



Universidad Nacional de Rosario

Facultad de Psicología

Trabajo Integrador Final:

La discapacidad antecede al sujeto

Autora:

Kerner, Estefanía

Legajo: K- 5005/9

Docente responsable:

Ps. Fernandez Miranda, Jaime

Año: 2017

Agradecimientos

Les agradezco a mis familiares y amigos por haberme acompañado a transitar este camino.

Índice

Resumen.....	3
Palabras claves.....	3
Comenzando a escribir.....	4
De dónde viene el sujeto.....	4
Subversión del orden biológico.....	6
Eterno presente	8
La discapacidad antecede al sujeto.....	9
Una rata en el laberinto.....	10
La normalidad.....	13
Horizontes.....	16
Bibliografía.....	18

Resumen

Este ensayo parte de la idea de que el lenguaje antecede al sujeto en su constitución para acercar al lector hacia la problemática de la discapacidad. Que el sujeto se constituye simbólicamente como determinado en el campo del Otro conduce a interrogarnos si el saber sobre la discapacidad es anterior al sujeto y determinante en su constitución, así como qué implicancias tiene el hecho de ser nombrado desde el *discurso de la discapacidad*.

Se establece una postura crítica sobre aquellos saberes y técnicas que tratan la discapacidad poniendo su foco en aquello que no funciona en lo orgánico, cuestionando que lo biológico sea lo central para abordar estos sujetos. Métodos que llevan a la adaptación y normalización.

Desde una postura psicoanalítica se propone dar cuenta de cómo operan estos tecnicismos allí donde las funciones parentales entran en crisis al nacer un niño con déficit orgánico. Este ensayo apuesta por la existencia de un sujeto allí donde hay un diagnóstico que lo ha borrado y ahí donde hay un *deficitario* que debe ser ajustado a la normalidad.

Palabras claves

Constitución subjetiva - Lenguaje- Discapacidad

Comenzando a escribir

Las historias se buscan, precisamente, buceando bajo el agua.
Gianni Rodari

El siguiente ensayo acerca al lector hacia la problemática de la discapacidad, teniendo en cuenta que el sujeto se constituye simbólicamente como determinado en el campo del Otro. Al tratar esta temática, es imprescindible dar cuenta de cómo se van imprimiendo en la materialidad de lo orgánico aquellos significantes que surgen del deseo de los padres. Abre esto a la interrogación, porque si el lenguaje antecede al sujeto, ¿es el saber sobre la discapacidad anterior al sujeto y determinante en su constitución? ¿Qué lugar ocupa la discapacidad en el deseo de los padres?, ¿cómo se estructura como sujeto un niño marcado en lo real por la discapacidad? ¿Influye en su constitución el hecho de ser nombrado desde el *discurso de la discapacidad*?

Establecer una postura crítica sobre aquellos saberes que tratan la discapacidad poniendo su foco en aquello que no funciona, en eso que desde lo orgánico se lee como roto y desviado, permite interrogar si es la discapacidad una enfermedad. ¿Es lo biológico lo único puesto en juego en estos casos?

La llegada de un niño con déficit implica una crisis en el ideal de los padres que se encontraban a la espera de un hijo que cumpla con sus expectativas. Muchas técnicas operan justamente allí donde se abre esta brecha cicatrizándola. ¿Qué lugar ocupa la discapacidad en el deseo de los padres? ¿Qué implica que existan teorías que recubran con saber ese vacío insaciable?

Es fundamental cuestionarse esto porque esta problemática se presenta en el campo clínico y lleva a numerosas intervenciones que poco tienen que ver con el sujeto con discapacidad. Técnicas y métodos que los distintos profesionales ponen en juego, abordan lo orgánico y desorganizado, ¿para qué la rehabilitación y adaptación?

¿En qué incumbe al psicoanálisis el trabajo en el campo de la discapacidad? Este ensayo apuesta por la existencia de un sujeto allí donde hay un diagnóstico que lo ha borrado y ahí donde hay un *deficitario* que debe ser ajustado a la normalidad.

¿De dónde viene el sujeto?

Se sabe que de todas las especies vivientes, el bebé humano es el que más demora en lograr su autonomía. Como no cuenta con los recursos biológicos indispensables para satisfacer sus necesidades, cuando nace un individuo de la especie humana, queda completamente expuesto a ellas. Por eso Jerusalinsky (1988), lo denomina *deficiente instintivo*. En cambio, podríamos decir que el animal *sabe* cuál es el objeto y la acción que tienden hacia la satisfacción de su necesidad. Lo sabe, los conoce porque están escritos en su genética de modo hereditario. Es decir que la contingencia es poca, más bien no hay demasiada variabilidad en lo que respecta a comportamientos animales y su supervivencia.

Diferente es el caso del ser humano porque sólo podemos guiarnos por la incertidumbre y el desconocimiento ya que las cosas están de entrada indefinidas. De hecho no hay ningún objeto que pueda asociarse a priori a alguna necesidad. Para explicarlo con algún ejemplo, en el caso del hombre, no hay complementariedad con el objeto sexual, y en cambio el animal posee ciclos reproductivos que le indican con qué especie reproducirse y en qué momento. Por ello, como no hay algo preestablecido, el papel del semejante cobra mucha relevancia. Este autor afirma que “el objeto humano lo constituye el Otro” (Jerusalinsky, 1988: 26).

Al respecto, Lacan (2004a) sostiene que cuando un niño viene al mundo ingresa en un ordenamiento simbólico que lo preexiste, nace en un mundo de significaciones. Por eso decimos que el lenguaje antecede al sujeto. Es en el tesoro de significantes donde tiene que situarse, que espera ya al sujeto, que en este nivel mítico todavía no

existe. Sólo existirá a partir del significante, que le es anterior y que con respecto a él es constituyente.

Que el lenguaje antecede al sujeto quiere decir que desde que es concebido el niño es hablado por sus padres. Incluso se puede ir más allá y decir que se habla de este niño antes de su gestación, en el deseo de esos padres, en sus expectativas y temores. Por ello cuando un bebé llega al mundo, ya el lenguaje aguarda su advenimiento.

De esta operatoria simbólica de constitución del sujeto en el campo del Otro queda un resto, que como resto no es más que un vacío operando a nivel de la causa. Se entiende así a la causa del deseo como un vacío y por ello, para leer dicha determinación, hay que dar cuenta del excedente que queda de esta relación. Por eso, en el nacimiento del sujeto hay que ubicar la existencia de un espacio posibilitado por la falta que permite que haya deseo por ese niño.

Es decir que es gracias a esta insuficiencia con la que el bebé humano nace, la que permite encontrar una incógnita que otorgue un terreno a la dimensión psíquica. El papel del semejante, a diferencia de las otras especies, cobra un papel de suma importancia, Jerusalinsky (1988) afirma que se debe a que el Otro es exclusivamente significante, porque no sólo se le ofrece como una imagen especular, como una imagen en la cual pueda reconocerse, sino también como un discurso que lo espera y que intenta recubrir lo que en lo real aparece siempre como hiancia, que es el objeto, el lugar de la imposibilidad.

Es la llegada del niño, real que irrumpe, que llora y grita, la que comienza a propiciar una lectura por parte de un otro, y es ahí, el momento en que nace la traducción de estas manifestaciones como origen de la demanda. En estos términos, ¿podríamos decir que el niño habla? Siguiendo a dicho autor, el niño habla en tanto es hablado por otro. Es el Otro primordial el que va llenando con sentido sus expresiones y las va tomando como un llamado, las va convirtiendo en voz que pide. Así es como va emparchando con significantes las insuficiencias propias de un recién nacido e inaugura en él la incesante búsqueda de aquel objeto en tanto vacío y causa de deseo. Objeto perdido que alguna vez pudo satisfacer las necesidades y que lo lanza a su reencuentro.

El lector coincidirá respecto de la importancia del ordenamiento simbólico en la estructuración del sujeto, pero Jerusalinsky (1988) afirma que existen ciertas teorías, como la piagetiana, que sostienen que el sujeto es efecto y resultado de la acción. Éstas aseguran que el sujeto se constituiría gracias al contacto entre el organismo y su medio, encuentro que facilita la coordinación y adaptación progresiva. ¿Cómo se construye el sujeto?, ¿como consecuencia de la acción y la estimulación?, ¿gracias a la falta que opera en el deseo de los padres? ¿Podemos hablar de un desarrollo del sujeto? ¿El sujeto se desarrolla?

Se explica que podemos entender al desarrollo como aquellos cambios que dan lugar al crecimiento y que lo vuelven al ser vivo cada vez más flexible a las adaptaciones. Pero, si el lugar simbólico que un niño ocupa en la cadena significativa de los padres crea un mapa en el cuerpo que nada tiene que ver con lo biológico o la subsistencia, por qué creer que el desarrollo humano opera meramente por un automatismo biológico o, que son los estímulos externos el motor de la maduración.

Entonces, ¿el sujeto se desarrolla? Este autor responde que no, que la cuestión del desarrollo infantil se refiere exclusivamente a las funciones psíquicas o instrumentales, pero no al sujeto. El sujeto no se desarrolla porque los ritmos madurativos son justamente biológicos. No obstante, cuando hablamos de sujeto, ¿hablamos de deseo o de tiempos evolutivos?

El saber médico es el que explica en qué momento de la infancia debe ocurrir tal o cual cosa. Esto llega tan lejos que le ha permitido establecer estándares de adquisición de habilidades y capacidades. Cuando un niño no alcanza el promedio está en problemas. Aceptar el hecho de que en la infancia existen patrones que se esperan y que definen el nivel madurativo lleva directamente a preguntar ¿cuándo es esperable

que un niño ya no pida que lo alcen en brazos por ejemplo, o diga *mamá* por primera vez? Es decir, ¿hay una certeza?

Si nosotros desde un enfoque psicoanalítico creemos que es el desarrollo el que habla del sujeto, ¿qué sucede cuando un niño que aún a los 7 años no puede sostener un lápiz. ¿Cuánto dice eso del sujeto? ¿Un niño es más o menos niño por atarse los cordones solo?, ¿acaso no es sujeto un niño que por su condición biológica no puede caminar o lanzar una pelota? Que las habilidades corporales sean adquiridas o no, no es el parámetro para indicar subjetividad.

¿Y si la complejización de las acciones no tiene que ver con una lógica madurativa? Se supone que las habilidades que los niños van adquiriendo dependen exclusivamente de un proceso evolutivo que convoca meramente a lo orgánico. Pero, los analistas debemos sospechar de esas afirmaciones, como lo hace Jerusalinsky (1988) cuando afirma que al adquirir nuevas habilidades, el niño lo que intenta es hacer uso de los significantes que Otro pone en juego, a saber, tiende a apropiarse de la lógica del lenguaje a través del saber del Otro.

Con esto se explica el interés ferviente que caracteriza a la infancia y del cual muchos científicos, pedagogos, psicólogos se han preocupado por investigar. Todos podemos observar a los niños preguntando sin cesar el por qué de las cosas, incluso tocándolas e inspeccionándolas. Este autor, explica que ello se debe a estos objetos se sitúan en el campo significativo del Otro y es allí donde cobran su relevancia. ¿Entonces cuál es el papel de la estimulación? Estos planteos llevan a pensar si los rasgos autistas, por ejemplo, son expresiones del desinterés por la mirada del Otro en tanto vehículo significativo. ¿De qué sirve someter a un niño a estimulaciones sensoriales si lo que se pone en juego es la lógica significativa?

Dicho con otras palabras, los avances en materia instrumental de los más pequeños no son sólo consecuencia del desarrollo biológico, sino que hay algo más comprometido. Y si lo orgánico no es condición de estructuración psíquica, entonces ¿de qué depende?, El lector estará de acuerdo que ello depende del orden simbólico que en él opere gracias al Otro en tanto deseante de ese niño.

Subversión del orden biológico

Qué interesante sería rescatar aquello que Freud [2013 (1885)] desarrolló respecto de las parálisis histéricas y otras manifestaciones corporales de sus pacientes. En sus *conversiones*, como él las denominó, las histéricas expresaban sus representaciones inconscientes, sus deseos reprimidos. Una de sus pacientes del año 1882, Elizabeth, a pesar de numerosos intentos de los médicos por quitarle su dolor en las piernas, ella seguía sufriendo este malestar. Fue Freud el que descubrió que cuando le tocaba sus muslos, sus gritos y exclamaciones no tenían tanto que ver con el dolor sino con placer. Por ello, incentivándola a que relate aquello que la angustiaba, sus dolores iban desapareciendo. Cada situación penosa que la atormentaba, como la muerte de su padre y la enfermedad de su hermana, se relacionaba con alguno de sus dolores en las piernas como al caminar, o al sentarse.

No es este un dato menor porque el descubrimiento de Freud conduce a pensar que el cuerpo no es sólo un organismo sino que *habla* y *cuenta* del sujeto en tanto sujeto de deseo. Si los dolores de las piernas de Elizabeth estaban vinculados con el deseo inconsciente de que su hermana muera para quedarse con el amor de su cuñado, es algo que no podemos pasar de largo nosotros, los que nos ocupamos de escuchar.

El cuerpo habla de la singularidad de cada uno, y por esta es claro que el cuerpo no puede ser tomado en términos de puro organismo biológico sino que éste expresa aquellas marcas significantes con las que se va constituyendo.

Queda claro que el sujeto no se desarrolla sino que se constituye de modo simbólico y gracias al excedente que queda en esta determinación del sujeto en el

campo del Otro, resto inimaginizable e insignificantizable, objeto faltante por constitución. Estas marcas se inscriben en el cuerpo del niño, por lo que podríamos decir que existen significantes amarrados a lo real. Es por eso, en cuanto a la organización del cuerpo, es preciso comenzar a sospechar que éste se desarrolla por la complejización de sus funciones musculares, fisiológicas, neurológicas. En palabras de Jerusalinsky (1988), “lo que marca el ritmo del desarrollo es el deseo del Otro que opera sobre el niño a través del discurso” (Jerusalinsky, 1988; 32).

Dicho de otro modo, el discurso parental no sólo opera en términos de transmisión del lenguaje, sino que cuando le hablan a un bebé, esos significantes van dejando a su paso las huellas del deseo parental, ¿dónde? en el cuerpo.

Algo similar propone Fainblum (2004) cuando al hablar de esta problemática se refiere al *cuerpo subjetivado*, entendiéndolo como subversión del orden puramente biológico gracias a la inscripción de *marcas en el cuerpo* que a la par que estructuran el aparato psíquico, construyen un cuerpo. Estas marcas en el cuerpo no hacen más que hablar acerca de cómo el atravesamiento del lenguaje en lo orgánico va dejando a su paso huellas significantes que marcan simbólicamente lo corporal, huellas del deseo del Otro que se inscriben en el puro soma. Marcas que dan cuenta de los intercambios entre quien cumple la función materna y aquel que ocupa el lugar de hijo en su deseo.

Como el lector podrá imaginarlo, esas inscripciones no son iguales para todos porque cada uno fue hablado de diverso modo, cada uno tiene distintos modos de relacionarse con la presencia de Otro deseante y por lo tanto intercambios gozosos diferentes. Por eso es que nosotros, futuros analistas, podamos hablar de *cuerpos subjetivados*, ya que cada cuerpo en tanto puro organismo va construyéndose en cuerpo de modo particular y va tomando estatuto de subjetivo. Las variaciones que de allí se obtengan, a saber, las diferencias en estas escrituras, dan lugar a que los sujetos tengan cuerpos subjetivados de diversos modos, configuración de marcas irrepetible y única.

Esto, según la autora va conformando una dimensión inconsciente del sujeto que se va entramando desde las primeras palabras que oímos y los primeros cuidados que recibimos, haciendo un armado del cuerpo con estatuto subjetivo. Ello se debe a que esos significantes que nos llegan por medio del discurso parental no son sólo lenguaje, sino que son además instrumentos de goce de aquel Otro que nos habla. Dicho de otro modo, no son sólo palabras, sino que transportan un peso erótico. Por eso, cuando se habla de *cuerpo subjetivado* y atravesado por el deseo del Otro, se tienen en cuenta las posibilidades de desplegarse más allá de los determinantes orgánicos que podrán estar en juego.

Entonces, cuando el niño es hablado, bañado, alimentado, acariciado, besado por quien cumple la función materna, no se trata de una pura satisfacción de las necesidades. Cuando una madre le da el pecho a su hijo, ¿sólo está nutriéndolo? Esta es justamente la diferencia con las especies animales.

Fainblum (2004), asegura que “tanto el sujeto como el cuerpo son efecto del encuentro del organismo el lenguaje” (Fainblum, 2004: 72), por eso es que no podemos enfocarnos sólo en lo biológico cuando hay algo de lo orgánico comprometido. No obstante esta construcción no es sin lo biológico sino que se parte de un organismo. Estas afirmaciones no tienen como finalidad desestimar el papel de lo biológico, sino que, al contrario, le devuelven al orden simbólico la importancia que cobra en la estructuración psíquica.

Es claro que estos postulados conducen a preguntarse si, en casos de personas que tengan un déficit orgánico, pueda ocurrir que algunos rasgos de la patología sean expresiones de la subjetividad. Por ejemplo, los rasgos autistas como alteraciones que sean agregados de la patología orgánica, manifestaciones que no tienen que ver con la discapacidad y que sin embargo se confunden con ella.

Cuando las personas tienen alguna discapacidad parecería que todo se explica a partir de ella, por ejemplo los *caprichos*, o los enojos, los llantos, los celos, la simpatía, el cariño. Sin embargo, como en cualquier sujeto, sus rasgos o características

tienen que ver con algo más que con un déficit orgánico.

A pesar de que afirmamos que el cuerpo es una construcción a partir de la singularidad en los recorridos libidinales, se sabe que existen clasificaciones y nomenclaturas propias del saber médico. Estas tipificaciones llevan a suponer que se pueden hallar características propias de cada enfermedad y que se manifiestan de idéntico modo en los sujetos afectados por la misma enfermedad. En otras palabras, que existiría una identidad entre el sujeto con deficiencia y el diagnóstico. Pero, por ejemplo, ¿por qué pensaríamos que todos los sujetos con autismo o Síndrome de Down son iguales? Esto no condice con lo que decíamos acerca de que los sujetos somos diferentes entre sí gracias al recorrido singular que cada uno ha atravesado con respecto a la intromisión del significante.

Ese es el descubrimiento freudiano. Si pensamos en términos de padecimiento subjetivo a la psicopatología, nunca podríamos asimilar estos síntomas a la patología congénita. En todo caso, ellos están montados sobre lo orgánico. No obstante, ni lo genético es absolutamente determinante, ni lo neurológico es base y fundamento del desarrollo del hombre. Se parte de un organismo, pero bien sabemos que sin la impronta del otro ni siquiera los genes podrían expresarse.

Esto quiere decir que, dado que el bebé humano nace prematuro, nace con la necesidad de un otro. A diferencia de otras especies, si no se le introduce el pezón o biberón en la boca, no sobrevivirá. Esta estimulación pondrá en marcha respuestas automáticas, innatas, genéticamente heredadas. Pero estas reacciones que le permitirán alimentarse, siguiendo con el ejemplo, sólo se consiguen por este intercambio con el medio. Por eso, en términos biológicos, es indispensable recibir los estímulos apropiados para la correcta maduración, porque si estos no lo son o no se reciben, o son mal percibidos es seguro que también el adecuado desarrollo se vea trastornado. Sin embargo, como afirma Jerusalinsky (1988) que comprometa lo biológico no implica su reducción a estos factores porque es tal la captura simbólica del cuerpo, que lo ubica a éste, al servicio de expresiones sintomáticas psíquicas.

No obstante, este autor asevera que la dimensión psíquica aunque tenga como punta pie inicial los mecanismos físicos-biológicos propios de cada organismo, es ahí mismo, también, donde hay que reconocer el límite. ¿Por qué? Porque nunca podríamos suponer que un bebé que tenga que organizar su tono muscular sólo lo logre gracias a sus sinergias y automatismos neurofisiológicos, al contrario aquí depende en gran medida el encuentro con otro en posición materna.

Es llamativo que los cuidados corporales sean generalmente acompañados por la voz de la madre, pero sucede, por ejemplo, que en casos de niños sordos, los padres que hasta entonces le hablaban, dejan de hacerlo al conocer que su hijo no los escucha. ¿Qué consecuencias deja esta fractura de la relación?

Eterno presente

¿Por qué los llamamos *chicos con discapacidad* aún si no son niños? Es decir, está naturalizado llamar así a estos sujetos a pesar de que tengan 10, 20 o 30 años, ¡incluso más! Parecería que sus limitaciones físicas e intelectuales lo llevan hasta un lugar de niño eterno y es difícil que pueda llegar a asumir roles propios de la edad.

Fainblum (2004) afirma que la infantilización crónica que padecen estos sujetos, tiene más que ver con un lugar simbólico que con la patología congénita, y que lleva a una posición rígida y con poca probabilidad de corrimiento alguno. Lo llama *eterno presente*, un momento único que transcurre en la monotonía, en una rutina que se repite en base a la infantilización.

No podemos negar el papel fundamental de la sexualidad en la estructuración psíquica. Decíamos que es gracias al vínculo de la madre con su hijo donde comienza la libidinación. Esta autora sostiene que “tener un lugar en el deseo de la madre, ser alguien, garantiza un destino humano por identificación con el semejante y por el lugar

simbólico que se le otorga por el lenguaje” (Fainblum, 2004: 55). Es decir, que el déficit por sí mismo no puede ser considerado un obstáculo para el despliegue de la función materna, pero sí será un obstáculo si algo obtura la circulación del deseo. ¿Qué lugar ocupará lo sexual en estos casos?

Jerusalisky (1988) explica que “este placer se gesta en la identificación con una madre gozosa de tener su hijo, y con un padre que le abre promesas de realización sexual futura en el mundo externo, a cambio de la inhibición actual” (Jerusalisky, 1988: 109). ¿Y si estas experiencias gozosas están interrumpidas? Por eso, este autor sostiene que si el deseo de la madre queda obstaculizado y la función materna se precipita en la llegada de un bebé deficiente, es fácil creer que la sexuación no ocupe el lugar relevante que posee.

Si podemos considerar que así como dijimos, que la discapacidad antecede al sujeto porque se encuentra anticipada en el lenguaje, y que además tiene más que ver con el ordenamiento simbólico y los discursos que la construyen que con el déficit orgánico o mental que pueden desencadenar, aquí, se puede agregar, que discapacidad e infantilización no van de la mano. Es decir, que la elaboración de la sexualidad y los desplazamientos simbólicos respecto a ello, tiene muy poco que ver con la deficiencia.

Es claro que, por ejemplo, si una persona está diagnosticada con retraso mental su nivel intelectual sea bajo, pero ello ¿conlleva necesariamente la ausencia de impulsos sexuales?

¿Hay algo más para leer en cuerpos con deficiencias neurológicas, genéticas o malformaciones o sólo déficit?, ¿hay algo allí del orden de lo subjetivo, o son sólo consecuencias de la discapacidad? Siendo nuestro horizonte la discapacidad, la definición de *cuerpo subjetivado* nos resulta interesante dado que nos permite pensar en las huellas que deja el significante en el cuerpo, pero ¿qué ocurre cuando el significante que marca el cuerpo proviene del discurso médico?

La discapacidad antecede al sujeto

Se sabe que desde el nacimiento, aquellos niños que están marcados en lo real por alguna patología orgánica, también comienzan a ser objeto de estudio del saber médico. Para abordarlos oportunamente desde este saber, reciben un diagnóstico y tratamiento que se considera apropiado y conveniente para tratar su enfermedad. Pero al nombrar a alguien desde el déficit se lo conduce irremediabilmente a una etiqueta que lo rotula. Esta acción de rotularlo con la incapacidad desde un lugar de saber, ¿no implica objetualizar al sujeto?, ¿no es más discapacitante eso que la misma patología?

Si el lenguaje antecede al sujeto en su constitución, precede y espera este sujeto, que es nombrado, deseado y fantaseado por los padres, ¿qué sucede cuando la red simbólica atrapante y subjetivante no sólo se constituye por el deseo de los padres sino que también por un discurso histórico, médico, cultural, que demarca cuales son los límites de lo normal y lo patológico? Padilla (2013) sostiene que aquellos discursos y posicionamientos conforman una *red del déficit* que va tejiendo la discapacidad como término cristalizado. ¿Influye de algún modo si los significantes que marcan al sujeto vienen de un discurso patologizante?

Este autor, también hace referencia a que esta red tiene como efecto que se suponga que aquellos sujetos que poseen tal o cual característica están marcados como por un sello con el cual el organismo viene preformado. Es decir que gracias a este saber, se llegaría a poder dar cuenta de sus posibilidades o de la ausencia de las mismas en materia laboral, educacionales y sociales. Este discurso médico que engloba a los sujetos y casi que podríamos decir que *los mete a todos en la misma bolsa*, ¿puede dar cuenta de lo que un sujeto es capaz?

Así como el lenguaje, es anterior a su constitución, la discapacidad antecede al sujeto. El saber sobre la discapacidad viene como *anillo al dedo* cuando nace un niño

con alguna deficiencia orgánica porque permite volcar todo ese conocimiento sobre el sujeto. Resulta tranquilizador poder identificar a ese niño irreconocible por sus padres con algo que al menos lo reconozca. Todo ese saber, dice este autor aparece como una traducción simbólica de aquel real que es medido y diagnosticado por los médicos.

¿Se puede suponer que la *red del déficit* lo único que hace es explicar que los valores dieron por debajo de los parámetros de lo considerado normal? Cuando un bebé cae en esta red de significantes que patologizan, de lo que se corre el riesgo es de quedar capturado allí, siendo objeto. ¿Objeto de qué? se preguntará el lector, objeto de un diagnóstico, de un pronóstico y un tratamiento. Y cuando eso queda definido el paso que sigue es que intentar que ese chico ahora empiece a adquirir ciertas conductas que se supone que son las normales. ¿Cuáles son las conductas *normales*?, ¿hay conductas normales? Estas intervenciones llevan a una manipulación y sometimiento del niño que lo conducen a un callejón sin salida.

Es momento de detenerse a pensar cuántas veces personas con discapacidad, niños, adolescentes y adultos etiquetados con algún diagnóstico, quedan relegados a un lugar objetalizado en el que sus cuerpos son manejados como marionetas sin dar lugar a la escucha de lo propio. Cuántas veces se confunde lo puramente biológico y lo subjetivo haciendo de la patología orgánica lo único que distingue al sujeto.

Un organismo aún marcado en lo real por alguna patología congénita, también para advenir sujeto es anticipado por el ordenamiento simbólico. Pero en esta ocasión, la red simbólica que albergaría al niño, ese *baño del lenguaje* lo expulsaría al lugar de la discapacidad, donde la disfuncionalidad es la que marca su único destino. ¿Cómo alguien puede singularizarse si su vida misma ya está predicha por un diagnóstico que de antemano detalla cuál es la limitación de sus posibilidades?

Será una cosa para ser heroica y sufrientemente reparada, tendrá un programa y un plan, nada quedará librado al azar, no habrá elección posible porque todo estará previsto, para no perder ni un minuto, para que llegue a lo máximo. (Jerusalinsky, 1988: 81)

Una rata en el laberinto

En el momento en el un niño llora y grita, esto es leído por sus padres como demanda, y es a partir de estas traducciones que las expresiones infantiles se van convirtiendo en pedido. Pero aquí está el problema, porque como toda lectura de la falta no coincide con la falta, siempre habrá una traducción fallida que no logra encajar. Es decir, el niño sigue llorando aunque se lo alce en brazos, o se le dé el biberón, entonces, ¿qué quiere este niño?

La lectura de la falta no supone su colmamiento, y es por eso que podríamos pensar que esta lectura de la demanda implica que se produzca un desfasaje entre el niño fantaseado y niño real. Fainblum (2004), sostiene al igual que otros autores, que este niño fantaseado, se gesta con anterioridad al niño real en el deseo de los padres, se anticipa como *hijo*. Pero también afirma que ese hijo que nace no coincide completamente con aquel idealizado, y poco a poco, comienza a caer de ese lugar. Este desfasaje no es sin angustia pero es lo que permite una oscilación del ideal paterno que hace a la emergencia de la singularidad, de la particularidad.

Podríamos suponer que más acentuado puede verse este hecho cuando nace un niño *deficiente*. Si bien es cierto que esto ocurre en todos los casos, ya que nunca el niño idealizado es igual en todos los aspectos al que acaba de nacer, y es gracias a ese contraste que puede el niño advenir como sujeto y distinguirse, en casos de déficit, la brecha entre lo buscado y lo hallado es más intensa y evidente. Tal es así, que si el niño no nace con discapacidad, no hay brecha. Es decir, al principio el niño cumple con las expectativas de los padres, y sólo con el paso del tiempo, empieza a distanciarse

del ideal.

Respecto a ello, Jerusalinsky (1988) dice algo muy interesante. Refiriéndose a padres cuyo hijo presenta alguna discapacidad, nos explica que cuando el niño aún es pequeño y recién comienzan a manifestarse los primeros signos de la patología, la discapacidad está más viva en el discurso de los padres que albergada en el niño mismo.

¿Son malos padres?, se preguntará el lector. ¿Hacen las cosas mal con sus hijos? ¿Es necesario educarlos en materia de discapacidad para que puedan enseñarle a su hijo los comportamientos adecuados?, ¿cuáles son los requerimientos para poder ocupar la función materna y paterna?

Los juegos, la libidinización corporal, la transmisión del lenguaje, parecen darse de modo espontáneo. ¿Por qué no ocurre de este modo en estos casos de hijos con déficit? Aquí, en cambio, todo parece un poco más complicado. Jerusalinsky (1988) sostiene que el recién nacido que tiene dificultades para conectarse con su entorno, posee bajos niveles de respuesta que alimentan el desencuentro entre la madre y el niño. Por ello hablamos de un *duelo*. Porque el hijo esperado no ha llegado y esta pérdida lleva a sentir a su hijo como un desconocido, alguien en quien los padres no pueden reconocerse como semejante.

En realidad, lo que sucede, es que el sujeto previamente estructurado en el lenguaje, se torna incompatible, en el imaginario parental, con el niño que ha llegado al mundo. Siguiendo a este autor, lo que opera allí es una ruptura narcisista que hace que éstos tropiecen con muchas dificultades para encontrar en este niño algo que desde lo simbólico, pueda ser considerado a la altura del ideal que habían previamente establecido.

Por ello, Jerusalinsky (1988) sostiene que todo encuentro queda perturbado cuando se suprime el goce del intercambio entre la madre y el niño, siendo las consecuencias de este distanciamiento irreversibles en algunos casos. Por ejemplo, pueden comenzar a expresarse rasgos autistas, o las características hipotónicas pueden incrementarse, incluso puede acentuarse la lentitud en la maduración ya comprometida de antemano.

Lacan (2004b) nos enseñó que el niño debe engañar el deseo de la madre, debe ubicarse como señuelo para que algo de la libidinización ocurra allí. Pero ¿qué sucede cuando el niño no puede ocupar el lugar de falo para esa madre, cuando la madre no se siente completa con su hijo sino en constante falta? Jerusalinsky (1988) define a la función materna como “una estructuración, que proporciona inconscientemente la guía para que los intercambios decisivos entre la madre y su hijo ocurran de manera espontánea” (Jerusalinsky, 1988: 78).

Cuando una mujer ubica al niño en su deseo, el hecho de llevar a cabo las acciones imprescindibles para vincularse con su hijo no implica una molestia o un atropello para ella. Al contrario, es un intercambio que implica gozar. ¿Qué ocurre cuando la función materna se encuentra desbastada al no poder alojar al hijo en su deseo?

A partir de esto surgen nuevas interrogaciones, porque si el sujeto se constituye gracias a las marcas significantes que va dejando como huellas el deseo del Otro, ¿qué acontece cuando hay dificultades para realizar ese trazado? Cuando no hay un reconocimiento en ese niño, ¿qué sucede? Este autor afirma que cuando se encuentra imposibilitada la oportunidad de sostener la cadena signifiante que soporta la relación con este hijo, con lo que se encuentran es con un real, un niño marcado por el déficit. Una de las formas de no quedar atrapados en lo *monstruificante* que es esta situación, es acudir a los tecnicismos, que parecería que pueden dar respuesta y sanar esta brecha que se abre.

Es aquí, en este punto, donde comienzan a cobrar gran significancia las técnicas rehabilitadoras que va de la mano de las demandas parentales. Este autor afirma que lo cierto es que ya no bastan las recomendaciones de algún familiar o las pocas intervenciones de un pediatra. Sino que las resistencias parentales llevan a

interrogar el supuesto saber de la medicina y plegarse por completo a los tecnicismos de este discurso.

Los estándares y promedios que otorga el discurso médico acerca del desarrollo madurativo, llevan a establecer a ciertos *retrasos* de este devenir como un problema que debe resolverse de inmediato. Y es gracias a dichas técnicas, sostiene Jerusalinky (1988), que sus padres encuentran la *solución* buscada cuando un niño no alcanza el nivel esperado a su edad.

Este autor afirma que de lo que se corre el riesgo es de quedar atrapados en la lógica conductista que invade este campo. Según estos métodos las funciones psicológicas deben ser estimuladas de acuerdo a unos guiones de actividad puntual y detallada para que madre e hijo lleven a cabo de manera rigurosa. Estos métodos pre-programados implican que ciertas variables sean controladas, como el lugar para desarrollarse, el tiempo que tomará la acción, los objetos a utilizar, los colores empleados y hasta cómo serán los movimientos para que los estímulos sean exactamente como lo indica el guión. No obstante, y siguiendo al autor, es incierto decir que los estímulos conducen al desarrollo porque las modificaciones que provocan en la conducta no implican necesariamente que sepamos hacia dónde se dirigen dichos cambios, es una lotería en materia de consecuencias que esto puede derivar.

¿Qué garantiza el hecho de que un niño sea estimulado? Quizás sea cierto que ciertas estimulaciones en momentos críticos ayuden a que un niño adquiera algunas funciones que le sirvan para su autonomía. Sin embargo, los intercambios bajo la mirada médica no suponen que sean libidinizantes sino, al contrario, *robotizantes*.

A pesar de ello, esos conocimientos médicos orientan a los padres en qué hacer y cómo relacionarse con este niño. Es de este modo, dando respuesta, como se va rellenando con saber la angustia parental. Explican, detallan, indican, precisan, una cadena de estímulos que se organizan y presentan suponiendo una lógica evolutiva general. ¿Existe un sujeto universal, cristalizado e igual en todos los casos? ¿O la universalidad reside en que cada sujeto es singular?

Sin perder de vista lo que agrega este autor, el conductismo opera con sus tecnicismos allí mismo, donde la función materna se encuentra afectada por el impacto traumático que provocó la llegada de un niño deficiente, realizando la *reconstrucción* de esta función. Pero de esta manera explica, que lo único que se consigue es obstaculizar la elaboración de la crisis que sufrió este vínculo tan fundamental e importante entre la madre y su hijo.

Armar comportamientos considerados normalizadores lejos está de las necesidades de la tríada padre-madre-niño, sino que conducen a la desubjetivación, llevan a ubicar al niño como objeto de intervenciones sin la impronta erótica que podría tener cualquier otro intercambio entre la madre y su hijo. Aplicar los criterios evaluadores *a priori* como guías de acción llevan a la degradación subjetiva porque responde a las necesidades de los médicos y no a la parental.

Las intromisiones en ese lazo hacen que la madre quede sometida a seguir cada paso del guión de la forma indicada. Pero esto abre a la interrogación, porque esa secuencia de acciones, ¿posee significación afectiva para ese niño?, ¿permiten vehiculizar el deseo de esos padres?, ¿o son meras estrategias para taponar la angustia que genera traer al mundo un hijo con discapacidad? Este autor sostiene que gracias a estos métodos los padres están autorizados a mantenerse alejados del niño. Como pueden garantizar si tal o cual función debe ser o no estimulada permiten definir el modo en que se debe intervenir en ellas.

¿De qué modo incide en la función materna en crisis la intromisión de tecnicismos?, ¿son reparadores de esta función? ¿Qué implicancias tiene el sometimiento a estos métodos? ¿Cuál es la verdadera preocupación en el caso de un niño que tarda más tiempo en decir sus primeras palabras, o demora más de lo esperable en controlar sus esfínteres? ¿Significa que debemos acelerar los procesos con ayuda de algunas recetas de maduración?

Lamentablemente, medir, evaluar y comparar los progresos en materia de

percepción, velocidad y precisión no nos dice absolutamente nada acerca de ese niño en tanto sujeto sostenido por el deseo de sus padres. Ser objeto de estos tecnicismos, lejos está de permitir una re-estructuración de la función materna y menos aún de la subjetivación del niño. ¿Es posible que estemos tan ocupados del déficit y que estemos dejando de lado el hecho de que además de tener una patología orgánica, ese niño es un niño?

También Fainblum (2004), asevera que aquellos profesionales que identifican a los sujetos con la patología que padecen, apuntan a reparar y a reeducar para adquirir lo que ella denomina *patrones de conducta*. Estas intervenciones, conducen a efectos desubjetivantes y discapacitantes porque reducen al sujeto a un objeto.

Algo similar ocurre en materia educativa. Pareciera ser que hay una especie de *capricho* por parte de quienes enseñan, una insistencia profunda para que el niño aprenda comportamientos y aptitudes definidas como convenientes. ¿No es esto una reproducción de aquellos métodos? ¿No es esta una manera de refugiarse en los disciplinamientos educativos?

Se sabe que el modelo educativo de enseñanza escolar posee una fuerte impronta normalizadora, que lleva a la repetición de saberes pre-establecidos y considerados como correctos y apropiados para la transmisión. Jerusalinsky (1988) afirma que la escuela nos educa para ser trabajadores el día de mañana, nos conduce a adoptar comportamientos y saberes impuestos y nos lleva directamente a la supresión de la creatividad y la actividad inventiva que un sujeto puede poseer. ¿No es mayor el agravio en casos de chicos con discapacidad? ¿Qué finalidad tiene la denominada *Educación Especial*? Nosotros futuros analistas no podemos negar el riesgo que implica someter a estos niños a los requerimientos sociales. Cuando hay tanta preocupación por transmitirles a los niños algo concreto con la finalidad de su adaptación a la sociedad, ¿se puede pensar en un borramiento de la subjetividad?

¿Por qué tanta insistencia en que las personas con discapacidad puedan insertarse en el mercado laboral? ¿Es la manera en que ellos se sienten más valorados, o nosotros, profesionales, más tranquilos?

La normalidad

A esta altura, el lector se preguntará, ¿qué significa la discapacidad?, o ¿cómo se entiende aquello que nombramos como discapacidad? Angelino (2009) sostiene que este parece ser un término moderno y que nace gracias al saber médico-psiquiátrico. Entendida desde este discurso, la discapacidad es un *problema individual y de salud*.

En eso existe un completo acuerdo, ya que ¿quién se atrevería a discutirle a la ciencia que el Síndrome de Down no es producto de una alteración cromosómica? Es una anomalía, se coincide completamente con eso, pero ¿qué pasaría si en algún momento se pone en cuestión el hecho de que la discapacidad sea un problema de salud, o al menos si se sospechara que una persona con discapacidad no está enferma.

Georges Canguillhem (2005) escribió acerca de esta problemática, definiendo y diferenciando aquello que es considerado *normal*, de aquello que se alude como lo *patológico*. Por eso es que nos acerca una definición de normal, “que es conforme a la regla, regular”, “es tal como debe ser y que se ha convertido en la mayoría” (Canguillhem, 2005: 91). Lo normal es aquello que se considera como un tipo ideal. Este autor continúa diciendo, que si llevamos esta interpretación al campo de la medicina, se considera que el estado normal del cuerpo humano es el deseable y es preciso restablecerlo si se encuentra por debajo del promedio de la normalidad biológica.

Por ejemplo el medicamento. ¿A qué se debe la producción de fármacos? Más allá del gran negocio millonario que puede significar vender medicinas que recuperen el *estado ideal y deseable* del cuerpo humano, también hay que pensar en el hecho de

que normal viene de norma y si algo se encuentra desviado de esa regularidad, es preciso volver a su curso normal aquello desviado de la carretera. Canguilhem (2005), habla de una *normalidad biológica*, que implica que existan normas biológicas que darían cuenta de la salud y la enfermedad.

¿Estas normas biológicas son naturales o son ficciones? A esta altura, el lector no dudará de que esta *normalidad biológica* no sea más que una construcción de la medicina para explicar ciertos fenómenos de orden orgánico. Son leyes construidas por el hombre para traducir las manifestaciones del cuerpo cuando algo no anda bien.

Por ello, es preciso en este momento mencionar lo que Angelino (2009) explica al respecto. Según sus palabras, una persona que es considerada portadora de una discapacidad en términos de déficit o de una incapacidad que lo hace diferente a los demás seres humanos, sólo es posible como efecto ideológico de la *ideología de la normalidad*, término que ella rescata del sociólogo Mike Oliver.

Entonces, ¿cómo se piensa el déficit si no es en términos biológicos? En primer lugar, abordar la cuestión de la ideología lleva necesariamente a esclarecer el concepto. Es oportuno seguir los pasos de Angelino (2009). Ella toma como eje para pensar la ideología de la normalidad la hipótesis de Althusser (1970). Interesante, porque plantea al sujeto como central en el análisis, y de esa manera, el lector se mantiene cercano a lo que nos convoca. Althusser explica que los sujetos sólo advienen como tales a partir de la ideología, es decir, no existe una instancia anterior a la interpelación que realiza la ideología.

Esta autora afirma que pensada en estos términos, la ideología produce *sujetos- sujetados*, no es que los hombres conocen su ideología fundante, sino que al contrario, la viven. Llevan a cabo acciones en coherencia con ella, rectificando y recreando el acto mismo de su producción. Es gracias a la ideología que los hombres están dotados de principios que comparten respecto a la realidad y que los lleva a naturalizar predicados con criterio de verdad.

Si los trabajadores del campo de la salud estamos convencidos de que una persona con discapacidad no encuadra dentro de lo que es algo normal, que está enferma y por ello es diferente a los demás, es que nuestra concepción de ella está anclada totalmente en la lógica que se enfoca plenamente en el orden de lo biológico. Dicho de otro modo, se concibe un cuerpo como algo completo y perfecto, de lo contrario, éste cae a los abismos de la anormalidad. Pero, cuando hablamos de discapacidad, ¿hablamos sólo del déficit? ¿Es normal ser portador de una patología orgánica?

La norma, entonces, permite describir y comparar lo deseable con lo indeseable, aquello que debe ser con aquello que es considerado patológico y fuera de regularidad. De este modo, la llamada *ideología de la normalidad* deviene efectiva y se materializa en los cuerpos, se impone como legítima y atraviesa los sujetos.

Angelino (2009) sostiene que lo normal y lo anormal opera en la lógica binaria de pares contrapuestos, entendiéndola como aquella forma de distribución de términos en oposición que considera a uno de ellos como *esencial* y *natural* y al otro como negativo, defecto de lo que no debe ser. De allí se sostiene el hecho de que sea necesario pensar en una corrección normalizadora, de volver a poner en curso aquello desviado.

Problematizar esta lógica implicaría preguntarse si existen caminos correctos e incorrectos. No sospechar del binomio normal- patológico, implica plantear que hay una sola y única *normalidad*. Es decir, que sólo hay un modo de pensar la salud y que de lo contrario se estaría enfermo. ¿Es tan tajante esta separación entre la salud y la enfermedad?

Canguilhem (2005) aporta otra definición, “anomalía viene del griego *anomalía* que significa desigualdad, rugoso, irregular” (Canguilhem, 2005: 97). Llevado al campo de la medicina, lo anormal sería aquello diferente y alejado al promedio, aquello insólito que no puede ser comparado con el resto de los seres. Además, lo anormal hace referencia a aquella particularidad orgánica que presenta un individuo y que lo ubica

por fuera de la norma. Pero, este autor no deja las cosas ahí y dice algo más. Cuando explica qué es la anomalía, afirma al mismo tiempo que la anomalía no siempre es patológica. Sus postulados conducen a afirmar que “la diversidad no es la enfermedad” (Canguilhem, 2005: 101). Lo que explica este autor, es que lo patológico implica sufrimiento e impotencia, un obstáculo que tiene el sujeto para cumplir algunas funciones. Y es este mismo sentimiento de molestia el normativo, el que da cuenta de la desviación de la ley. Pero, si la anomalía no implica dichos sentimientos, ¿entra en el campo de lo patológico?

Al contrario, el autor asegura que hasta se podría pensar que ciertas particularidades fuera de los parámetros de la normalidad no cuentan como enfermedades. Por ejemplo, si a una persona deben quitarle un riñón y aún así eso no le genera dificultades para seguir viviendo, entonces no está enfermo. Del mismo modo, si alguien se encuentra ciego o tiene retraso mental, ¿por qué se considera que son patologías?, ¿sólo por lo orgánico puesto en juego? Es cierto que si el retraso es severo, el niño no podrá ir a la escuela como cualquier otro, pero ¿son los aprendizajes los que determinan cuán sano o enfermo está?

Por eso, es apropiado rescatar las ideas de Angelino (2009), porque afirma que la discapacidad no es algo que ocurre en los cuerpos o en las mentes de los sujetos sino que es una categoría de clasificación y producción de sujetos. Pensada de este modo, lejos de ser algo dado y *natural*, la discapacidad no es más que una *ficción* legitimada por la normalidad en tanto ideología. De la producción de la idea de normalidad queda como consecuencia que la discapacidad sea entendida como aquello que no se ajusta a la norma. Como aquello que precipita, cae de la normalidad.

Poner en tela de juicio el discurso hegemónico respecto de la discapacidad, es otra de las vías para recuperar la dimensión subjetiva obturada en las clasificaciones establecidas. Desnaturalizar el hecho de que una persona con discapacidad esté enferma es empezar a correr la mirada del déficit como puramente biológico y poner en evidencia la singularidad.

Angelino (2009), sostiene que muchas veces se ha intentado nominar de distintos modos a estos sujetos con el propósito de destacar un vértice no negativo de la discapacidad. Sin embargo, no deja de ser una consecuencia más del enfoque puesto en lo deficitario, ¿qué caso tiene nombrar de otro modo la discapacidad si eso no implica problematizar estos principios explicativos? La autora se refiere a las distintas formas de llamarla, como por ejemplo *necesidades especiales*, *capacidades diferentes*, *personas especiales*. ¿Qué cambio implica mencionarla de otro modo si el ojo siempre está puesto en lo distinto? Evidenciar el déficit, señalar la marca en el cuerpo, no es más que reproducir el discurso de la normalidad, aún cuando se lo menciona con términos políticamente correctos.

¿Qué efectos tiene en el psiquismo el hecho de ser nombrado desde el paradigma de la normalidad? ¿Cómo se inscribe este discurso en el cuerpo? ¿Qué marcas deja? Siguiendo a Fainblum (2004), el pasaje de *ser* un cuerpo a *tener* un cuerpo implica que el paso del lenguaje vaya dejando sus huellas significantes y subjetivantes. ¿Cómo nos páramos nosotros, trabajadores del campo de la salud frente a personas con discapacidad?

El propósito de problematizar el saber médico-psiquiátrico lejos está de descalificarlo sino de revisar aquello que he nombrado como cuerpo subjetivado y marcado por las huellas que deja el lenguaje. ¿Para qué? Para que una persona con discapacidad tenga la oportunidad de ser pensada como sujeto y que su malestar pueda ser leído en términos de padecimiento subjetivo. Posicionamiento que permitiría indagar la relación del sujeto con aquello que le sucede.

Esto no es sin consecuencias, porque de este modo se recupera el valor en la palabra de este sujeto. Se manipulan los cuerpos sin siquiera escuchar ese sujeto.

¿Cuántas veces se ha decidido por él en su vida? ¿Cuántas elecciones pudo realizar? ¿Afecta en el sujeto ser expulsado de la lógica de la normalidad? ¿Cómo incide

ser tomado como *monstruosidad*?

En los cuentos de Julio Cortázar suele haber un tinte fantástico. Existe un cuento de él que trata de una especie de mascota, o eso da a entender. Lo que cuenta es que no era tarea fácil andar paseando con ella por la ciudad de Buenos Aires y lo que menos quería para esa tarde el narrador de la historia era desempeñar esa tarea. No lo deseaba en absoluto, pero no tuvo opción.

A esa hora el tranvía viene bastante vacío, y yo rogaba que pudiéramos sentarnos en el mismo asiento, poniéndolo a él del lado de la ventanilla para que molestara menos. No es que se mueva demasiado, pero a la gente le molesta lo mismo y yo comprendo. (Cortázar, 1964: 196)

Parecía que cada uno de sus movimientos era tan torpes e inapropiados, que daba la impresión que aquella criatura era apreciable sólo para esa familia. De hecho, relata cómo a su acompañante de paseo se le ocurrió abandonarlo en ese momento, en un banco de la Plaza de Mayo, cómo comenzó a alejarse de a poco, a caminar lejos de él sin mirar atrás. Y cuando ya se encontraba a una distancia considerable para darlo por perdido, comenzó a sudar, a retorcerse y volvió corriendo hacia el lugar donde lo había dejado. Sin embargo, allí estaba, no se había movido del banco, y creo que ni se percató de su soledad.

El cuento se llama *Después del almuerzo* y es probable que el lector se pregunte si éste es un cuento fantástico. ¿Y si esta ficción no estuviera tan alejada de la realidad?

Horizontes

Para finalizar, el lector puede preguntarse, si es casualidad que los métodos y técnicas referidas estén centradas meramente en la adquisición de aptitudes y conocimiento. Es decir, preguntarse por qué se están olvidando muchos otros aspectos puestos en juego en estos casos. ¿Es un consuelo abordar a las personas con discapacidad desde la lógica cognitiva y conductual y no desde la problemática sexual, por ejemplo? Parece un alivio que todo esté programado y anticipado para que su inteligencia incremente y sus impulsos disminuyan.

¿Qué hacer en estos casos? ¿Cómo actuar como psicoanalista en estas situaciones? ¿Se debe responder a la demanda de los padres con saberes respecto de ese hijo? Si la tarea del Psicoanálisis es escuchar, ¿por qué aquí no?

Trabajamos con desgracias. Y con las consecuencias de ellas. Aquí se inscribe nuestra práctica. No importa de qué área profesional se trate. Ha habido una catástrofe, y los padres vienen a nosotros con sus escombros. Nos traen al hijo que no fue ni será aquel otro. (Tkach, 1983: 235)

La demanda que hacen estos padres tiene que ver con aquel narcisismo que ha quedado tambaleante luego del nacimiento de un niño deficiente. Cuando la estructura simbólica deseante se encuentra en ruinas, siguiendo con la metáfora de Tkach, el niño se convierte en un completo desconocido. Y, ¿no es esto mismo lo que va dejando sus huellas en el niño?

Es esta distancia, rechazo, miedo, angustia los que se convierten en cosas indecibles cuando *El* saber comienza a dar respuestas acabadas al enigma de los padres respecto a su hijo, soluciones que comienzan a emparchar toda herida del narcisismo conmovido. Pero, es ahí, en esta fuente de tanto pesar, en donde se

posibilitará que se ponga en juego un deseo respecto a ese hijo.

Este rechazo a la discapacidad, es claro que también se ve reflejado en el saber médico cuando otorga resoluciones estereotipadas a quienes están padeciendo esta problemática, actúan de modo defensivo frente a la angustia que genera el déficit. Nosotros los psicoanalistas, ¿debemos trabajar en pos de dichas operatorias defensivas también? ¿Qué hacer con la demanda? ¿La demanda de saber pone en juego el deseo de esos padres por el niño?

Hablar de un saber hacer con la discapacidad, es caracterizar los rasgos de personalidad según el déficit. Pero, es un error asimilar las patologías orgánicas con las características psicológicas de cada sujeto, porque en ningún caso se puede hablar de un sujeto universal. No existe tal sujeto en términos generales al que se le puede aplicar mismo tratamiento, misma medicación, misma rehabilitación. Cada sujeto es único y como tal debe ser tomado.

Nosotros que estamos formados desde el psicoanálisis, no debemos olvidar que la causa del deseo es un vacío y se necesita dicho lugar para que el niño advenga sujeto marcado por los significantes del deseo de sus padres. Por lo que llenar ese vacío con saber no es la vía terapéutica apropiada. Tampoco rellenar con respuestas la brecha que se abre cuando el hijo fantaseado no se encuentra en el hijo real y callar todo enigma respecto de ese niño. ¿Se podría hablar de forclusión del sujeto?

¿Cómo hablarle a un bebé discapacitado, cómo alimentarlo, cómo jugar? Es esa la pregunta que toda madre se hace de su hijo y es en esa lectura que se traduce el llanto del niño en un pedido, justamente allí donde esa madre no sabe, donde tiene que inventar respuestas, el lugar vacío.

Poder captar cómo se despliega la particularidad de la sintomatología más allá del diagnóstico de cada uno, es una lectura que garantiza que la dimensión subjetiva no sea excluida y relegada por lo anatómico y fisiológico. Planteado de esta forma, el sujeto no se confunde con la discapacidad que pueda llegar a serle diagnosticada, hay distancia entre él y su síndrome orgánico. De lo contrario denominaríamos a alguien desde su patología reduciéndolo a sus impotencias.

De esta forma, lo que se pone en cuestión, no es que se atienda la deficiencia sino que se la aborde de manera exclusiva, de modo tal que el sujeto se encuentra constantemente enfrentado a la dimensión angustiante de la falta. Si la falta es constitutiva del sujeto, es conveniente dar lugar a dicho vacío, pero no con el fin de taponar esa falta con medicaciones o tratamientos rehabilitantes, obturadores de la emergencia del sujeto, sino sosteniendo la falta, lugar que permite que emerja el deseo, de lo contrario, se decidirá todo por él, se programará su vida según un criterio médico.

¿Cómo se estructura un sujeto en esas condiciones?, ¿cómo poder singularizarse en la eterna dependencia de otro que diga qué y cómo hacer? Correr la mirada de lo subjetivo lo condena a una desubjetivación en la que lo orgánico cumple el rol protagónico. Devolver al lugar que merece la incapacidad orgánica es otorgarle al sujeto la posibilidad de ser escuchado. Porque no coinciden ni se reducen su patología con su singularidad no puede existir un saber previo respecto de este sujeto.

¿Cómo transita la anormalidad en el deseo de los padres?, ¿qué lugar ocupa el deseo por ese hijo en la demanda de cura?, ¿cómo incide el discurso médico en el deseo del Otro? Sostener la pregunta parental acerca de *¿qué quieres?* dirigida al hijo, procura que la respuesta a esa interrogación provenga de la lectura sobre el bebé y con las palabras propias de esos sujetos.

El saber médico puede decir mucho, pero mucho, sobre las enfermedades biológicas, el organismo, el sistema nervioso, el ADN, el tono muscular, pero ¿qué puede decir sobre el destino del sujeto? Es el psicoanálisis el que permite priorizar el hecho de que cada sujeto escribe su propia historia y recorre su propio camino.

Referencias Bibliográficas

- Angelino, M. (2009). Ideología e ideología de la normalidad. En Angelino, M. y Rosato, A. (Comps.), *Discapacidad e ideología de la normalidad* (pp. 33- 54). Buenos Aires: Noveduc.
- Canguilhem, G. (2005). *Lo normal y lo patológico*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Cortazar, J. (2011). Después del almuerzo. En *Final del juego* (pp. 191- 206). Buenos Aires: Alfaguara.
- Fainblum, A. (2004). *Discapacidad. Una Perspectiva Clínica desde el Psicoanálisis*. Buenos Aires: Tekné.
- Freud, S. (2013) Estudios sobre la histeria (1893-5). En *Sigmund Freud, Obras Completas* (pp. 39- 138). Buenos Aires: SigloXXI.
- Jerusalinsky, A. (1988). *Psicoanálisis en problemas del desarrollo infantil*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Lacan, J. (2004a). *El Seminario Libro X. La Angustia*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (2004b). *El Seminario Libro IV. La Relación de Objeto*. Buenos Aires: Paidós.
- Padilla, F. (2013). Discapacidad y Psicoanálisis. El nacimiento de un sujeto. Recuperado de <http://www.imagoagenda.com/articulo.asp?idarticulo=2098>