Prout, 1996; Kutzer-White y Luterman, 2003; Hintermair, 2006. En gran medida estas investigaciones se proponen describir las manifestaciones o características de los padres o del vínculo, y salvo el estudio realizado por Drotar *et al.* (1975), no encontramos trabajos que se ocupen de detectar distintos momentos en el procesamiento intrasubjetivo del diagnóstico y tampoco, de un modo más específico, cuáles son los deseos y mecanismos de defensa predominantes.

El momento del diagnóstico

El diagnóstico de sordera suele confrontar a los padres con una situación inesperada, potencialmente traumática, que les genera un fuerte shock. Las madres suelen describir este momento verbalizando: “sentí un baldazo de agua fría”, “sentí que flotaba en el aire”, “estaba a punto de desmayarme”, “empecé a temblar y no podía controlar el temblor”. Todas hacen referencia a sensaciones corporales, no refieren ni pensamientos ni sentimientos en ese momento específico. El trauma psíquico consiste justamente en una situación económica, en donde el componente cuantitativo de la pulsión se impone frente al cualitativo.

Para comprender esta circunstancia y el procesamiento posterior, la teoría freudiana de las neurosis traumáticas puede resultarnos de utilidad. Freud (1920g) plantea que la neurosis traumática promueve una alteración económica del aparato psíquico que retroalimenta una hemorragia interna (Freud, 1950a; Maldavsky, 1995^a). La descripción clínica

de Delaroché (2010), ejemplifica esta circunsancia, cuando se refiere al estado hipnótico en que se encuentran los padres. Él observa que en los padres se desarrollan estados de particular vulnerabilidad, estados crepusculares, en donde la libido se encuentra orientada hacia lo endógeno. Podemos colegir que se trata de estados económicos, en donde en el intento de generar una contrainversión que frene la hemorragia libidinal generada por el trauma, se desinvierte el mundo. De este modo, el sujeto queda expuesto a nuevas intrusiones ya que su aparato psíquico no se encuentra en condiciones de invertir adecuadamente la percepción. Dada esta situación, la realidad no logra adquirir cualidad y se presenta como golpes que llegan sin aviso, con el efecto de intrusiones mecánicas. Esto promueve un círculo en el cual el aumento del dolor promueve más vaciamiento de la energía de reserva que a su vez no permite reconfigurar un universo simbólico. Se genera una situación en donde la subjetividad del traumatizado queda arrasada, dejando una fijación duradera al trauma. Cuando se configura la neurosis traumática, las pulsiones pueden comenzar a procesarse de manera tóxica. Es decir que lo que comienza como una neurosis traumática puede devenir en una neurosis actual o tóxica.

Maldavsky (1995a) a su vez, describe un tipo de neurosis traumática, la neurosis traumática familiar. Ésta puede desencadenarse por ejemplo, al momento de diagnosticarse la sordera del hijo. Se caracteriza por la modificación de la economía libidinal familiar: en la familia que se encuentra en shock, la alteración generada en uno de sus miembros puede producir consecuencias automáticas en el resto de los integrantes del grupo. Nos interesa subrayar la idea de lo automático, ya que se trata de un camino distinto de lo representable, se da más bien por la vía del contagio. En este tipo particular de neurosis traumática, la modificación económica familiar hace que los cuerpos no se encuentren cerrados, de modo tal que una afección en uno de los miembros del grupo puede volverse una fuente estimulante para los otros integrantes. En estos casos se pone en evidencia la existencia de una unidad química entre distintos somas, que se manifiesta en una comunidad orgánica y pulsional. Desde esta perspectiva, el otro no es concebido como alguien diferenciado sino desde la lógica “carne de mi carne”. De ahí que los intercambios simbólicos tengan poco valor, ya que lo que prima es un tipo de registro arcaico, orgánico del otro (el brillo de sus ojos, el modo en que respira) que comunica más que lo que transmite a través de palabras.

Las transformaciones antedichas (Maldavsky 1995a) pueden traer para los padres consecuencias tales como la modificación de proyectos vitales, reordenamientos de los conflictos previos a la aparición de la situación del hijo o bien modificaciones en el carácter.

Presentación de la investigación

Desarrollamos una investigación que contó con dos fases, una exploratoria y otra descriptiva. La fase exploratoria estuvo al servicio de configurar y delimitar la muestra que en la segunda fase caracterizamos. Se trató de un estudio no experimental, transversal, exploratorio-descriptivo. Los avances del mismo fueron presentados en distintas oportunidades (Kazez, Melloni, Maldavsky, 2013, 2012^a, 2012b, 2010, 2009^a, 2009b).

A lo largo del presente trabajo expondremos las dos fases de la investigación y finalmente a modo de ejemplo, mostraremos una parte del análisis descriptivo de dos de los casos estudiados.

Se trata de un estudio de caso de tipo instrumental (Stake, 1995). Lijphart (1971) sostiene que los estudios de caso pueden realizar un aporte para establecer proposiciones generales a los fines de construir teoría, entre ellos los generadores de hipótesis, como entendemos al presente estudio. Este tipo de investigación comienza con una conjetura e intenta formular algunos supuestos que podrán ser testeados a lo largo de un número más amplio de casos. Desde la clasificación propuesta por Flyvberg (2006), se trataría de un estudio de caso paradigmático, ya que funciona como punto de referencia, como un elemento para el desarrollo de futuras hipótesis.

Fase exploratoria

En la primera parte del estudio trabajamos a partir de entrevistas a madres oyentes de dos adolescentes sordas. Estas entrevistas fueron grabadas y transcritas textualmente para analizar sus relatos aplicando el Algoritmo David Liberman.

El objetivo general consistió en explorar las narraciones que estas madres hacían acerca del momento en que recibieron el diagnóstico de sordera en sus hijas.

Como objetivos específicos nos propusimos explorar las particularidades en el procesamiento psíquico de las madres sobre el diagnóstico de sordera de sus hijas, establecer si hay regularidades en los casos explorados y caracterizar dichas regularidades, si existieran.

En esta fase realizamos un estudio de caso múltiple (Yin, 2003) que analizó las narraciones de dos madres acerca de su experiencia al enfrentarse al momento del diagnóstico de sus hijas. Cabe destacar que en la muestra que tomamos, no se realizaba *screening* en el momento del nacimiento tal como se efectúa actualmente. Esto hace que estas madres enfrentaran el diagnóstico profesional con un diagnóstico intuitivo, casero, que las había llevado a consultar.

En función del material analizado, definimos con mayor especificidad tres momentos cualitativamente diferentes en el discurso de las madres: un momento previo al diagnóstico en el que la madre comienza a sospechar algo indefinido que le ocurre a su hija. En este momento, para esta madre su hija aún es oyente. Esto generalmente la lleva a comenzar un recorrido que incluye varias consultas profesionales. El momento del diagnóstico es aquel en el que la madre lo recibe por parte de un profesional a quien ella considera idóneo. En este momento suelen referirse a un estado donde, como expresamos previamente, no verbalizan afectos sino más bien sensaciones corporales. En el momento posterior al diagnóstico las madres narran sus recorridos en el

procesamiento del diagnóstico de sordera. Describen haber atravesado circunstancias cualitativamente diferentes, posteriores a ese momento de shock.

Maldavsky (1999) plantea una grilla tomando las propuestas de Greimas (1966, 1970) para analizar la estructura de las narraciones, teniendo en cuenta dos estados, uno inicial y otro final y tres transformaciones intermedias. El momento inicial corresponde a un estado de equilibrio natural que luego se continúa con un momento en donde el equilibrio se quiebra y surge el deseo. En la segunda transformación, el deseo intenta consumarse mientras que en la tercera transformación se ponen en evidencia las consecuencias de ese intento. Todo culmina con un estado estado final en donde se da un desenlace que puede ser eufórico o disfórico. Esta grilla forma parte del Algoritmo David Liberman (ADL) y parte de la base de que el deseo, como representante de la pulsión, se formatea en el relato como escenas narradas, actuadas o desplegadas al hablar en el vínculo con el terapeuta (Maldavsky, 1999, 2003, 2007, 2013; Kazez, 2003). El ADL estudia también las defensas y su estado, exitoso o fracasado. La escena permite detectar permite detectar los deseos centrales y complementarios mientras que la posición del hablante en la escena analizada, permite detectar la defensa.

Tomamos como base la mencionada grilla para el análisis de relatos y logramos identificar que entre el momento previo y el momento posterior al diagnóstico, las madres describen dos secuencias narrativas, que se dan una a continuación de la otra. Las formulamos de la siguiente manera:

Cuadro I – Primera secuencia narrativa

Estado inicial	La hija no tiene ningún problema.
Primera transformación, despertar del deseo	La madre/ los padres comienza/n a tener sus primeras sospechas difusas, “algo no anda bien”.
Segunda transformación, tentativa de consumir el deseo	Se realizan consultas con médicos, estudios especializados.
Tercera transformación, consecuencias de la tentativa de consumir el deseo	Recibe el diagnóstico de sordera.
Estado final	Comprueba que su hija es sorda. Estado de shock.

Fuente: Elaboración propia

Cuadro II – Segunda secuencia narrativa

Estado inicial	Comprueba que su hija es sorda. Estado de shock. Referencia a estados corporales. Predomina la angustia automática.
Primera transformación, despertar del deseo	Desorganización. Predominan el abatimiento y la parálisis.
Segunda transformación, tentativa de consumir el deseo	Primeras estrategias de reorganización. Intentos de salir de la pasividad. Suele haber alguien, un médico, un religioso, un familiar, en la posición de modelo que contribuye al logro de dicha salida.
Tercera transformación, consecuencias de la tentativa de consumir el deseo	Reorganización global. Se alcanza el despliegue de una posición activa.
Estado final	Logro de cierta estabilidad

Fuente: Elaboración propia

Se trata de momentos que no respetan una cronología, más bien se trata de momentos lógicos. Drotar *et al.* (1975) describen una evolución en los padres al momento de recibir el diagnóstico de discapacidad de su hijo, semejante a la que nosotros observamos empíricamente:

1. Shock psicológico: se trata de un momento en donde predomina la angustia y trastornos, en el que puede aparecer un fuerte deseo de huida.
2. Desmentida: los padres dudan lo que se les ha anunciado; suponen que existe un error y que no se trata de su bebé.
3. Cólera, ansiedad y tristeza: Los padres pueden sentirse culpables y responsables de la malformación y la relacionan algún comportamiento que hayan tenido durante el embarazo. Pueden surgir un profundo sentimiento de injusticia y experimentar un dolor profundo, que no cesa.
4. Adaptación: las reacciones de tristeza, furia y angustia disminuyen, aunque sin desaparecer. Los padres tienen mucha más confianza en su capacidad para ocuparse de su hijo tal como es. Este equilibrio nunca se alcanza por completo.

5. Reorganización: Los padres reorganizan su vida familiar y de pareja de manera duradera en función de las necesidades del hijo.

Tanto en el caso de la primera secuencia narrativa como en la segunda, los relatos no sólo se refieren a sí mismas sino también al vínculo con sus hijas y sus parejas. Pudimos observar que el derrotero del procesamiento es distinto para cada uno de los vínculos.

En la secuencia de la investigación, podemos decir que la parte exploratoria fue de utilidad para seleccionar la muestra, mientras que la segunda, enfocada en el momento posterior al diagnóstico, se ocupó de describir las particularidades del procesamiento del trauma. Para ello, nos planteamos ampliar el estudio con nuevos casos, estudiando a través del ADL los deseos y las defensas así como su estado, con el objeto de detectar para cada uno de los tres momentos identificados (desorganización, intentos de reorganización, reorganización global) cuáles son las defensas implementadas en relación con sus hijas y con sus parejas.

Fase descriptiva

En esta segunda parte de nuestra investigación, el objetivo general consistió en describir las narraciones acerca del momento posterior al diagnóstico de sordera de sus hijas en madres oyentes.

Como objetivos específicos nos planteamos determinar los deseos en juego en cada momento, determinar los mecanismos defensivos y su éxito o fracaso en cada uno de los momentos y explorar las relaciones en el interjuego entre deseos y defensas en los diferentes momentos.

Llevamos adelante un estudio instrumental en el que analizamos las narraciones de ocho madres acerca de su experiencia durante el momento posterior al diagnóstico de sordera de sus hijas. Aquí también trabajamos con la transcripción de la grabación de una entrevista semidirigida efectuada a cada madre. Para el análisis de los relatos aplicamos el ADL (Algoritmo David Liberman). El procedimiento consistió en detectar los deseos y defensas, y su estado, en cada uno de los tres momentos y en cada una de las madres y comparar la totalidad de los resultados obtenidos.

A continuación presentamos dos cuadros que resumen los deseos y defensas no patógenas y patógenas, estudiadas a través del ADL.

Cuadro III – Deseos y defensas no patógenas

Deseos	Defensas	Estado
Libido intrasomática	Acorde a fines	Exitosa
Oral primario	Creatividad	Fracasada
Oral secundario	Sublimación	Exitosa/Fracasada
Anal primario	Inhibición	
Anal secundario		
Fálico uretral		
Fálico genital		

Fuente: Maldavsky (2013)

Cuadro IV – Deseos y defensas patógenas

Deseos	Defensas	Estado
Libido intrasomática	Desestimación del afecto	Exitoso
Oral primario	Desmentida	Fracasado
Oral secundario	Desestimación de la realidad y/o del ideal	Exitoso/Fracasado
Anal primario		
Anal secundario	Represión + Rasgos caracterológicos	
Fálico uretral	Represión	
Fálico genital		

Fuente: Maldavsky (2013)

Como resultado del análisis de los ocho casos podemos observar que cuando el deseo dominante es intrasomático o bien se dan manifestaciones somáticas, el trauma se pone de manifiesto bajo la forma de una pérdida de energía constante. En los casos en que el deseo central es oral primario, la madre busca la revelación de un ser superior o también recurre a teorías científicas. Cuando el deseo central es oral secundario, las madres tratan de alcanzar una armonía emocional. En los casos en donde predomina el deseo fálico genital, el procesamiento del trauma se da a través del logro de una armonía global con una pareja estable y la idea de que la hija se integra socialmente de manera exitosa.

Se puede observar que las defensas no patógenas son utilizadas de forma operativa con las hijas en la mayoría de los casos, en el segundo y en el tercer tiempo. Frente a la conmoción generada por el diagnóstico, sólo la mitad de las madres logra hacer uso de

las defensas no patógenas en el primer momento. Sin embargo las defensas patógenas se utilizan de manera complementaria en la mayoría de los casos, respecto de las hijas.

Podemos observar que el procesamiento del diagnóstico respecto de las parejas tiene una resolución más compleja: encontramos tres resultados diferentes. Como datos contextuales, tuvimos en cuenta que de la totalidad de las parejas, la mitad se divorció y las madres volvieron a formar parejas. Del conjunto que permanecieron casados, la mitad de los padres enfermó gravemente o murió. Esto ocurrió en aquellos casos en donde predominaron las defensas patógenas en el tercer tiempo (Cristina y Mónica). Algunas madres que hicieron uso de defensas acorde a fines en el segundo y tercer momento se divorciaron y pudieron formar nuevas parejas (Amelia, Carla y Amira). Aquellas madres que pudieron afrontar la ambivalencia respecto de sus parejas en los dos primeros momentos, pudieron mantener sus matrimonios (Eliana, Azucena y Susana). Pareciera que no desestimar el afecto en el primer momento puede conducir a un procesamiento más complejo y funcional en los siguientes momentos, lo cual puede verse reflejado en el logro de un mejor vínculo con sus hijos, el fortalecimiento del matrimonio o bien la formación de una nueva pareja.

Observamos que cuando las defensas son más regresivas, existe una mayor dificultad para hacer frente al trauma del diagnóstico de la discapacidad en la hija y a la relación insatisfactoria con sus maridos. Estos hechos pueden dar lugar a síntomas somáticos o una percepción del mundo como especulador o mentiroso.

Cuadro V – Deseos dominantes y complementarios

	Cristina	Eliana	Mónica	Amelia	Carla	Amira	Azucena	Susana
Deseo central	O1	O2	LI	LI	FG	FG	O2	O1
Deseos complementarios	LI O2 A2	FG LI	O1 A2	A1 A2 FG	LI O1 O2 A2	O2 A2 FU	LI O1 FG	LI O2 A2 FU FG

Fuente: Elaboración propia

Dos casos a modo de ejemplo

A los fines de ejemplificar el trabajo descriptivo, confeccionamos los cuadros VI y VII, con dos de las madres estudiadas, a quienes llamamos Mónica y Cristina.

Cuadro VI- Deseos y defensas en los relatos de los tres momentos (Mónica y Cristina)

	Mónica		Cristina	
	Relatos	Deseos y Defensas	Relatos	Deseos y Defensas
Estado inicial	Recibe el diagnóstico de sordera			
Primer momento: Desorganización	Hija: 1. Comprueba que su sospecha es cierta 2. Decide llorar en otro momento 3. Se propone ser productiva para su hija	LI+A2 Desestimación del afecto E	Hija: 1. Comprueba que su sospecha es cierta 2. Durante dos meses lloraba y comía mientras miraba a su hija.	O2+LI Acorde a fines F + Desestimación del afecto F
	Marido: 1. Su marido des Cree del diagnóstico 2. Ella enfurece y deja de hablarle	A1 Desmentida F	Marido: 1. Su marido la acompaña 2. Ella no puede ser consolada por nadie.	O2 Desmentida F
Segundo momento: Primeras estrategias de reorganización	Hija: 1. Ella pensaba que en el mundo había lugar para todos 2. Descubre que eso es mentira	O1 Desmentida F	Hija: 1. Empieza a informarse 2. La información que recibe es contradictoria 3. Pide ayuda a Dios para decidir rápidamente y sin errores	O1 Desmentida E
	Marido: 1. Su marido fallece 2. Ella y su hija se quedan solas 3. Ella siente mayor responsabilidad por su hija	A2 Acorde a fines E/F	Marido: 1. Su marido enferma gravemente 2. Ella comprende que él no pueda trabajar	A2 Acorde a fines E

	Mónica		Cristina	
	Relatos	Deseos y Defensas	Relatos	Deseos y Defensas
Estado inicial	Recibe el diagnóstico de sordera			
Tercer momento: reorganización global	1. Su hija tiene necesidades urgentes	LI Desestimación del afecto E	1. Recibe un flash de confirmación divina	O1 Desmentida E
	2. Posterga todo lo demás		2. El flash le indica qué debe hacer	
	3. Empieza a trabajar el triple		3. Logra estar más tranquila	
			1. Su marido no trabaja	O2 Desmentida E/F
			2. Para ella era un damo de compañía	
Estado final	Logra cierta estabilidad			

Fuente: Elaboración propia

En el primer momento, de desorganización, nos encontramos con dos procesamientos y desenlaces de lo más diversos. Mónica toma la decisión de llorar en otro momento y se propone ser productiva, mientras que Cristina al comprobar que su sospecha era cierta, sólo lloraba y comía mientras miraba a su hija. Una primera duda fue qué entendíamos por defensa acorde a fines y qué por defensa patógena en esta circunstancia. Maldavsky (2007) ofrece una secuencia de pasos para investigar cuál es la defensa central. Luego de detectar el lenguaje dominante, debemos detectar si en la posición del hablante en la escena armonizan deseo y contexto. En el caso de Mónica, cuando “decide llorar en otro momento” entra en conflicto con un afecto, al que no le hace lugar, lo posterga. La decisión de ser productiva (LI) para su hija se encadena a partir de allí, queda abolido el yo sujeto del afecto. La posición del hablante es eufórica, motivo por el cual la defensa resulta exitosa. Colegimos que se trata de una defensa patógena, la desestimación del afecto, que en su versión exitosa decanta en una posición eufórica del hablante. En relación con su marido, la defensa también es patógena, la desmentida, ya que él desconoce la realidad y ella se enfrenta al conflicto que su marido tiene con la realidad, lo cual desencadena en ella impotencia y un resentimiento duraderos (A1).

Cristina, quien llora y come mientras mira a su hija, parece estar en una posición de mayor armonía entre deseo y contexto. La defensa es acorde a fines ya que no plantea conflicto ni con la realidad, ni con el superyó ni con los deseos y su estado es fracasado ya que el afecto que la acompaña es disfórico. Sin embargo, en el comer sin límite hay un recurso a la alteración interna. Por este motivo, como defensa complementaria ubicamos la desestimación del afecto, siendo correlato del deseo LI. En relación con su marido, no admite ser consolada. La inunda la sensación de paraíso perdido (O2).

En relación con el segundo momento, los primeros intentos de reorganización, las madres también poseen recursos diversos. En el caso de Mónica, afirma que no hay lugar para todos en el mundo. Esto contradice su creencia anterior, donde ella consideraba que sí lo había. Mónica ha vivido en un mundo mentiroso hasta este momento, en que por fin logra acceder a esta certeza (O1). Esto refleja la vigencia de la desmentida fracasada, su lucidez hace que acceda a una verdad que la desampara. En relación con su marido, con quien estaba en conflicto, él enferma y fallece por lo que ella y su hija se quedan solas. Como consecuencia siente mayor responsabilidad por su hija. Esto refleja la vigencia del deseo A2 junto con una defensa acorde a fines exitoso-fracasada.

En cuanto a Cristina, entra en crisis al recibir información contradictoria, por lo cual recurre a Dios para que le envíe alguna señal (O1). El recurso al ideal religioso en Cristina se opone a lo que ocurre con Mónica, descreo y se decepciona de lo que toda la vida creyó, que en el mundo había lugar para todos, mientras que Cristina tiene la certeza de que sus oraciones serán escuchadas. La defensa es la desmentida exitosa. En relación con su marido, en este momento se enferma gravemente y ella comprende que no pueda trabajar. Esto da cuenta de la vigencia de la defensa acorde a fines exitosa dado que ella logra comprender una situación concreta.

El tercer momento corresponde a la reorganización global. Mónica reconoce que su hija tiene necesidades urgentes y nuevamente recurre a la sobreadaptación (LI) que incluye la desestimación del afecto como defensa exitosa, y que la lleva a continuar priorizando la sobreexigencia por sobre el sentir.

En el caso de Cristina, recibe la confirmación divina (O1) y eso le permite decidir y estar más tranquila, poniendo de manifiesto la vigencia de la desmentida exitosa como defensa. Mientras que en relación con su marido, el desenlace es distinto, ya que sigue siendo quien la acompaña, pero convertido en un “damo”, lo cual habla de la vigencia de la desmentida exitosa fracasada como defensa.

A partir de lo ya expuesto, podemos resumir los deseos y las fijaciones centrales y complementarias en el siguiente cuadro:

Cuadro VII- Deseos y defensas centrales y complementarios (Mónica y Cristina)

Deseos y defensas	Mónica	Cristina
Defensa central	Desestimación del afecto (E)	Desmentida (E)
Defensas complementarias	Desmentida (F)	Desestimación del afecto (F) Desmentida (F) Acorde a fines (F)
Deseo central	LI	O1
Deseos complementarios	O1 A2	LI O2 A2

Fuente: Elaboración propia

Comentarios finales y aperturas

En la primera parte de nuestro estudio hallamos que en el discurso de las madres se podían detectar tres momentos en relación al diagnóstico de sordera de las hijas: un momento previo, el del diagnóstico propiamente dicho y un momento posterior a la recepción del diagnóstico.

La última instancia, referida al procesamiento psíquico del trauma del diagnóstico de discapacidad, también puede dividirse en tres momentos y la descripción de cada uno de ellos fue el objetivo de nuestro segundo análisis:

- i. Momento de shock
- ii. Primeras estrategias de reorganización
- iii. Reorganización global

En cada uno de estos momentos, cada madre recurre a deseos y defensas específicas, según se trate del vínculo con los maridos, donde predominan las defensas patógenas, o con sus hijas, donde recurren a defensas acordes a fines, que pueden combinarse con otras defensas. Tengamos en cuenta que estos resultados empíricos coinciden con los datos clínicos descriptos por Virole (1993), Delaroche (2010), y por nosotros mismos (Kazez, 1998b, 1999).

Tanto en Mónica como en Cristina, las madres cuyo análisis mostramos, observamos la presencia del deseo intrasomático. En el caso de Mónica es el dominante, con el

consiguiente uso de la desestimación del afecto y la desmentida como mecanismos defensivos. Ambos se refieren a problemas ligados al desvalimiento y permiten inferir que, a lo largo del tiempo, la combinación de estos mecanismos sumado a la pregnancia del deseo intrasomático, implican un riesgo de deterioro orgánico. En el caso de Cristina, se combinan otros deseos, oral primario y secundario y anal secundario, hecho que indica una mayor riqueza de recursos anímicos que podrían no derivar en un compromiso somático.

Entendemos que los resultados de esta investigación pueden ser de utilidad para repensar los objetivos terapéuticos correspondientes a cada momento que atraviesan tanto las madres como toda la familia, teniendo en cuenta las grandes diferencias que se establecen en cuanto a lo vincular respecto de sus hijas y de sus parejas.

La evidencia clínica que se relaciona con el hecho que los padres se encuentran generalmente excluidos de un vínculo extremadamente cercano entre las madres y sus hijos, sumada a los datos contextuales de la investigación (la mitad de las parejas se separó) y a la preeminencia de las defensas patógenas respecto de las parejas nos hizo preguntarnos qué ocurrirá al estudiar la correlación de deseos y defensas presentes en el discurso de madres y padres, de modo tal de estudiar qué ocurre en cuanto a los mecanismos de defensa en estas parejas, a nivel vincular. Este es el estudio que nos encontramos desarrollando en la actualidad, que ofrece resultados promisorios.

Bibliografía

Alisedo, G. (1990) “La comunidad sorda y la Lengua de Señas”, *El Cisne*, 5, Buenos Aires.

Antonopoulou, K. *et al.* (2012) Parenting Styles of Mothers with Deaf or Hard-of-Hearing Children and Hearing Siblings, *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 17, 3, 306-318.

Benedetti, M. L. (1996) *Sordo -¿mudos? Un mundo a conocer*, Buenos Aires: Tekné.

Beresford, B. *et al.* (2007). Outcomes for Parents with Disabled Children, *Research Works*, 3, 1-4.

Boyraz, G., y Sayger, T. (2011) “Psychological Well-Being Among Fathers of Children With and Without Disabilities: The Role of Family Cohesion, Adaptability and Paternal Self-Efficacy”, *American Journal of Men’s Health*, 5, 4, 286-296.

Cantis, J. (1993) “El discapacitado y su familia. Aportes teórico-clínicos”, *Revista Actualidad Psicológica*, 197.

Cramer-Wolrath, E. (2012) "Attention Interchanges at Story-Time: A Case Study from a Deaf and Hearing Twin Pair Acquiring Swedish Sign Language in Their Deaf Family", *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 17, 2, 141-162.

Delaroche, J. M. (2010) "Quels tiers pour l'enfant sourd et sa famille?", comunicación en la 10ª Journée d'Etudes de l'Association Ramses «Souffrance psychique de l'enfant sourd - Paroles de Parents, de Sourds et de Professionnels», del 16 de octubre de 2010, Paris.

Drotar, D. *et al.* (1975) "The Adaptation of Parents to the Birth of an Infant With a Congenital Malformation: A Hypothetical Model", *Pediatrics*, 56, 5, 710 -717.

Feher-Prout, T. (1996) Stress and Coping in Families with Deaf Children, *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 1, 3, 155-166.

Flyvbjerg, B. (2006) "Five Misunderstandings about Case Study Research", *Qualitative Inquiry*, 12, 2, California: Sage.

Freeman, K. (2010) "The Child Who Is Deaf and Hearing Parents", en *Exceptional Parent*, 40, 5, 28-29.

Freud, S. (1916d) "Algunos tipos de carácter dilucidados por el trabajo psicoanalítico", A.E., 14.

_____ (1920g) *Más allá del principio de placer*, A. E., 18.

_____ (1926d [1925]) *Inhibición, síntoma y angustia*, A. E., 20.

_____ (1950a) *Los orígenes del psicoanálisis*, A. E., 1.

Gibson, C. (1995) The process of Empowerment in Mothers of Chronically Ill Children. *Journal of Advanced Nursing*, 21, 1201-1210.

Greimas, A. (1966) *Semántica estructural*, Madrid, Gredos, 1971.

_____ (1970) *En torno al sentido*, Madrid, Fragua, 1973.

Hintermair, M. (2006) Parental Resources, Parental Stress and Socioemotional Development of Deaf and Hard of Hearing Children *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 11, 4, 493 – 513.

Ingber, S. *et al.* (2010) “Mothers’ Involvement in Early Intervention for Children With Hearing Loss. The Role of Maternal Characteristics and Context-Based Perceptions”, *Journal of Early Intervention*, 32, 5, 351-369.

Kazak, A. (1987) “Families with Disabled Children: Stress and Social Networks in Three Samples”, *Journal of Abnormal Child Psychology*, 15, 1, 137-146.

Kazez, R. (1998a) “La intervención del psicólogo en el ámbito de la discapacidad. Problemas específicos”, en Revista *Actualidad Psicológica*, 256, Buenos Aires.

_____ (1998b) “El fracaso escolar en niños sordos. Una aproximación desde el psicoanálisis”, en *Revista de la Maestría en Problemas y Patologías del Desvalimiento*, 1, Buenos Aires.

_____ (1999) “Reflexiones acerca de la importancia de la lengua de señas para el niño sordo y su familia”, en Revista *Desde Adentro*, 2, La Plata.

_____ (2003) “El Algoritmo David Liberman como método aplicable a la investigación en psicoanálisis”, en Revista *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 3, UCES, Buenos Aires.

_____ (2009) “Los estudios de caso y el problema de la selección de la muestra. Aportes del Sistema de Matrices de Datos”, en Revista *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 13, UCES, Buenos Aires.

Kazez, R., Melloni, G., Maldavsky, D. (2009a) “Study of the discourse of two mothers of deaf female adolescents. Comparative analysis of the moment after being informed about the diagnosis”. Presentación de póster en el *40° International Meeting de la Society for Psychotherapy Research*, Santiago, Chile. Actas.

_____ (2009b) “Estudio del discurso de dos madres de prepúberes sordas”. Presentación de póster en el *I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XVI Jornadas de Investigación, V Encuentro de Investigadores en Psicología MERCOSUR*. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Actas.

_____ (2010) “Extension of the study of the discourse of mothers of deaf female adolescents. Comparative analysis of drives and defenses at the moment of the diagnosis”. Presentación de póster en el *41° International Meeting de la Society for Psychotherapy Research*, Asilomar, California, Estados Unidos, Actas.

_____ (2012) “Estudio comparativo del discurso de madres oyentes de hijos sordos. Detección de diferentes momentos después de haber recibido el diagnóstico”, Disertación en el Panel “La psicoterapia como punto de partida para la investigación: familia, madres y alianza terapéutica” en el *10° Congreso de Investigación en Psicoterapia del Capítulo Latino Americano de la Society for Psychotherapy Research*, Buenos Aires, Argentina, Actas.

_____ (2012) “Comparative study of the discourse of hearing mothers of deaf children. Detection of different moments after the diagnosis which lead to different therapeutic strategies” Presentación de póster en el *41° International Meeting de la Society for Psychotherapy Research*, Virginia Beach, California, Estados Unidos, Actas.

_____ (2013) “Contribution to decision making regarding therapeutic strategies. Comparative analysis of the discourse of hearing mothers of deaf adolescents” Presentación de póster en el *42° International Meeting de la Society for Psychotherapy Research*, Brisbane, Australia, Actas.

Kearney, J. *et al.* (2011) “Mothers’ Resolution of Their Young Children’s Psychiatric Diagnoses: Association with Child, Parent and Relationship Characteristics”, *Child Psychiatry and Human Development*, 42, 3, 334-348.

Kurtzer-White, E., Luterman, D. (2003) Families and Children With Hearing Loss: Grief and Coping. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 9, 4, 232-235.

Laurvick, C. *et al.* (2006). “Physical and Mental Health of Mothers Caring for a Child With Rett Syndrome”, *Pediatrics*, 118, 1152-1164.

Lijphart, A. (1971) “Comparative Politics and the Comparative Method”, *The American Political Science Review*, 65, 3, Washington DC: American Political Science Association.

Maldavsky, D. (1995a) *Pesadillas en vigilia*, Buenos Aires: Amorrortu Editores.

_____ (1999) *Lenguaje, pulsiones, defensas*, Buenos Aires: Nueva Visión.

_____ (2003) *La investigación psicoanalítica del lenguaje: Algoritmo David Liberman*, Buenos Aires: Lugar.

_____ (2013) *ADL Algoritmo David Liberman. Un instrumento para la evaluación de los deseos y defensas en el discurso*, Buenos Aires: Paidós.

Maldavsky, D. *et al.* (2007) *La intersubjetividad en la clínica psicoanalítica. Investigación sistemática con el algoritmo David Liberman (ADL)*, Buenos Aires: Lugar.

Margalit, M. *et al.* (1992) “Coping and Coherence Among Parents With Disabled Children”, *Journal of Clinical Child Psychology*, 21, 3, 202-209.

Meadow, K. *et al.* (1981) “Interactions of Deaf Mothers and Deaf Preschool Children: Comparisons with Three Other Groups of Deaf and Hearing Dyads”, *American Annals of the Deaf*, 126, 4, 454-68.

Ravettino Destefanis, A. (2013) *Comunicaciones personales*.

Sanford Koester, L. (1995) “Face-to-face interactions between hearing mothers and their deaf or hearing infants”, *Infant Behavior and Development*, 18, 2, 145–153.

Stake, R. (1995) *The art of Case Study Research*, California: Sage.

Taanila, A., Syrjäälä, L., Kokkonen, J., & M.-R., J. (2001) “Coping of Parents with Physically and/or Intellectually Disabled Children”, *Child: Care, Health & Development*, 28, 1, 73-86.

Veisson, M. (1999) “Depression Symptoms and Emotional States in Parents of Disabled and Non-Disabled Children”, *Social Behavior and Personality*, 27, 1, 87-98.

Virole B. (1993) “Psychanalyse et surdit ”, *Psychanalystes*, Revue du Coll ge de psychanalystes, 46-47.

Yau, M., y Li-Tsang, C. (1999) “Adjustment and Adaptation in Parents of Children with Developmental Disability in Two-Parent families: A Review of the Characteristics and Attributes”, *British Journal of developmental Disabilities*, 45-1, 88, 38-51.

Yin, R. (2003), *Applications of Case Study Research*, California, Sage.

Fecha de recepci3n: 23/02/14

Fecha de aceptaci3n: 30/03/14