

Universidad Nacional de Rosario

Facultad de Psicología



**Universidad
Nacional
de Rosario**

Trabajo Integrador Final (TIF)

**El diagnóstico en las infancias:
¿que escuchamos cuando escuchamos?**

MODALIDAD DE TRABAJO: Investigación
bibliográfica. **ALUMNA:** Biagiola, Florencia.

DNI: 40.554.515

LEGAJO: B-5764/9

MAIL: biagiolaflorencia98@gmail.com

DOCENTE RESPONSABLE: Chamorro, Marisa

Paula. Año 2024

Índice

Resumen	
....	3
Introducción	
....	4
Objetivos	
....	6
Desarrollo	
....	7
1. Primera Infancia: psiquismos y subjetividad.....	7
2. El valor del Diagnóstico.....	8
3. Discapacidad: concepto y modelos de abordaje	10
4. ¿Puede un diagnóstico no invalidar al sujeto?	13
Conclusiones	
..	18
Referencias bibliográficas	20

Resumen

El presente Trabajo Integrador Final propone investigar la incidencia que tiene el modo de elaborar y transmitir el diagnóstico de discapacidad en la constitución subjetiva infantil. Los objetivos específicos de cual parte son: indagar en la bibliografía psicoanalítica acerca de la constitución psíquica y producción de subjetividad en la primera infancia, y reflexionar críticamente sobre las ideas asociadas al paradigma médico en la atención a la infancia con discapacidad. Con este fin, se desarrolla una investigación bibliográfica que aborda distintos ejes. En primer lugar, se realiza una puntualización sobre la primera infancia, teniendo en cuenta las nociones de psiquismo y subjetividad. Luego se desarrolla la noción de diagnóstico, considerando dos perspectivas: normativa y crítica. En el tercer apartado, se aborda el concepto de discapacidad y tres modelos que delimitan las prácticas de abordaje: modelo de la

prescindencia, rehabilitador y social. En el último apartado, se concluye acerca de la invalidación que puede producir el diagnóstico sobre el sujeto, exponiendo las razones por las cuales es importante reflexionar esta problemática. El rol del psicólogo presenta el desafío de comprometerse con un modelo social que garantice los derechos de las personas con discapacidad y que habilite un espacio que se vuelva apoyo en la constitución de subjetividades.

Palabras claves: Primera Infancia - Constitución Subjetiva - Diagnóstico – Discapacidad.

Introducción

El presente Trabajo Integrador Final presentado a la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Rosario, se propone llevar a cabo una indagación bibliográfica sobre la incidencia del diagnóstico de discapacidad en la constitución subjetiva de la primera infancia, entendiendo que, si bien el impacto puede producirse a cualquier edad, esta es una etapa de cambios significativos en la cual el niño se encuentra en un proceso continuo de constitución.

En esta elaboración, se retomarán contribuciones de la literatura psicoanalítica

para poder conceptualizar y articular las categorías fundamentales: primera infancia, constitución subjetiva, diagnóstico y discapacidad. Esto nos permitirá, partiendo de la perspectiva de diferentes autores, articular nuevos cuestionamientos en torno a la temática.

En el primer apartado dentro del desarrollo, se conceptualizará la noción de primera infancia, etapa fundamental del desarrollo integral de toda persona. Siguiendo los postulados de Carli (1999), la primera infancia es una categoría ligada al tiempo, un tiempo histórico-social y un tiempo de constitución psíquica. De esta manera, se abordarán las nociones de psiquismo y subjetividad, arribando a una diferenciación entre ambas nociones que terminará por ponerlas en relación. Bleichmar (2007) plantea que, la diferencia se basa en que la subjetividad, que remite al sujeto, es la que estabiliza al psiquismo en tanto funcionamiento del aparato psíquico. Para referirse a la constitución del psiquismo, toma inevitablemente los aportes freudianos, donde pueden ubicarse dos modelos fundamentales, dentro de los cuales todos los seres humanos compartimos las mismas reglas de funcionamiento psíquico. En cambio, aborda la subjetividad como producto histórico. En este sentido, no solo surge de un proceso en tiempos de constitución, sino que además es efecto de determinadas variables histórico-sociales, es atravesada por los cambios culturales y políticos de cada época, por los modos de representación en que cada sociedad determina aquello que es necesario para la constitución de sujetos. Por todo esto, las experiencias vividas durante este periodo son de gran importancia ya que pueden influir en todo el ciclo de vida.

A partir de la idea de que el sujeto se constituye como un aspecto crucial para el devenir de la vida humana, se plantea la incógnita central de este trabajo: ¿Qué incidencia tiene la manera de elaborar y transmitir un diagnóstico en la constitución subjetiva? Con miras de acercarnos a ideas que permitan dar respuesta a esta interrogación, en el segundo apartado se dará lugar al valor que tiene el diagnóstico a la hora de pensar las intervenciones del psicólogo. Miseria necesaria, en palabras de Percia (2002), que alivia la incertidumbre de una cascada de inquietudes que aparecen frente al desconocimiento, pero que, según la perspectiva desde la que se posiciona el profesional frente al diagnóstico, puede arribar a una encerrona que pone en peligro la condición de sujeto de quien padece determinada situación. En relación a esto se tendrán en cuenta los aportes de Bloj (2009), quien diferencia dos perspectivas a la hora de posicionarse frente a un diagnóstico: la perspectiva normativa y la perspectiva crítica o dinámica.

En el tercer punto se definirá el concepto de discapacidad, el cual se ha transformado a lo largo de la historia, es decir, en tanto se trata de una construcción social, las ideas, valores y prejuicios que giran en torno a ella no son naturales, sino que se pronuncian en favor de la ideología dominante de cada época. Siguiendo los aportes de Palacios (2008), se historizará brevemente cómo ha ido cambiando la situación de las personas con discapacidad a lo largo del tiempo, y se desarrollarán tres modelos que delimitan las prácticas de abordaje del diagnóstico de discapacidad. El modelo de la prescindencia, encuentra el origen de la discapacidad en causas religiosas. Desde el modelo rehabilitador, el diagnóstico de discapacidad se reduce a la falla orgánica portada por el individuo, ignorando otros factores que entran en juego. De esta forma el diagnóstico produce un efecto de etiquetamiento, una nominación o clasificación bajo la cual será leída toda la vida del sujeto, determinando así su presente y su porvenir (Untoiglich, 2013). En nuestros días, el nuevo paradigma de discapacidad se ve reflejado en el Modelo Social

Discapacidad (2006) en el cual todo proceso que implica la construcción de un diagnóstico considerará la multiplicidad de factores que se ponen en juego a la hora de pensar la discapacidad, alejándose del reduccionismo biológico e individual representado por el paradigma médico.

Para finalizar, en el último apartado se dará lugar a la interpelación sobre cómo hacer que un diagnóstico no se vuelva perjudicial para el sujeto. Desde el enfoque epistemológico del psicoanálisis se buscará contribuir a una reflexión crítica en torno al proceso diagnóstico. Este enfoque no desestima la importancia del diagnóstico en el contexto terapéutico, sino que, por el contrario, promueve un enfoque que se concentra en las singularidades de cada sujeto y su contexto.

La importancia de abordar esta problemática de investigación radica en la necesidad de reflexionar y abrir nuevas discusiones que permitan analizar de manera profunda, a través de un enfoque crítico, la influencia de las ideas asociadas al modelo rehabilitador, o también conocido como modelo médico, en la experiencia de la infancia con discapacidad, un fenómeno que adquiere relevancia creciente en la actualidad. El objetivo último de esta investigación no es producir únicamente un discurso académico que contribuya al conocimiento teórico en este campo, sino que además permita interpelar las prácticas en la atención a las infancias con discapacidad, promoviendo un enfoque más inclusivo, centrado en el sujeto y cada historia familiar, garantizando de esta manera un acceso efectivo de sus Derechos.

Objetivos

Objetivo general:

- Investigar la incidencia que tiene el modo de elaborar y transmitir el diagnóstico de discapacidad en la constitución subjetiva infantil.

Objetivos específicos:

- Indagar en la bibliografía psicoanalítica acerca de la constitución psíquica y producción de subjetividad en la primera infancia.
- Reflexionar críticamente sobre las concepciones asociadas al paradigma médico en la atención a la infancia con discapacidad.

Desarrollo

1. Primera Infancia: psiquismos y subjetividad.

La primera infancia se caracteriza por ser un periodo de cambios decisivos en las dimensiones motora, cognitiva, socioafectiva y del lenguaje, entre otras, que va desde la gestación hasta los 7 años aproximadamente (Jaramillo, 2007). Estos cambios son de gran importancia en el crecimiento y desarrollo ya que pueden influir en todo el ciclo de vida de la persona. Por esto, la primera infancia es la etapa vital para preparar las bases de participación y aprendizajes permanentes,

fundamentalmente en niños con discapacidad ya que es posible garantizar el acceso a intervenciones que puedan favorecer al desarrollo de todo su potencial (OMS, 2013).

Otro aspecto importante a considerar es que la comprensión de la infancia como fenómeno social ha ido cambiando a lo largo de la historia, su significación y valor se fue transformando en cada época de acuerdo a la actitud que han tomado los adultos respecto a los niños hasta llegar a la concepción actual del niño como sujeto de derechos a partir de la Convención Internacional de los Derechos del Niño aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en el año 1989 (Jaramillo, 2007). En este sentido, siguiendo a Carli (1999), se puede plantear que el niño -o los niños- como categoría universal no existe, ya que esta autora piensa la noción "del niño" ligada al tiempo, un tiempo en términos de contexto histórico-social, así como en relación a los tiempos de constitución psíquica.

Subjetividad y psiquismo no deben confundirse entre sí. Bleichmar (2007) plantea que lo que diferencia a estas nociones es que la subjetividad remite a la posición del sujeto, y es la que estabiliza al psiquismo, en tanto aparato psíquico, el cual tiene carácter pre-subjetivo en los orígenes, y conserva el estatuto para-subjetivo una vez constituida la tópica psíquica. Para referirse a la constitución psíquica, toma inevitablemente los aportes freudianos, donde pueden ubicarse dos modelos fundamentales, dentro de los cuales todos los seres humanos compartimos las mismas reglas de funcionamiento psíquico.

Al abordar la noción de subjetividad, desde los aportes de Lacan (1983) la constitución subjetiva puede pensarse en relación a la génesis del sujeto del inconsciente, sujeto en devenir que no es sin la presencia de un Otro. De este modo, se intenta ir más allá de la descripción operativa del aparato psíquico, considerando la constitución de un sujeto deseante en relación a un Otro que lo reconoce como tal. Este sujeto, se vuelve condición para la constitución del aparato psíquico como base de la creatividad y evolución propia. El bebé nacido indefenso y vulnerable, que en un primer momento se encuentra alienado en una célula narcisista con el deseo de la madre, debe salir de allí,

transitar el drama que implica organizar su vida psíquica en función del deseo inconsciente de quien ejerce la función materna (Pérez de Plá, 2000).

Ahora bien, adhiriendo a la teoría lacaniana, y en términos de desarrollo infantil, uno de los psicoanalistas argentinos que habla de la temática es Jerusalinsky (1988). Para este autor, no se desarrolla el sujeto sino las funciones de los sistemas motor, perceptivo, fonatorio, hábitos, adaptaciones. Estos sistemas representantes del cuerpo asientan su funcionamiento en órganos específicos, pero Jerusalinsky destaca que se diferencian, organizan y adquieren particularidades a partir de su dimensión mental, dimensión propiamente psíquica. En el desarrollo del bebé humano no opera un simple automatismo biológico, sino que además está determinado por las marcas simbólicas que lo afectan. Concluye diciendo que "lo que marca el ritmo del desarrollo es el deseo del Otro que opera sobre el niño a través de su discurso. Lo madurativo se mantiene simplemente como límite, pero no como causa" (Jerusalinsky, 1988, p. 32), y agrega que

...el sujeto es el efecto de la obra del lenguaje; como tal está anticipado en el discurso parental. Que tal estructura opere en el niño depende en parte de la permeabilidad que lo constitucional y lo madurativo le ofrezcan desde el plano

personajes tutelares del niño sustenten esta estructura en la región de su límite. (Jerusalinsky, 1988, p. 32)

En consonancia con lo que plantea este autor, se hace énfasis en que el proceso psíquico de la constitución subjetiva es imposible separarlo de la dimensión física, ya que es un "momento de máxima intrincación de ambos aspectos" (Pérez de Plá, p. 40). Es así que se vuelve una etapa vital, teniendo en cuenta el impacto que tiene este proceso constitutivo en la historia de todas las personas. Así, la intrincación psique-soma es puesta en marcha por los representantes del otro que humaniza al recién nacido, pero que además este otro (u otros) está implicado con todo su bagaje personal, histórico y cultural en el que se mueve toda la familia.

Se pretende destacar tanto lo intrapsíquico como lo intersubjetivo; lo individual y lo social, de modo tal que a la hora de hablar de subjetividad es fundamental mencionar las ideas de Bleichmar al respecto (2007), quien aborda la subjetividad como producto histórico, la cual remite al sujeto en términos filosóficos y sociales. En este sentido, la subjetividad no solo surge de un proceso en tiempos de constitución, sino que además es efecto de determinadas variables histórico-sociales, es atravesada por los cambios culturales y políticos de cada época, por los modos de representación en que cada sociedad determina aquello que es necesario para la constitución de sujetos. Es decir, la anticipación del sujeto no es sólo producto del vínculo con las figuras primordiales, sino que la inclusión del contexto social también es fundamental.

En resumen, el otro -u otros- significativo se impone como representante del grupo social, dejando marcas en los tiempos de constitución. El sujeto se constituye como un aspecto crucial para el devenir de la vida humana, y se vuelve "condición de un desarrollo armónico, rico, utilizable para la vida" (Pérez de Plá, 2000, p. 42). Llegado a este punto, es conveniente reflexionar sobre qué efectos puede tener el modo de abordar un diagnóstico de discapacidad en este proceso ¿La manera en la que es percibida, nombrada y abordada la discapacidad durante la primera infancia, puede influir en la constitución subjetiva?

2. El valor del Diagnóstico.

Niños y adolescentes construyen su subjetividad a partir de procesos generados por funciones, prácticas y discursos, por eso es importante reflexionar desde una perspectiva crítica el modo en que se establecen y sostienen los diagnósticos en la actualidad, para pensar las posibles intervenciones del psicólogo.

¿Qué es una intervención? Para tener un primer acercamiento histórico con el concepto de intervención, se retoman las ideas de Carballeda (2002), quien evidencia que, desde sus orígenes, gran parte del sentido de la intervención en lo social está relacionado con el modo en cómo cada época construye los perfiles de la transgresión, en consecuencia, todo aquello que no coincide con la norma debe ser reordenado, racionalizado e introducido en la modernidad. Así es como la intervención ha proporcionado a lo largo de la historia nuevas estrategias de moralización. De esta manera, el autor plantea que la intervención en lo social implica siempre un ejercicio del poder, el cual construye un "otro" sobre el cual intervenir, lo clasifica y logra incluirlo en una determinada estructura de la sociedad. Estos hechos producen un disciplinamiento de los saberes, jerarquizando algunos y quitándoles valor a otros.

Siguiendo las ideas del autor, Bloj (2009) plantea que la intervención no es un concepto unívoco; y ubica dos horizontes posibles para pensar las intervenciones del

psicólogo. La perspectiva normativa implica al llamado paradigma positivista, desde el cual se interviene buscando el sostenimiento del contrato social vigente con el disciplinamiento y la reproducción de la sociedad actual, que se ve reflejado en la práctica de intervenciones normativizantes que tienen como finalidad el mantenimiento del contrato

8

social. Por otro lado, la perspectiva crítica o dinámica es sostenida por el paradigma de la complejidad e implica a la práctica del psicólogo a modo de un oficio, recurriendo a su sentido artesanal, saliendo de la idea de que las resoluciones a los conflictos están escritas de antemano, y es por esto que el quehacer profesional necesita tornarse creativo y novedoso.

Hecha esta primera diferenciación, Bloj (2009) señala tres tiempos de la intervención: el diagnóstico, las intervenciones propiamente dichas y la evaluación, lectura y análisis de efectos. De estos aportes se tomará el primer momento, el diagnóstico, considerado un momento ineludible para pensar toda intervención. A su vez, su análisis considera las diferentes perspectivas de abordaje que se mencionaron anteriormente. La autora señala que, desde la perspectiva normativa, que piensa a la salud y enfermedad como lo que entra o no dentro de la norma, el sujeto se vuelve un objeto de medición, observación y clasificación mediante la aplicación de una batería de test, y el diagnóstico adquiere carácter de certeza. En cambio, desde la perspectiva crítica, el diagnóstico es una hipótesis en continua reformulación, y en la cual intervienen lo singular, lo institucional y lo social, de modo tal que el diagnóstico es una constante construcción que pone en juego estos elementos. Así, el sujeto ya no es pasivizado, empieza a formar parte activa de la construcción diagnóstica, teniendo en cuenta que el problema no solo pertenece al indicador de patología, sino que además es parte del entramado social.

Para ejemplificar ambas perspectivas, Janin (2004) menciona diferentes casos en los que problemáticas diferentes son catalogadas con el mismo diagnóstico, para el cual se utilizan estrategias terapéuticas similares que borran lo más singular de cada niño para hacerlos encajar en los rótulos de lo igual: un niño de seis años tiene dificultades para aprender y para quedarse quieto. Es diagnosticado por la escuela como ADD y derivado al neurólogo, quien lo medica. Frena la actividad, pero se desconecta del grupo, tiene una mirada perdida, se asusta frente a cualquier movimiento de los otros. Un niño de siete años aprende con muchísima facilidad, pero suele molestar en clase, tiene una fuerte actitud de oposición y de cuestionamiento a la autoridad. La maestra lo deriva a una psicopedagoga, que diagnostica ADHD y deriva a un neurólogo. Otro niño, de nueve años, no termina de copiar las tareas. Se distrae en clase, se hace el payaso, llamando la atención de los otros. Es diagnosticado desde la escuela como ADHD, derivado a un neurólogo y medicado. Todos estos casos diagnosticados como ADD o ADHD por otros profesionales, presentaban conflictivas psíquicas totalmente diferentes, se estaban estructurando de un modo que solo tenía el no prestar atención en clase, acompañado de un movimiento considerado excesivo y de respuestas impulsivas.

Este fenómeno que se acrecienta en la escuela actual, ligado a la patologización y medicalización de la infancia, atribuye de manera lineal y excluyente razones de orden médico sin considerar otras variables, como podrían ser los vínculos familiares, la historia y el contexto en el que se inscribe la dificultad del niño, entre otras. Subyace a esto la lógica de los trastornos, las siglas, las fórmulas y se elimina cualquier otro elemento que podría estar incidiendo en la sintomatología del niño. Es cada vez más frecuente la derivación a consulta neurológica ante cualquier sospecha de deficiencia o trastorno neurocognitivo y/o conductual, con la consecuente demanda de tratamientos farmacológicos y de adiestramiento conductual o reeducativo. Desde una perspectiva

totalmente crítica, se promueve que, para comprender qué les sucede a estos niños es necesario correrse de esta perspectiva médica y patologizadora para poder abrir el abanico de posibles elementos influyentes: ámbito familiar, escolar y social. En este punto, es importante considerar que el fenómeno que hoy constituye el déficit de atención, emerge en una sociedad que varía constantemente los modos de atender y prestar atención, lo que habilita a la pregunta ¿de quién es el déficit? (Nuñez, 2013).

Este acercamiento a la noción de diagnóstico permite pensar las estrategias con las que cada tratamiento se llevará adelante, teniendo en cuenta las potencialidades del sujeto, sin otorgar valor definitivo únicamente a las dificultades o padecimientos que presenta cada persona. Lo que se intenta es que el diagnóstico haga hablar al niño, a los padres, al padecimiento que los trae a la consulta, es decir, incluir una hipótesis

9

diagnóstica que permita la interrogación.

En síntesis, se acentúa la necesidad del diagnóstico en el ámbito clínico, teniendo en cuenta la importancia de este como punto de partida para reconocer y nombrar un problema con el objetivo de establecer estrategias terapéuticas. Sin embargo, no se debe caer en una trampa de la cual el niño diagnosticado no pueda correrse, y quede encerrado en un diagnóstico objetivante de su subjetividad. Para Percia (2002) los diagnósticos se vuelven fórmulas necesarias para dosificar la incertidumbre de preguntas que no se agotan, y lo expresa con mucha claridad cuando plantea que el diagnóstico es una miseria necesaria, una certeza que se simula provocando la ilusión de un dominio.

3. Discapacidad: concepto y modelos de abordaje.

El concepto de discapacidad se ha transformado a lo largo de la historia. Se trata de una construcción social, con lo cual las ideas, valores y prejuicios que giran en torno a ella no son naturales, sino que se pronuncian en favor de la ideología dominante de cada época.

En primer lugar, se debe tomar una postura con respecto al uso de los términos utilizados en este trabajo, y para esto, se toman los planteos de Valencia (2014). Este autor, da cuenta de cómo la forma en que es nombrada la discapacidad evidencia las ideas y estrategias que se aplicarán sobre ella. Hablar de discapacitado, deficiente, enfermo, anormal, inválido, inadaptado, entre otros términos que menciona, da cuenta del carácter negativo y discriminatorio de los mismos. Por otra parte, expresiones como personas con capacidades diferentes o con necesidades especiales no producen una transformación del concepto, sino que, de la misma manera que los términos anteriores, no da cuenta de la situación real que atraviesan estas personas. Por esto, al igual que Valencia en este trabajo se utilizará el término Personas con Discapacidad,

ya que supone primeramente otorgarles un estatuto de persona, es decir de “sujetos de derecho”, y porque alude primeramente al sujeto antes que a la Discapacidad misma. Por otra parte, se refiere a que tiene una discapacidad y no que es un discapacitado, valorando las posibilidades del sujeto para decidir y hacer su presente y su futuro, sus vocaciones e intereses, más allá de las limitaciones

que pueda presentar debido a su discapacidad. (Valencia, 2014, p.sn)

Es claro como “la discapacidad es un tema anudado ideológica, cultural, política y económicamente a los espacios que una sociedad da a los sujetos para vivir en ella” (Tróccoli, Grande, Bersanker, 1997, p.2 citado por Chamorro, 2019). Desde la antigüedad hasta la actualidad, la discapacidad ha sido tratada de diversas maneras, por tanto, es necesario desarrollar brevemente los cambios que atravesó esta noción. Para tal desarrollo, se toman los aportes de Palacios (2008) quien distingue tres modelos o paradigmas de abordaje de la discapacidad: modelo de prescindencia, modelo rehabilitador, y modelo social.

El modelo de la prescindencia encuentra el origen de la discapacidad en causas religiosas. Las personas con discapacidad son consideradas innecesarias ya que no contribuyen a las necesidades de la comunidad, son símbolos del pecado, y sus vidas no merecen ser vividas. Se prescinde de las personas con discapacidad a través de las políticas eugenésicas o de encierro. Al mismo tiempo, la autora subdivide este modelo en dos submodelos que, aunque coinciden en los presupuestos, no coinciden en sus consecuencias o características principales. Por un lado, menciona el submodelo eugenésico el cual, por motivos religiosos y políticos, consideraban inconveniente el desarrollo y crecimiento de niñas y niños con discapacidad, así como en la antigüedad clásica (sociedad griega y romana). Y, por otro lado, el submodelo de marginación que ubicaba a las personas con discapacidad dentro del grupo de los pobres y los marginales,

10

es decir, pertenecían a los grupos excluidos. En el medioevo se le daba este tipo de tratamiento a la discapacidad.

En segundo lugar, la autora menciona al modelo rehabilitador. En él las causas de la discapacidad son científicas y están ligadas a las limitaciones individuales de las personas. Mediante la rehabilitación de dichas limitaciones, se busca normalizar a las personas con discapacidad, y esta dejaría de ser considerada innecesaria o inútil en tanto “la persona logre asimilarse a los demás —válidos y capaces— en la mayor medida de lo posible” (Palacios, 2008, p.67).

Este modelo, ubica el foco del problema en la persona y sus dificultades, “se alude a la diversidad funcional en términos de salud o enfermedad” (Palacios, 2008, p. 66). De este modo, se hace énfasis en la diversidad funcional, en aquellas actividades que las personas con discapacidad no pueden llevar a cabo, lo que conduce a una significativa subestimación de sus habilidades. Como resultado, las estrategias de intervención de la sociedad toman una actitud paternalista que se centra en las deficiencias de aquellos que se considera que tienen menos valor que los demás, generando menosprecio y discriminación con relación a las aptitudes generales de las personas con discapacidad. Así, la figura más apta para diagnosticar dentro de este modelo es el médico.

Ahora bien, aunque la discapacidad ya no busca ser eliminada, las personas con discapacidad son reducidas socialmente, son alineadas, y para ello el fenómeno distintivo es la institucionalización. El encierro es ahora planteado en términos terapéuticos, cuyo objetivo es velar por el bien de la sociedad, “el mero hecho de tener una diversidad funcional, significa para las personas la pérdida del control de sus propias vidas y de su libertad; como asimismo la restricción y violación de sus derechos más básicos” (Palacios, 2008, p.93).

Los fundamentos y antecedentes de este modelo pueden ser ubicados mucho tiempo atrás, aunque se consolida recién a principios del siglo XX, después de la Primera Guerra Mundial, así como también gracias al gran aumento de accidentes laborales que surgieron con la industrialización. En este momento las personas con

discapacidad pasan a ser relacionadas con los heridos de guerra, es decir, comenzó a ser vista como una deficiencia a ser erradicada. La Segunda Guerra Mundial trajo consigo el nacimiento del movimiento médico y de la psicología de la rehabilitación, se ampliaron los objetivos de recuperación ya que además de lo somático se empezó a tener en cuenta los factores psicosociales, lo que permitió que se incorporaran nuevos profesionales. Conjuntamente, a estos cambios se suma la progresiva asunción de responsabilidad por parte de los gobiernos en esta problemática.

Por último, para concluir con el desarrollo de este modelo, la autora refleja que considerar la diversidad funcional como una enfermedad, de causas naturales y biológicas, dio lugar al mejoramiento de la calidad de vida de las personas afectadas, así como al desarrollo de los medios de prevención y tratamientos de rehabilitación, sin embargo

a pesar de representar un avance respecto de consideraciones anteriores, podrá observarse que el modelo rehabilitador ha sido —y de hecho es— criticado en cuanto a la filosofía que lo sustenta, en lo que atañe a la consideración de la persona con discapacidad como un ser dependiente, inferior, que necesita ser rehabilitado (re-habilitado) a los efectos de recuperar su dignidad —una dignidad que se da por lesionada o pérdida—. (Palacios, 2008, p.31)

En tercer lugar, Palacios (2008) menciona al modelo social. Este nace como resultado de la lucha constante de las propias personas con discapacidad desde mediados de la década de 1960, en Europa y en Estados Unidos, lucha que hizo énfasis en las barreras socio-ambientales y que desembocó en el ámbito legal teniendo como resultado uno de los hitos más importantes respecto a la temática: la aprobación de la

11

Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad en el año 2006. La misma compromete a los estados parte a garantizar los derechos de las personas con discapacidad de manera integral, valorando y respetando la diferencia.

Desde este modelo, el problema no radica en las limitaciones de la persona, sino que las causas de la discapacidad se buscan en factores sociales, en las limitaciones que impone la sociedad misma para proporcionar servicios adecuados y asegurar que las necesidades de las personas con discapacidad sean consideradas dentro de la estructura social. Se empieza a considerar que la discapacidad es “el resultado de una sociedad que no se encuentra preparada ni diseñada para hacer frente a las necesidades de todos y todas, sino solo de determinadas personas, que —casualmente— son consideradas personas estándar” (Palacios, 2008, p.32). Así, bajo esta línea de pensamiento, ya no se debe buscar la rehabilitación de la persona con limitaciones, sino que se debe apuntar a las soluciones dirigidas a una sociedad que impone barreras abogando a una sociedad que sí esté pensada y diseñada para hacer frente a las necesidades de todas las personas. Las barreras que encuentran las personas en el desarrollo de sus vidas y que este modelo destaca son: económicas, medioambientales y culturales. Son estas barreras sociales las que impiden a las personas el acceso a la igualdad de oportunidades, y se proyectan como una forma de opresión que implica limitaciones en la participación activa, plena y efectiva en la sociedad en condiciones de igualdad con los demás (Palacios, 2008).

En consecuencia, si bien la rehabilitación es importante en la discapacidad,

desde el enfoque social es un error pensar que el problema de la discapacidad se reduce al ámbito de la salud. Así como el modelo rehabilitador tiende a reducir el problema a lo físico, desde la perspectiva que está siendo analizada el problema es considerado en sus dimensiones social, relacional y por supuesto biológica, pero sin quedar reducido a una sola de ellas. Considerar las múltiples facetas de la discapacidad ubica en el centro de la cuestión las percepciones tanto profesionales como públicas de la discapacidad y supone mucho más que simples cambios en las cuestiones relativas a la accesibilidad y los recursos.

Los principales ejes de este modelo son la dignidad humana, la igualdad y la libertad personal, a favor de la inclusión social basada en la vida independiente y autónoma, la no discriminación, la accesibilidad universal, etc. Apunta a la autonomía de la persona con discapacidad para decidir respecto de su propia vida, a la vez de equiparar las oportunidades eliminando las barreras que impone la sociedad.

En este punto, se pueden diferenciar los términos deficiencia y discapacidad. La deficiencia o diversidad funcional refiere a la limitación que tiene la persona en un órgano, una función o un mecanismo del cuerpo o de la mente que no funciona, o que funciona deficitariamente. Este término queda ligado al modelo rehabilitador. Por otra parte, la discapacidad destaca los factores sociales que restringen, limitan o impiden a las personas con diversidad funcional, y es por eso que queda ligada al modelo social de la discapacidad. Esta distinción es importante ya que involucra directamente al campo político y social.

Por último, respecto al modelo desarrollado en tercer lugar, se debe subrayar que, a pesar de ser un gran logro en términos de Derechos, actualmente se presenta a modo de reclamo e ideal a alcanzar. A diferencia del modelo rehabilitador, este surge como necesidad en la dimensión social que ha sido plasmada en el ámbito del Derecho, lo que quiere decir que no podemos encontrar un fiel reflejo en la sociedad de aquello que proclama el Derecho, sino más bien caminos que poco a poco son conquistados (Palacios, 2008).

Para dar cierre a este apartado, es necesario considerar que estos modelos no son excluyentes entre sí, más bien conviven a lo largo del tiempo, aunque sí es preciso aclarar que en cada época se imponen unos a otros (Egea García, Sarabia Sánchez, 2004).

4. ¿Puede un diagnóstico no invalidar al sujeto?

12

Partir de la idea ya planteada de producción subjetiva propuesta por Bleichmar (2004), concebida dentro de un contexto espacio-temporal específico, que incluye las condiciones socio-históricas y político-económicas que van a delimitar los modelos de identidad, las expectativas, los ideales y las expresiones propias de cada de cada época, conducirá a la pregunta acerca de ¿cómo se arriba a los diagnósticos en relación a las problemáticas que se presentan en la infancia en nuestra época? Untoiglich (2013) destaca que vivimos en una época caracterizada por dificultades para sobrellevar el malestar y el sufrimiento, la inmediatez imperante modela un terreno propicio para la instalación y despliegue de una lógica medicalizadora y patologizadora de la infancia.

En la actualidad se hace cada vez más evidente un incremento de traslados al ámbito médico de problemáticas que son inherentes a la vida social, política y colectiva, a las cuales se les atribuye origen biológico para luego ser abordadas como problemas individuales. "Cuando problemas que están por fuera del área de la medicina son definidos en términos de trastornos y abordados como problemas

médicos, estamos ante un proceso de medicalización de la vida” (Collares y Affonso Moysés, 1996 citado por Untoiglich, 2013, p. 25). Este fenómeno ha experimentado un crecimiento significativo en la infancia y tiene como consecuencia preocupante el aumento de consumo de psicofármacos en niños. La intervención se planifica en busca de una adaptación de los sujetos a las exigencias actuales de la sociedad. De tal modo, se le otorga un poder autoritario a la medicina, que aplica funciones normalizadoras más allá de las enfermedades o demandas de las personas. Cuando esto ocurre, se produce una desresponsabilización hacia las instancias de poder que muchas veces son generadoras de tales dificultades, ya sean económicas, sociales, educativas, emocionales, entre otras (Untoiglich, 2013).

La vorágine en la que se desenvuelve la vida hoy, hace que se tenga que lidiar con la necesidad imperante de diagnosticar las problemáticas de las infancias de manera tal que se confirme que se trata de un problema individual del niño. Para ejemplificar, en el caso de la institución escolar, es cada vez más evidente esta búsqueda del origen del problema en el individuo, ocultado que las dificultades podrían estar generándose dentro de la institución misma. Consecuentemente, se instalan discursos imperantes que construyen y sostienen la idea de que la sociedad es víctima de estos niños inadecuados, anormales o enfermos sin poner en cuestión, al menos, la relación que hay entre la creciente cantidad de niños diagnosticados y el contexto sociocultural actual.

Autores como Szasa (2007, citado por Untoiglich, 2013) sostienen que la medicalización no se trata específicamente de la medicina o ciencia, sino que encarna un estrategia semántica y social, la cual busca el beneficio de unos y perjudica a otros. Las consecuencias que tienen estos procesos están relacionadas con la expansión de las áreas de incumbencia de la medicina, fomentada por la industria farmacéutica, el uso de nuevas tecnologías para el tratamiento anormal de los sujetos, y la deformación de la realidad para promover el control social en favor de la salud (Untoiglich, 2013).

La patologización de la vida ocurre cuando características inherentes a lo humano (tristeza, inquietud infantil, timidez, rebeldía adolescente, entre otras) se transforman en patología. Es decir, las particularidades de cada persona son concebidas como mórbidas. En este proceso, dentro del campo de la salud mental, siempre hay una búsqueda de causa unívoca y determinista, además impera la noción fija de normalidad, y todo aquello que queda por fuera se califica como anormal, se construye una clasificación que da sentido a todo lo que le ocurre a ese sujeto, y su vida pasa a ser leída desde esa única condición, y por último, toda la historia de ese sujeto, su pasado, su presente y su futuro estará atravesada por dicha categorización (Untoiglich, 2013).

Untoiglich (2013), señala que, en nuestra época, es notable cómo el acceso a información influye cada vez más en el autodiagnóstico que suelen realizar los propios padres, o el niño llega a la consulta con un diagnóstico ya realizado por otro profesional. Este tipo de diagnósticos clasificatorios que son elaborados en función a las características y conductas observables del niño, terminan por ocultar las particularidades de cada niño y reemplaza por una etiqueta al sujeto, sin profundizar en cuáles son los múltiples factores que significan el malestar. Desde esta perspectiva, el diagnóstico como

pura entidad clasificatoria solo evoca las generalidades, pero no da lugar al sufrimiento singular, lo que no sólo aplana al sujeto, sino que además deteriora la calidad de la atención clínica. Además, la autora hace énfasis en las clasificaciones más generalizadas propuestas por el reconocido Manual Diagnóstico y Estadístico de los

trastornos mentales (DSM). De acuerdo con esta idea, según Terzaghi (2013)

El uso extendido de las categorizaciones psicopatológicas del DSM, en la infancia, aparece validado precisamente por su pretendido sustento en "razones de la ciencia". De este modo queda reducido el sufrimiento a categorías nosográficas, justificado el uso de terapéuticas psicofarmacológicas desde edades cada vez

más tempranas (cuando aún se desconocen por ejemplo, sus efectos sobre la neuroplasticidad) y se eliminan las implicancias que cualquier relación humana pudiera tener en un niño. (p.181)

La autora también agrega que, conjuntamente al acelerado desarrollo de las neurociencias parece inevitable la incorporación de sus herramientas para la consolidación del dispositivo medicalizador, con el fin de mantener un control funcional a las necesidades del mercado (Terzaghi, 2013). Este se vuelve un terreno fértil, que brinda las condiciones para que aparezcan recetas salvadoras, no sólo en términos farmacológicos sino también como instrucciones, técnicas de tratamientos estandarizados, instructivos de crianza, métodos de detección temprana, etc., y "en definitiva, conjuros imaginarios contra la angustia que, previamente, se generó. El miedo atraviesa cuerpos y produce subjetividades dispuestas a hacer propias las promesas de salvación" (Terzaghi, 2013, 187).

Como ya se ha mencionado anteriormente, el diagnóstico es una miseria necesaria que habilita la ilusión de un dominio (Percia, 2002), y resulta más sencillo y tranquilizador aplicar test y cuestionarios que permitan encasillar el padecer del sujeto. Resguardo de aquello oscuro y difuso que se presenta en primera instancia. Untoiglich (2013) hace referencia a esto diciendo que "Allí es donde las etiquetas diagnósticas muchas veces cumplen el rol de aligerar la angustia del profesional por no saber qué le ocurra este niño otorgando respuestas rápidas y superficiales a lo que está sucediendo" (p. 76) y resalta la idea de que, de este modo, se corre el riesgo de transformar la clínica en una serie de procedimientos burocráticos.

En este punto, la discapacidad concebida como una limitación y la mirada patologizadora hacia la infancia, harán del sujeto un blanco de múltiples estrategias con el fin de lograr cierta corrección o readaptación. Chamorro (2019) hace mención a estas ideas, y plantea que "la tendencia es a centrarse en el niño y buscar el objetivo de la equiparación con los normales. Esto implica, con frecuencia, un empecinamiento por corregir las desviaciones físicas, funcionales e incluso conductuales, que en nada favorecen el despliegue subjetivo" (Chamorro, M., 2019, p.68).

De la discapacidad como encerrona, al niño sujeto de derechos...

Cuando existe un diagnóstico de discapacidad en la infancia, la concepción que tenga la familia, y su entorno, sobre esta será uno de los determinantes para la constitución subjetiva del niño, así como para la construcción de vínculos.

Cuando el discurso medicalizador se refiere a las personas únicamente bajo el rótulo de su discapacidad, estos diagnósticos empiezan a producir la identidad del sujeto, más allá de su propia historia. Chamorro (2019) retoma los postulados de distintos autores que hacen énfasis en esta problemática. Entre ellos, menciona a Angelino (2014) quien analiza los modos en que el discurso médico, a través de diagnósticos y pronósticos, performa las vidas de madres e hijos con discapacidad. Tomando aportes de Butler

respecto del poder del lenguaje de producir lo socialmente real, establece que "...la palabra del médico nombra y, en un proceso simultáneo, crea la discapacidad" (Angelino, 2014, p.153 citado por Chamorro, 2019, p.70). En este sentido, los efectos deshumanizantes de los discursos médicos sobre la discapacidad construyen las nuevas realidades, identidades y futuros preestablecidos de quienes atraviesan por tal situación.

En esta elaboración, desde una perspectiva psicoanalítica, se plantea la posibilidad pensar un abordaje que favorezca una constitución subjetiva en la infancia, propiciando una apropiación por parte del sujeto de su propia historia y de su padecer/enfermedad/sufrimiento.

Schorn (2014) pone de relieve la idea de que la capacidad y la discapacidad no se excluyen, siempre hay capacidad en la discapacidad. La discapacidad remite a que algo de lo esperado como potencialidad no se da al igual que en otra persona, y la capacidad es la aptitud para algo, la aptitud legal de asumirse un sujeto de derechos y obligaciones. La autora profundiza en "el aspecto fundante y sostenedor de la persona que es: la capacidad de ser sujeto y no ser sólo una persona sujeta por un otro" (Schorn, 2014, p.8).

Esta capacidad nada tiene que ver con las mediciones ni con las estandarizaciones, tampoco con la idea de que hay algo que en sí es bueno o malo. Es la capacidad de ser uno y permitir que el otro sea (más allá de las diferencias) acercándose a las potencialidades que cada uno tiene o desarrolla en su vida. La capacidad de ser sujeto es la capacidad de perfeccionar su propia historia, su propia vida, sus propios proyectos los cuales serán de gran envergadura, o de pequeño alcance pero proyectos al fin, que afirman la idea de que uno debe ser sujeto de su propia existencia. (Schorn, 2014, p.8)

Esta postura se corresponde con un enfoque basado en los derechos, que fomenta la escucha y el tratamiento singular de cada situación. Barcala (2013) plantea que frente al etiquetamiento de niños y adolescentes que no responden a las expectativas sociales como peligrosos o que son diagnosticados psicóticos, estigmatizados y excluidos, nos debe convocar la responsabilidad ética de llevar adelante prácticas que promuevan el acceso a la salud mental e intenten modificar este doloroso destino para los niños y niñas.

Es necesario abordar la discapacidad desde el modelo social, concibiendo al sujeto en situación de discapacidad como un sujeto portador de derechos, destacando su capacidad, así como la posibilidad de participar activamente dentro de la sociedad, para que sea posible plantear posibles modalidades de un abordaje clínico que aloje al sujeto y produzca intervenciones subjetivantes en el niño y sus padres.

Como ya se mencionó, un niño es una persona que se encuentra en proceso constante de constitución subjetiva, entramado con los Otros y atravesado por la época. Comprender que los diagnósticos deberían funcionar como brújulas orientadoras para los profesionales, teniendo en cuenta que se construyen en un devenir que va modificándose, podría habilitar efectos subjetivos en el niño. Para esto, los diagnósticos se realizan en un proceso enmarcado por la transferencia con ese profesional y/o institución, y tomando en cuenta las múltiples determinaciones del malestar de ese sujeto. Es decir, los diagnósticos no deberían constituirse nunca en

una marca indeleble en la vida de un sujeto. No existen diagnósticos listos para usar o ser portados. (Untoiglich, 2013).

En este proceso de construcción se abre un camino que conduce al terapeuta hacia lo diverso, lo múltiple, lo inesperado. A su vez, deberá no responder a la necesidad de tener que transformarlo en algo ya conocido para que encaje en patrones preestablecidos, sino de brindar tiempo y disponibilidad para enfrentarse a lo desconocido: la historia singular, familiar, del niño. Historia que lo atraviesa y constituye como sujeto. Así, se pone de manifiesto la importancia del trabajo con los padres ya que son quienes,

15

en mayor medida, determinan la realidad del niño, con sus decires y acciones. Apuntar a este tipo de abordajes, permite "poder generar nuevas lecturas de la realidad, que posibiliten abrir novedosas perspectivas en el trabajo con el niño" (Untoiglich, 2013, p. 67).

El trabajo del terapeuta no será postularse frente al niño y la familia como el portador de un saber cerrado respecto a la problemática, porque son ellos quienes tienen mucho más para decir acerca de su padecimiento. En su abordaje, expone sus hipótesis y propone caminos a seguir. Se trata de una praxis que apunta a construir en ese encuentro un saber nuevo acerca del malestar, que posibilite inventar otros modos de abordarlo desde la singularidad del caso (Untoiglich, 2013).

Si el modelo médico rehabilitador termina por determinar, predecir, y anticiparse al futuro de los sujetos bajo rígidas clasificaciones nosográficas, desde la perspectiva psicoanalítica, Untoiglich trae la idea del porvenir como aquello que se abre a nuevas conquistas, y propone "pensar la figura del analista como un posibilitador de porvenires potenciales, un sujeto activo (no muerto), que se encuentra con otros sujetos activos (no pacientes): niños y padres, co-constructores de novedosos caminos que quizás habiliten nuevas oportunidades" (Untoiglich, 2013, p.82).

En esencia, se trata de repensar las propuestas terapéuticas. Es indiscutible que son necesarias, y a veces se necesita un trabajo intenso, es también necesario evitar que la vida del niño se vuelva se convierta exclusivamente en un conjunto de terapias, ya que esto lo sobrecarga a él y a sus padres. La terapéutica termina por rigidizarse, y en muchas ocasiones los padres se ven limitados a no poder ocuparse del vínculo con su hijo por fuera de esta. El desafío es crear nuevos movimientos fundantes, construir las vías de la intersubjetividad entre el hijo y sus padres, y deconstruir los techos que se le imponen, con límites que están más ligados a resistencias y prejuicios de los profesionales que a imposibilidades del pequeño, porque si algo muestra la clínica con niños es justamente que, el tipo de intervenciones pueden producir diversas modalidades de organización subjetiva que previamente no eran posibles, o también pueden obstaculizar su surgimiento (Untoiglich, 2013).

Para finalizar con los aportes de esta autora, ella propone dirigirse hacia un psicoanálisis cuestionador

que pueda construir en los bordes, que camine por las fronteras, que no esté tan preocupado por seguir "el método que la ortodoxia impone (¿qué ortodoxia?, sin duda no la de Freud que era un inventor), que pueda salir de su propio aislamiento y enriquecerse de otros aportes y otras disciplinas de la ciencia actual, que no entienda la abstinencia profesional como falta de compromiso, que sea capaz de lidiar con lo impredecible y soportar la

incertidumbre, que deje de lado su soberbia, que confronte y discuta ideas y no narcisismos, que incluya en sus estrategias el trabajo con profesionales de otras disciplinas en calidad de pares, que no utilice algunos conceptos teóricos como parapetos contrafóbicos, que se implique en la cura de sus pacientes manteniendo una asimetría, pero estableciendo un compromiso mutuo, que escuche la singularidad teniendo en cuenta el contexto socio-histórico, que parta de lo existente y construya lo que nunca estuvo, ese modo de abordaje desde el psicoanálisis seguramente tendrá mucho que aportar en el trabajo con estos niños y familias. (Untoiglich, 2013, p. 208-209)

16

Conclusiones

El presente trabajo se inició con el objetivo de realizar una indagación en la bibliografía con el fin de investigar la incidencia que puede tener el modo de elaborar y transmitir un diagnóstico de discapacidad en la constitución subjetiva de la primera infancia. La elección de esta problemática se consideró importante ya que la dificultad de manejar el malestar y el sufrimiento que vivimos se acrecienta en nuestra época debido a la inmediatez que impera y la búsqueda de soluciones rápidas, lo que facilita la propagación de la medicalización y patologización de la infancia.

Como expresamos en el desarrollo de este trabajo, el diagnóstico es necesario para pensar la práctica. Un diagnóstico no debe definir las fronteras de nuestras capacidades, ni marcar el final de sueños o aspiraciones. Como profesionales, somos nosotros, con nuestras percepciones y actitudes, quienes tenemos el poder de imponer límites al otro (o a nosotros mismos). Cuando la postura del profesional es no diagnosticar para no etiquetar al niño, también estamos frente a un problema ya que el prejuicio y el desconocimiento crean barreras invisibles pero muy poderosas, y limitan el acceso de muchos niños a las ayudas que necesitan para su desarrollo y bienestar.

El diagnóstico: las dos caras de una misma moneda. Dependiendo del tipo de perspectiva en la que se posicione el profesional, el diagnóstico puede volverse una encerrona para el sujeto. De la misma manera, no diagnosticar puede privar del acceso temprano de intervenciones de apoyo y terapias que podrían marcar una diferencia decisiva en la calidad de vida de la persona. En este sentido, hay que ser muy cuidadosos a la hora de elaborar un diagnóstico. Este no debe volverse una marca indeleble porque eso hace más difícil acompañar el proceso de subjetivación del niño. Y en ocasiones, cuando encierra o encapsula se vuelve un obstáculo. Es por eso que debemos escuchar qué hay detrás de esa etiqueta, de ese nombramiento.

Como vimos, el discurso médico pronostica el futuro de la persona a partir de su diagnóstico. Se vuelve certeza absoluta. Desentramar ese rótulo permite dirigir nuestra mirada y escucha hacia la historia del propio niño y su familia. Pensar al diagnóstico como una construcción a partir de lo que le pasa al niño, de la demanda con la que llega la familia, implica abrir nuevas preguntas, crear nuevas hipótesis, refutarlas, etc., sin que se vuelvan afirmaciones definitivas. Esto es importante, ya que si escuchamos únicamente el diagnóstico y dejamos de escuchar al niño dejamos de considerar todas las capacidades y potencialidades de la persona.

¿Que escuchamos cuando escuchamos? ¿escuchamos al niño o a la etiqueta? El desafío de nuestra intervención será poder interpelarnos y reflexionar acerca de

esto. Esa es la manera de posibilitar que algo nuevo surja, que algo nuevo aparezca, introducir una espera que haga posible el surgimiento de devenires singulares. Si miramos solo la etiqueta, veremos más de lo mismo. El desafío es pensar en un diagnóstico flexible, sensible, recursivo y en constante construcción, que considere por sobre todas las cosas que, aunque hay muchas personas con el mismo diagnóstico, ninguna es igual a otra. Hay que conocer a la persona para saber qué necesita y qué barreras se le imponen dentro de su entorno social. Se trata, en esencia, de recibir la demanda que trae la familia sin patologizar. Poder alojar a ese otro, mirar, escuchar, observar, sin que impere la necesidad de dar una respuesta inmediata. Habilitar un espacio desde lo que el niño quiere y puede ser, para dar lugar a la construcción de su subjetividad a partir de reconocer a ese otro que tengo delante.

Risso Villani (2024) cuenta en primera persona su experiencia con la discapacidad. En un fragmento de su libro deja entrever cómo las palabras dejan de pertenecer a quien las enuncia y pasan a ser parte de los demás:

Me fascinan las palabras dichas porque dejan inmediatamente de ser parte del cuerpo. Ese sonido que antes fue aire de los pulmones empujado por un diafragma atravesó nuestras cuerdas vocales y ahora es un componente más del aire, tal vez del viento. (Risso Villani, 2024, p. 61)

17

La autora, describe su historia clínica que abarca diagnósticos y tratamientos angustiantes, aunque resuena significativamente cuando comparte que ella conoció la palabra discapacidad a los 14 años porque en su casa no se hablaba en esos términos. Vivió sus primeros 14 años sin tener esa palabra como un impedimento. Julia nos entrega su testimonio, pero también pone en cuestión acerca de qué vemos cuando vemos los cuerpos, vemos su discapacidad, sus marcas, pero en definitiva ¿cuáles son las marcas que importan? En este relato sobre su historia, nos invita a conocer un poco más de esos otros dolores, de esas otras marcas porque sí, habitamos un cuerpo, pero también somos todo lo que llegamos a vivir y todo aquello nos determina en un camino que siempre es colectivo.

Reflexionar y poner en cuestión está problemática desde nuestra posición es una manera de promover la inclusión y el respeto hacia las personas con discapacidad en la sociedad. Como psicólogos, debemos hacer un esfuerzo consciente para fomentar la práctica efectiva de un modelo social que garantice los derechos de las personas con discapacidad, así como habilitar un espacio que se vuelva apoyo en la construcción de subjetividades, “porque no hay nada que curar ni nada que lamentar que no sea la mirada peyorativa de una sociedad” (Treza, 2024, p.8).

Referencias bibliográficas

- Barcala, A. (2013). Niños, niñas y adolescentes en situación de alta vulnerabilidad psicosocial. En *La patologización de la infancia II*. Buenos Aires: Noveduc.
- Bleichmar, S. (2007). Límites y excesos del concepto de subjetividad en psicoanálisis. En *La subjetividad en riesgo*. Buenos Aires: Topía Editorial.
- Bloj, A. (2009). Aspectos técnicos del diagnóstico en la escuela. Un enfoque preventivo. En *Libro Virtual de la Cátedra Psicología Educativa II*. Rosario: Psicología Educativa II - UNR.
- Bloj, A. (2009). Tres momentos para pensar las intervenciones del psicólogo educacional. Diferentes perspectivas de abordaje. En *Intervenciones en psicología educacional* (pp. 17-30). Rosario: Laborde Editor.
- Carballeda, A. (2002). La intervención en lo social. Exclusión e integración en los nuevos escenarios sociales. Buenos Aires: Paidós.

- Carli, S. (1999). La infancia como construcción social. En *De la familia a la escuela. Infancia, socialización y subjetividad*, (pp. 11-39). Buenos Aires: Santillana.
- Chamorro, M. (2019). El uso temprano de la lengua de señas: un mediador simbólico en padres de niños con discapacidad auditiva (Tesis doctoral). Universidad Nacional de Rosario: Rosario, Argentina. Recuperado de <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/ar/>
- Dueñas, G. (2013). Intervenciones subjetivantes sobre las problemáticas con las que nos interpelan hoy las infancias y adolescencias en las escuelas. En *Actualidad Psicológica* (416) (p. sn). Buenos Aires.
- Egea García, C. y Sarabia Sánchez, A. (2004). Visión y modelos conceptuales de la discapacidad. *Revista Polibea*, N° 73. Recuperado de https://www.um.es/discatif/METODOLOGIA/Egea-Sarabia_modelos.pdf
- Janin, B. (2004). Niños desatentos y/o hiperactivos. Algunas reflexiones. Buenos Aires. Recuperado de http://www.codajic.org/sites/default/files/sites/www.codajic.org/files/desatentos_hi_peractivos.pdf
- Jaramillo, L. (2007). Concepciones de infancia. *Zona Próxima*, (8) (pp.108-123). Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=85300809>
- Jerusalinsky, A. y col. (1988). Desarrollo y Psicoanálisis. En *Psicoanálisis en problemas del desarrollo infantil* (pp. 23 a 33). Argentina: Nueva Edición.
- Lacan, J. (1983). El seminario 2. El Yo en la teoría de Freud y en la técnica psicoanalítica. Buenos Aires: Paidós.
- Organización de las Naciones Unidas. (2006). La Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Recuperado de https://www.plenainclusion.org/wpcontent/uploads/2021/03/convencion_on_u_lf.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2013). El desarrollo del niño en la primera infancia y la discapacidad: Un documento de debate. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/78590>
- Palacios, A. (2008) El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Madrid: Cermi.
- Percia, M. (2002). Acaecer en la clínica. En *Campo Grupal* (36) (pp. 7-10). Buenos Aires:

- Pérez de Plá, E. (2000). El sujeto, el cuerpo y el otro; la constitución subjetiva de los niños con problemas del desarrollo, con especial énfasis en el Síndrome de Down. En *Pérez de Plá, E. y Carrizosa, S. (Comp.), Sujeto, inclusión y diferencia: Investigación psicoanalítica y psicosocial sobre el Síndrome de Down y otros problemas del desarrollo* (pp. 23-95). Universidad Autónoma Metropolitana. Recuperado de <https://publicaciones.xoc.uam.mx/Busqueda.php?Terminos=P%C3%A9rez%20de%20Pl%C3%A1,%20Esperanza&TipoMaterial=1&Indice=2>

Risso Villani, J. (2024). *Curvaturas. El dolor nunca tuerce el deseo*. Buenos Aires: Chirimbote.

Schorn, M. (2014). *La capacidad en la discapacidad. Sordera, discapacidad intelectual, sexualidad y autismo*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Terzaghi, M. (2013). *La insoportable ignorancia. Notas sobre autismo y patologización*. En Untoiglich, G. (2013). *En la infancia los diagnósticos se escriben con lápiz. La patologización de las diferencias en la clínica y la educación*. Buenos Aires: Centro de Publicaciones Educativas y Material Didáctico. Noveduc Libros.

Trezza, A. (2024). Prólogo. En Risso Villani, J. (2024). *Curvaturas. El dolor nunca tuerce el deseo*. Buenos Aires: Chirimbote.

Untoiglich, G. (2013). *En la infancia los diagnósticos se escriben con lápiz. La patologización de las diferencias en la clínica y la educación*. Buenos Aires: Centro de Publicaciones Educativas y Material Didáctico. Noveduc Libros.