

HERENCIA, DISCAPACIDAD Y SUBJETIVIDAD FRENTE A LAS CLASIFICACIONES INVALIDANTES

*“El que combate a los monstruos tiene que tener cuidado de no convertirse en monstruo él mismo.
Y si miras durante mucho tiempo un abismo, el abismo también mira dentro de ti”*

Friedrich Nietzsche

Lamentablemente cada vez hay más y más diagnósticos invalidantes, más precoces, determinantes y absolutos. En los próximos años, se calcula que para los primeros meses del año 2013 entrará en circulación el Manual DSM V, que reemplazará al DSM IV, que nos deparará nuevas clasificaciones, nuevos catálogos y categorías de déficits, anormalidades, discapacidades y deficiencias.

Recordemos brevemente que el primer DSM fue redactado en 1952 por la Asociación Psiquiátrica Americana. En 1968 se redacta el DSM II. En 1980, el DSM III, que se continúa en el año 1994 con el actual DSM IV, el cual pronto entrará en desuso como ocurrió con los anteriores y con él, por supuesto las categorías y clasificaciones que describe. Por ejemplo, en el DSM III todavía existía la categoría de “psicosis infantil”, que luego desaparece por completo en el DSM IV, donde adquiere preminencia el síndrome de Asperger (SA) el cual, sin embargo, fue descrito por el pediatra austríaco Hans Asperger en el año 1944, o sea, 50 años antes.

En los manuales se enfatiza y exagera la necesidad de diagnósticos múltiples para un mismo paciente. Por otro lado, las clasificaciones enunciadas por estos manuales son determinantes para los sistemas de reintegros y prepagos de los tratamientos. De allí la alarmante promiscua y masiva cantidad de consumo de terapias comportamentales unidas a la consecuente medicalización. Sin duda, la persona que describe el DSM está privada de singularidad, a la vez que multiplica la fragmentación como condición para volver a clasificarlo y valorarlo de acuerdo a los parámetros estándar que ellos consideran “normales”.

Un nuevo manual que, como los anteriores, incluye patologías nuevas con sus correspondientes métodos, generalizaciones, tratamientos y medicaciones los cuales anulan las nominaciones del Manual anterior. Concretamente, por ejemplo, parece que ya no tendremos más niños denominados trastorno general del desarrollo sino que comienza “la moda”, “la época” de los “espectros”.

Así nos encontramos con verdaderas epidemias de trastornos que van modificándose de acuerdo a las denominaciones del manual. De este modo, los pequeños van pasando, de acuerdo a los diferentes

manuales, como niños con disfunción cerebral mínima al déficit atencional (ADHD), a los trastornos generalizados del desarrollo (TGD), a los trastornos obsesivos compulsivos (TOC), a los bipolares infantiles (TBPI), a los denominados niños oposicionistas y desafiantes (TOD). También de allí en más a los espectros como el ya “clásico” espectro autista.

La patologización de la experiencia infantil y de la infancia, cada vez se extiende más. Si un niño no coincide del todo con la categoría diagnóstica, se soluciona el problema denominándolo “no especificado”. Entonces llegan a consulta, los pequeños y sus padres, con el diagnóstico de Trastorno general del desarrollo no especificado. De este modo son incluidos dentro de la consiguiente categoría.

Sin duda cada vez se agrupa a más cantidad de niños y se los abarca con determinantes nominaciones devenidos estigmas que alienan y pronostican el futuro de los más pequeños. Frente a esta catarata y colección de trastornos y diagnósticos nos preguntamos: ¿Cuál es la herencia que trae un niño al nacer? ¿Qué determina los trastornos, el desarrollo y la estructuración subjetiva de un niño? ¿Cuál es el papel que juegan la plasticidad neuronal y la plasticidad simbólica durante el tiempo originario de la infancia?

Cuando un niño llega al mundo nunca está solo, lo esperan los otros que le ofrecen palabras, espacios, tiempos, cuerpos, gestos, que lo cobijan y acunan. Un niño es un ser vulnerable, ya que su cuerpo nace prematuro, inmaduro, a tal punto que no puede organizar, ordenar ni diferenciar el estímulo (una luz, un sonido, un ruido, un movimiento) de la respuesta. No puede responder por sí mismo, necesita del Otro para subsistir y está siempre expuesto a lo imprevisto y lo imprevisible.

Al nacer, para vivir, un bebé depende del otro que le demanda, que lo desea y le ofrece el lenguaje y el cuerpo para poder constituir y construir el suyo. A partir de esta singular relación, se transforma en un ser de lenguaje, de deseos, de corporalidad y de historicidad. Los niños tienen que conquistar la propia historia, hacerla propia pero para ello, un Otro tendrá que donarla y transmitirla como don de amor.

El recién venido, desde el origen se enlaza a una herencia, tanto genética con el correlato neuronal y neuromotriz, como simbólica con el devenir deseante e histórico.

Las herencias, tanto genéticas como simbólicas, no son definitivas ni están determinadas del todo de antemano. Dependerán en gran parte de la experiencia relacional que el niño tendrá que atravesar durante la infancia. Por lo tanto, que las herencias (genéticas e históricas) no estén decididas ni sean definitivas, abre las vías para las diferentes posibilidades y variables que se le ofrecen. Es sin duda, la apertura a la plasticidad neuronal anudada a lo que denominamos la plasticidad simbólica.

Un niño, cualquiera sea, con cualquier discapacidad, deficiencia, déficit, diagnóstico o pronóstico invalidante es, ante que nada, un ser de herencias. No ha otra opción que relacionarse con otros y enlazar esa experiencia singular con lo que el niño trae desde el punto de vista biológico, neurológico y genético.

Los pequeños ponen en escena lo heredado, pero al hacerlo, necesariamente lo transforman, lo modifican y crean otra realidad que se torna propia. Anudan aquello que traen desde el punto de vista genético con lo que encuentran en el mundo simbólico, de la cultura que lo espera y lo cobija. Todo lo cual lo sumerge al pequeño en un estado provisorio y precoz, tanto para el desarrollo como para la constitución subjetiva.

Este carácter provisorio e indeterminado de la infancia, que está comprobado biológicamente y psíquicamente, se opone a las consideraciones que determinan en forma arbitraria, absoluta el destino, el desarrollo, la constitución y la evolución de un niño. En este sentido, los chicos nunca coinciden con un manual, un diagnóstico o una discapacidad, como tampoco con lo heredado.

Justamente la propia infancia implica necesariamente romper con esa herencia para poder crear la propia y construir la experiencia infantil que le permite plegar el bagaje neuromotriz con el campo del Otro, de la subjetividad, del cual nace y se afirma el reconocimiento del niño como sujeto, heredero de un destino, nunca autónomo ni determinado de una vez y para siempre de forma absoluta. Mucho menos aún cuando se trata de estandarizar a un niño con un diagnóstico.

Por ejemplo, si un niño es considerado síndrome disatencional se lo puede medicar con metilfenidato (ritalina). El mismo niño puede ser visto también como bipolar y entonces le pueden administrar otra medicación como el Valproato Sódico (anti-epiléptico) para finalmente volver a la ritalina, aunque también se le puede administrar una farmacología “antipsicótica”. Estas medicaciones tienen la finalidad de aquietar y estabilizar las conductas y comportamientos impropios o considerados erráticos y “anormales”. Para el niño, la familia y la herencia ya será un niño distinto, un ADD (disatencional con o sin hiperactividad) o un TBPI (bipolar).

Los manuales como el DSM clasifican, controlan, determinan desde un dispositivo de poder que incluyen, excluyen, modelan a los más pequeños de acuerdo a sus intereses (económicos, morales, políticos, autoritarios). Dan respuestas sin interrogar, generalizan desconociendo la historia singular de cada niño y cada familia, y niegan cualquier tipo o forma de plasticidad o tan siquiera de hipótesis, al decir de Edgar

Morin “Vivimos en la época triste de las ciencias humanas: el hombre cortado en rodajas. Lo que hay que lamentar no es la matematización ni la estadística sino la atrofia del espíritu de hipótesis. Las hipótesis se arrastran, exangües”.¹

La concepción de los DSM apunta a lo observable en ese momento, es básicamente descriptiva de una conducta. Sostiene una orientación fáctica realizada por un observador que pretende ser aséptico o un testigo “objetivo”. El diagnóstico obtenido determina la terapéutica estandarizada del déficit o el signo en cuestión. Siempre que ocurre un fracaso terapéutico se considera que el error fue en la precisión de la clasificación diagnóstica o simplemente en la elección de la medicación correspondiente.

Nos encontramos entonces con diagnósticos realizados en escasos 15 minutos o a partir de dos o tres pruebas que ni siquiera llegan a considerarse tests. Para estas posturas muchas veces un conciso y simple interrogatorio realizado a los padres y a veces a los docentes, ya especifica la enfermedad y patología descrita en el manual.

Los niños y la infancia como experiencia originaria y original, demuestra fehacientemente que son seres de herencia. No hay otra opción que enlazar, anudar lo que cada uno trae como constitucional, con lo que experimenta y vive en la relación con el Otro y los otros.

Como explicitamos, el cerebro de un recién nacido aún no termina de desarrollarse, crecer y madurar, tanto a nivel anatómico como fisiológico, por lo tanto, si durante los primeros años de vida hay una ausencia o privación de relacionarse e identificarse con el Otro (tanto con el funcionamiento materno como el paterno) la transmisión de la herencia simbólica y la experiencia infantil se encuentra empobrecida cuando no ausente. Esta privación, produce una respuesta neuronal escasa, endeble y poco tenaz, a nivel de las sinapsis y en la expresión genética del ADN.

Comprobamos así claramente la interacción entre la plasticidad simbólica que se transmite en la experiencia compartida y que conforma la herencia histórica y deseante, con la herencia genética y neuromotriz, que necesita de ella para desarrollarse, expresarse y enriquecerse.

Al jugar, el niño, porque fue jugado por otro circula entre deseos y representaciones que articuladas con la herencia genética, enriquecen la red neuronal y las nuevas experiencias y pensamientos infantiles. Los manuales objetivan la experiencia hasta tornarla un experimento discapacitante e invalidante. Dejan de lado la historia, la herencia simbólica y toda condición azarosa, contingente y básicamente subjetiva.

(¹ Morin, Edgar: A favor y en contra de Marx, Editorial Nueva Visión, Buenos Aires, 2010)

La experiencia infantil, a diferencia de un experimento o una conducta objetiva, es singular, imprevisible, sorprende por su condición deseante. Es inseparable de la expectativa, el enigma y se configura como potencia, fuerza y promesa por lo que vendrá, pero al mismo tiempo, implica también padecer. No hay experiencia subjetiva sin padecimiento y sufrimiento; es condición de humanidad.

Este padecimiento constitutivo de lo infantil, de la subjetividad y de la discapacidad sea cual sea, no se puede eliminar ni clasificar y mucho menos estandarizar en un manual. La ética que proponemos es una respuesta sensible y relacional frente al dolor y la existencia del otro.

Nunca olvidemos nuestra premisa: El dolor no duele sin sujeto. Tan sólo que, como el manual, clasifique al sufrimiento como discapacidad y entonces se pierda la humanidad necesaria para que la herencia genética exprese todas sus posibilidades en la herencia simbólica y esta abra el juego de las plasticidades.

Los niños segregados con estas clasificaciones invalidantes merecen la libertad de ser considerados sujetos. ¿Acaso no es ésa la esencia de las herencias?

Finalmente en torno a las clasificaciones, Jorge Luis Borges en El idioma analítico de John Wilkins, nos hace pensar “Notoriamente no hay clasificación del universo que no sea arbitraria y conjetural. La razón es muy simple: no sabemos que cosa es el universo”.

Lic. Esteban Levin

() Lic. Esteban Levin es psicomotricista, psicólogo (psicoanalista), profesor de Educación Física, Director de la Escuela de Formación en Clínica Psicomotriz, Docente de la Facultad de Psicología (UBA), Profesor de la Universidad de Barcelona del Master de Psicomotricidad Terapéutica, Profesor de la Universidad Federal de Fortaleza (Brasil).*