

Discapacidad intelectual: entre salud mental y educación. Aportes desde el campo del psicoanálisis

*Intellectual disability: between mental health and education.
Contributions from the psychoanalysis*

Por Emilse Pérez Arias¹

RESUMEN

El presente trabajo se propone realizar un pasaje por los modelos de atención en discapacidad, sus clasificaciones y modalidades de abordaje, los entrecruzamientos y tensiones entre los abordajes educativos, sanitarios y rehabilitatorios, haciendo hincapié en los aportes clínicos y éticos del campo del psicoanálisis para el abordaje clínico e institucional de sujetos con discapacidad. Las distintas nominaciones que han nombrado a la discapacidad a lo largo de la historia no están exentas de los efectos de ser nombrado por un significant, se tratará de cernir las que pueden jugar a favor del sujeto.

Palabras clave: Discapacidad, Discapacidad intelectual, Diversidad, Modelos de atención, Psicoanálisis, Salud mental, Educación

ABSTRACT

The present article proposes to do a journey by the disability care models, their classifications and assistance models, the crossovers and tensions between the educative, sanitary and rehabilitation treatments, doing and emphasis in the clinical and ethical contributions from de psychoanalysis to the clinical and institutional treatment for the people with disability. The different nominations that have named the disability through history are not exempt for being named by a significant, will be treated to find the ones who play in favor of the subject.

Keywords: Disability, Intellectual disability, Diversity, Care models, Psychoanalysis, Mental health, Education

¹Universidad de Buenos Aires (UBA). Licenciada en Psicología. UBA. Colonia Nacional Dr. M. Montes de Oca (CMO). Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental (RISaM) CMO. Psicóloga CMO. Docencia e Investigación e Instructora de psicología de la RISaM en CMO. Psicoanalista. Buenos Aires, Argentina. E-mail eperezarias@gmail.com

Aportes desde el campo del psicoanálisis¹

“Nuestra vida es, desde el comienzo,
vida social, comunitaria.”
Diego Singer, 2019²

El presente trabajo es una invitación a reflexionar respecto de cuál es el lugar de las intervenciones en discapacidad intelectual. Si pensamos a la discapacidad intelectual como un problema de salud su abordaje se realizará desde dispositivos sanitarios. Si la pensamos, en cambio, como una limitación para transitar los trayectos educativos comunes (ya estoy diciendo mucho en poco tiempo...) su abordaje tendrá que ver con dispositivos educativo/pedagógicos que intervengan con miras a un proceso de aprendizaje integrado. La discapacidad en sí misma no es considerada, hoy, una enfermedad del individuo. Pero no lo fue así siempre. Hay muchas definiciones de discapacidad, pero hay una que a mí me ha servido como brújula para orientarme: “discapacitado es aquel individuo que no puede insertarse plena y fácilmente dentro del sistema de producción de bienes y servicios de una comunidad determinada” (Silberkasten, 2006, 31). La discapacidad es, ante todo, una limitación para producir y circular en la comunidad. Esta limitación tendrá sus grados, sus representaciones epocales sociales, estará más o menos estigmatizada, su comunidad podrá oficiar más o menos como facilitador o barrera, pero es ante todo una limitación para la participación, producción y circulación por los espacios comunes.

Dentro del extenso y complejo campo de la discapacidad, el especialísimo caso de la discapacidad intelectual por sus presentaciones, comorbilidades y síntomas asociados, más que otro tipo de discapacidades, nos coloca en la tensión entre los campos de abordaje de salud mental y educación. Me propongo hacer un tránsito por esa conjunción de campos.

Un pasaje por los modelos de atención en discapacidad y sus clasificaciones

“Aquí no se trata solamente de comprender cómo el discurso agravia a los cuerpos, sino de cómo ciertos agravios colocan a ciertos cuerpos en los límites de las ontologías accesibles, de los esquemas de inteligibilidad disponibles”. Judith Butler, 2002.

La historización es un primer ejercicio necesario de reflexión para entender que lo que consideramos hoy como realidad dada o “natural” no lo fue así siempre, permite poner de relieve el carácter construido y por lo tanto contingente de nuestras conceptualizaciones; lo que nos otorga un margen de acción para revisar, desde una mirada crítica, nuestros modos de pensar e intervenir. La conceptualización y tratamiento de la discapacidad no es una excepción, tiene su historia. Agustina Palacios ha hecho una imprescindible historización de los imagina-

rios sociales y abordajes en discapacidad.

En primer lugar, ubica al *modelo de prescindencia*, a partir de las edades antigua y media, en el que la discapacidad es de origen religioso, considerada un pecado, un castigo divino, por lo cual debía ser excluida y hasta aniquilada. Este modelo tiene como actor protagónico a la Iglesia o al sacerdote y considera que “la persona con discapacidad no tiene nada que aportar a la comunidad, es un ser improductivo” (Palacios, 2008, 37), por ende, puede prescindirse de ellas. Se los considera peligrosos e innecesarios, ¡hasta subhumanos! Por lo que la respuesta social oscila entre la compasión, el temor, la segregación, el hoy llamado *bullying* y la eugenesia o asesinato. “Ya sea por menosprecio, ya sea por miedo—, la exclusión parece ser la mejor solución y la respuesta social que genera mayor tranquilidad” (54). Discapacidad y pobreza se aglutinan en este modelo, ya que la exclusión y marginación social de las personas con discapacidad las condena a la mendicidad o a ser meros receptores de prácticas caritativas. Ya sea por miedo o por rechazo, el destino de la discapacidad para este modelo es la exclusión de los espacios comunes de circulación social.

En segundo lugar, asistimos al *modelo rehabilitador*, con la figura del médico como actor principal. La discapacidad ya no es considerada de origen religioso, pretende encontrar sus causas en la evidencia científica, por lo tanto, es una enfermedad o déficit de la persona que puede ser tratada y debe ser normalizada. Las causas que originan la discapacidad y la limitación de la integración se ubican en un déficit funcional de la persona respecto de un funcionamiento considerado normal, excluyendo así factores sociales o culturales. La respuesta o actitud social frente a la persona con discapacidad es paternalista o sobreprotectora, el sujeto con discapacidad queda en un lugar de inferioridad, pasivo, receptivo de las clasificaciones y prácticas. La norma o la media es el modelo al que se apunta, y al que el discapacitado debe acercarse lo más posible para poder tener una circulación por espacios comunes, para poder integrarse. El campo de producción de conocimiento científico en torno a la discapacidad comienza a gestarse. Es la era de la psicometría, saber que le otorga un manto de científicidad a los parámetros que marcan una línea demarcatoria entre lo normal y lo desviado. En el caso de la discapacidad intelectual, el test de coeficiente intelectual (CI), elaborado por Binet y Simon en 1905, se configura como medida del funcionamiento intelectual, otorga la puntuación media respecto de la cual se es normal, se está en déficit o se es superdotado. No en vano, luego de la aparición de esta medición de la inteligencia, en 1909 se acuña por primera vez la definición de “debilidad mental”, expresión acuñada por Dupré “que extiende a lo mental una calificación hasta entonces reservada a lo físico (inicialmente el término de `debilidad` proviene del latín *habilis*)” (Bruno, 1996, 41). De hecho, el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) en su cuarta edición (1994) utiliza puntos de corte de puntuaciones del CI para determinar los distintos niveles de retraso mental (APA, 1994, 41-2). Hay que decir

que los devastadores efectos en la población de la primera y segunda guerra mundial generaron un cambio en los modos de pensar y abordar la discapacidad, “el nacimiento del movimiento médico y de la psicología de la rehabilitación y su expansión a otros campos” (Palacios, 2008, 69). Es en este contexto en el que puedo ubicar la gestación de los abordajes “especiales”, prácticas dirigidas específicamente a personas con discapacidad intelectual -no en vano denominadas, aún actualmente, de “capacidades especiales”. La institucionalización en dispositivos especiales, la asistencia estatal por medio de la seguridad social y el empleo protegido son las intervenciones que se enmarcan en este modelo. La práctica de la institucionalización de la discapacidad intelectual consagra su vecindad con las enfermedades mentales y conlleva el riesgo de (re)producir segregación y marginación, efectos aún hoy presentes del modelo (no del todo perimido) de prescindencia. Los problemas, reduccionismos y riesgos de este modelo cimientan la necesidad de otra modalidad de conceptualización y abordaje.

Por último, ubicamos al *modelo social*, se gesta en los Estados Unidos e Inglaterra en los años setenta, a partir de organizaciones de personas con discapacidad que reclamaban ser parte actora en la definición de políticas, igualdad de derechos y la visibilización de los efectos que las barreras socio-ambientales tienen en su discapacidad. Este modelo aporta una mirada más integral y compleja del fenómeno de la discapacidad, incorporando la perspectiva de derechos. Aquella empieza a ser considerada como un fenómeno complejo y por ende multicausal, si bien las causas biológicas no se niegan, toman preponderancia los factores sociales y culturales. Según este modelo, las causas de la discapacidad son preponderantemente sociales y tienen que ver con las limitaciones del contexto comunitario y social para incluir a las personas con discapacidad. En este sentido, el alcance de una discapacidad tendrá que ver con las posibilidades de acceso de la persona a los espacios comunes de circulación como condición para la igualdad de derechos y oportunidades. La persona con discapacidad o diversidad funcional empieza a emerger como sujeto digno de derechos, se presupone su capacidad y derecho a tomar decisiones, por ende, las intervenciones en este modelo tienden a la recuperación o sostenimiento de su autonomía. Esto se ve reflejado en los modos de clasificar, conceptualizar y abordar la discapacidad. La mayoría de las clasificaciones comienza a hablar de dos grandes campos de factores: el funcionamiento de la persona y su contexto³. La Organización mundial de la salud (OMS) en el 2001 publica su “Clasificación Internacional sobre Funcionamiento, Discapacidad y Salud” (CIF, 2001). Resulta muy interesante introducir aquí las referencias al contexto social de la discapacidad:

Los componentes del funcionamiento (todos y cada uno de ellos) se ven influidos por los factores contextuales, tanto ambientales como personales. (...) Los factores ambientales, entendidos como la influencia externa sobre el funcionamiento y la discapacidad, cuyo constructo es el efecto

facilitador o barrera de las características del mundo físico (y) social (...) Los factores ambientales actuarán de forma positiva si su presencia supone un facilitador para superar la deficiencia, las limitaciones en la actividad o las restricciones en la participación y será negativo en tanto que suponga una barrera u obstáculo que entorpezca o agrave cualquiera de los componentes anteriores. (Egea-Sarabia, 2001, 21-3).

Este cambio en la conceptualización de la discapacidad cambia a su vez el eje de las políticas e intervenciones en torno al tema, poniendo el foco en los contextos socio-comunitarios de las personas con discapacidad y las barreras de accesibilidad. Este modelo se sitúa resaltando las capacidades por sobre el déficit, sosteniendo un enfoque de derechos bajo el supuesto de igualdad de oportunidades de acceso. Si se parte del supuesto de capacidad (por más diversa que esta sea) de funcionamiento e integración en los espacios comunes, la introducción de apoyos o dispositivos “especiales” no se realizará a priori sino sólo cuando sea necesario y cuando favorezca fehacientemente la integración en la comunidad. “La educación debe tender a ser inclusiva —adaptada a las necesidades de todos y todas— como regla, reservándose la educación especial como última medida” (Palacios, 2008, 105).

Es ineludible mencionar que en el marco de este modelo se gestó la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU, 2006), que se constituyó como marco normativo necesario para promover la igualdad de derechos y de acceso a la participación social.

Resumiendo, podemos decir que las conceptualizaciones y abordajes sobre discapacidad a lo largo de la historia han puesto el eje ya sea en el individuo (en los modelos de prescindencia y rehabilitador, por motivos religiosos o psico-biológicos) y/o en su contexto socio comunitario (modelo social).

Llegados a este punto les propongo un ejercicio reflexivo: ¿en qué modelo/s situamos nuestras intervenciones o los contextos institucionales de ellas? ¿El modelo de prescindencia y exclusión se encuentra todo lo perimido que debería estar? ¿Qué camino nos falta por recorrer para lograr una plena implementación del modelo social? Nos reencontraremos luego con estos interrogantes.

Maud Mannoni y la visibilización del riesgo de los abordajes psicoeducativos que descuidan la subjetividad

“La inteligencia no es un valor meramente cualitativo (...) está ahí para servir a fines que corremos el peligro de no captar”. Maud Mannoni, 1964.

Según se pudo anticipar, es en el marco del modelo rehabilitador que se consagran los dispositivos de abordajes educativos especiales para la discapacidad intelectual. Es en estos dispositivos que el abordaje bascula entre un posicionamiento sanitario y educativo por parte de sus actores. El rol de los profesionales o

encargados del cuidado institucional excede su función de agentes salud para cumplir además un rol educativo⁴. “El rol que asumen los médicos y terapeutas desde este modelo presupone establecer una relación de maestro—alumno, y otorgar prioridad a uno sobre el otro, asumiendo los profesionales de la salud mucho más que el rol de médicos”. (Palacios, 2008, 99).

Para introducirnos en el campo del abordaje psicoanalítico es necesario abrir un paréntesis: discapacidad intelectual (DI) y debilidad mental no son términos que se superponen completamente. La discapacidad, según vimos anteriormente, tiene que ver con una limitación en el funcionamiento y la participación en un contexto determinado. En cambio, la debilidad mental, desde el campo del psicoanálisis, nos habla de la relación del sujeto con el saber y del lugar que ocupa respecto del deseo del Otro⁵. Lacan nos habla precisamente de un “no saber hacer con el saber” (1977) y Bruno de un malestar en relación al saber (1996, 50). El débil se coloca en una relación de exterioridad respecto del saber, en una relación en la que él nada comprende (Laurent, 1989, 145) o nada quiere saber. Si hay alguna función respecto de la cual el débil está en déficit es la de leer “entre líneas” – *inter-legere* (Lacan, 1974)⁶ – las diferencias entre el enunciado (lo que el otro dice) y la enunciación (lo que el otro quiere decir o desde dónde lo dice). Al no poder leer o tomar entre líneas lo que el otro dice, se hace siervo de un otro incuestionable en su veracidad. El Otro del débil es un Otro completo, sin fallas, incuestionable. Esta imposibilidad de cuestionar el discurso del Otro lo deja más expuesto a quedar como su objeto, aunque más no sea para asegurarse un lugar en relación al Otro.

Esto nos permite pensar que, si bien pueden superponerse en algunos casos, puede haber debilidad mental sin discapacidad intelectual. Es decir, un sujeto que tenga una relación de malestar con el saber sin tener limitadas su funcionalidad ni participación social. Cerramos paréntesis.

Es Maud Mannoni quien en 1964 inaugura el abordaje psicoanalítico para la debilidad mental, considerándola como una perturbación a nivel del vínculo del niñx con su madre (haya o no organicidad), quedando como objeto que colma su falta, lo que lo inmoviliza en un rol social de discapacitado (1964, 28). Si bien no menosprecia los abordajes educativos, considera que los mismos serán ineficaces hasta que no se trabaje la dimensión subjetiva del sujeto, hasta que no haya un sujeto actor (y no mero objeto receptor) de los procesos educativos. Si no hay lugar para el sujeto, el proceso educativo corre el riesgo de volverse un *trámite* (Peusner, 2010). Así inaugura el aporte del psicoanálisis al campo del abordaje de la debilidad mental, situando la posición diferencial del psicoanalista respecto de otros especialistas: “el consultor sabe y reduce el problema del débil a un problema educativo, yo he optado por no saber y no reeducar apresuradamente al síntoma.” Propone no resolver o llenar rápidamente el déficit. “No quiero impulsar el hacer del sujeto. El contexto afectivo ha sido descuidado en beneficio de una orientación basada en un factor cuantitativo deficiente”

(29). Mannoni nos da una indicación invaluable para los que trabajamos en el abordaje de la discapacidad intelectual, nos invita a no ocupar el mismo lugar que ha tenido el Otro del débil en su trama familiar: un Otro que todo lo sabe y desea por él, quedando así inhabilitada su dimensión subjetiva. “Estos niños que son, desde el comienzo, por su estado, objeto exclusivo de los cuidados maternos, sin intervención de la de la ley encarnada en la imagen paterna, recrean en su vida escolar un mismo tipo de relación, con alguien dedicado por completo a ellos y encarnando en su lugar el deseo (de adaptarse, de progresar, etc...)”. (39) Nos invita así a no reproducir en el abordaje de la discapacidad una dimensión “debilitante”, lo que fija al débil en el lugar del que no sabe (no puede) ni desea. Es ofreciéndose desde una posición vacía de saber, absteniéndose de saber o desear por él que puede lograrse un cambio de posicionamiento en el niñx débil: “El niño aspira a recibir del Otro una respuesta que lo libere de responsabilidad en el plano instintivo (...) Vedando(le) toda respuesta es como se le conduce a la sola salida posible: hacia una eventualidad, no de curación, pero sí de utilización máxima de sus posibilidades intelectuales, en un cuerpo por él reconocido” (31). Considero que este posicionamiento podría enmarcarse en el modelo social porque justamente pretende rescatar la dimensión subjetiva, favoreciendo un posicionamiento autónomo, otorgándole a ese niñx la posibilidad de desear y hacer por sí *mismx*, trascendiendo el lugar de discapacitado en el que se lo ha fijado. Al apostar siempre a la dimensión subjetiva, el psicoanálisis así se posiciona como una práctica con enfoque de derechos humanos.

Hacia un abordaje integrativo de la discapacidad orientado por la ética

“Una norma que uno nunca elige, una norma que nos elige, pero que nosotros ocupamos, invertimos y resignificamos, puesto que la norma nunca logra determinarnos por completo”. Judith Butler, 2002

La discapacidad intelectual es “prima hermana” de la locura, ha compartido con ella el estigma que ha pesado y pesa aún sobre las personas con padecimiento mental. La tendencia inmediata del humano a lo largo de los siglos ha sido la exclusión del diferente, del que cuestiona su *statu quo* y por ende el que pone en riesgo su estabilidad, pertenencia y permanencia en los estratos sociales integrados. Es sólo en un segundo momento reflexivo e instituyente, habilitado por los abordajes orientados por un enfoque de derechos, que la sociedad se habilita repensar el tratamiento a la diferencia.

“El psicoanálisis es el heredero de los derechos humanos”⁷, ha dicho Colette Soler en una entrevista brindada a un diario local, con lo que no podría estar más de acuerdo. El psicoanálisis, con su oferta subjetivante, es una herramienta que aporta en el sentido de la subjetivación y se configura como contradispositivo frente a las prácticas que se proponen la homogeneización, norma-

lización y el arrasamiento de la subjetividad y las diversidades. “Medicalización no implica solamente, desde la lógica de Foucault, administrar fármacos. Se refiere, más bien, a todas las prácticas, a todas esas tecnologías del comportamiento que buscan normalizar [...] Un analista es aquel que soporta no normalizar.” (Mitre, 2018, 30).

Considero que es pertinente que los que trabajamos con discapacidad nos preguntemos hasta qué punto el modelo de prescindencia está presente en nuestras formas de pensar y abordar la discapacidad, si se trata sólo de una cuestión de limitación de recursos disponibles en salud y educación para ofrecer abordajes más integrativos o si de alguna manera aún hoy persisten concepciones en discapacidad que sostienen abordajes centrados en la especialización y exclusión de la discapacidad. “Cuando decimos que no circula, eso no significa que el discapacitado sólo se quede en casa (...) va a lugares, pero solo lugares de estigmatización representacional, esto es instituciones que los nuclean en tanto que discapacitados; el carné y cuota de ingreso es la discapacidad.” (Silberkasten, 2006, 46) Considero que la institucionalización de personas con discapacidad en instituciones que sólo nuclean personas con dicha condición corre el serio riesgo de reproducir la misma.

Entonces, ¿salud o educación?, ¿déficit, patología, diferencia, diversidad o condición?

Volviendo sobre nuestros pasos, retorna la pregunta inicial. La discapacidad intelectual no es considerada hoy en día una patología, tal como fue conceptualizada en el marco del modelo médico rehabilitador. Y sólo recurre a salud mental cuando algo de su posicionamiento genera padecimiento a la persona y/o a su familia o cuidadores, *como cualquier hijo de vecine*. Hoy, en cambio, se tiende a considerarla como un funcionamiento *diverso*. Si bien podemos celebrar la superación de los términos de “capacidades diferentes” o “necesidades especiales”, y la denominación de lo diverso nos parece más *aggiornada* a la época, no lo considero del todo superador. Si bien lo diverso pretende el cuestionamiento de la norma como hegemónica supone de cualquier modo su existencia, ya que lo diverso existe con respecto a la norma de la cual se diversifica. Las militancias de los colectivos históricamente vulnerados o estigmatizados (los feminismos, las diversidades sexuales, les usuaries de servicios de salud mental y discapacidad, entre otros) se han movilizad para generar distintos tipos de estallos en las nominaciones, visibilizando y denunciando sus efectos estigmatizantes. En el campo más preciso de la salud mental y la discapacidad, el mismo Silberkasten, en la introducción a su segunda edición del libro citado antes, expresa preocupación por estas cuestiones, ya que podrían implicar una dilución de las especificidades de la discapacidad, una “banalización de la diversidad y la diferencia [...] una renegación del déficit como tal”. (Silberkasten, 2014, 16-17) Agrega: “La discapacidad fue recorriendo derivas teóricas junto a los estudios *gay* y *queer*, feministas y

raciales. Esto tiene ventajas innegables y riesgos marcados”. (16) La cuestión de la diversidad se propone cuestionar la hegemonía de la norma, con todos los efectos de poder, de discriminación y de exclusión (de los circuitos de producción, de circulación y de participación) que eso ha conllevado. Pero el autor advierte sobre los efectos de ese re-posicionamiento en la diversidad o la diferencia. “No es una simple diferencia, no son capacidades diferentes, hay un déficit en una función que implica dificultades concretas que mediante una serie de conceptualizaciones y prácticas pueden o no ser parcialmente compensadas.” (17) Cita al respecto el ajustadísimo ejemplo de la *Deaf Culture*, el cual he citado también en un artículo publicado en otro número de esta revista.⁸ Dicho movimiento plantea que la sordera no es una discapacidad sino “una forma distinta de ser en el mundo” (17), lo que, según el autor, reniega de un déficit corporal o funcional. En mi artículo citado, invitaba a les lectores a ver la película *Sweet nothing in my ear*, que retrata la pelea que llegó al estrado judicial, entre un padre que quiere que su hijo con sordera acceda a una cirugía de implante coclear y una madre con sordera que se niega argumentando que lo que tiene su hijo no es una discapacidad sino una diferencia que lo incluye en el linaje familiar y cultural del *orgullo sordo*. El riesgo que conllevan estas posturas, según el autor, es la renegación de un real que como tal es innegable, ya que delimita un margen de imposibilidad -y no de impotencia. Si se es diferente y no se tiene una discapacidad, también la necesidad o acceso a apoyos específicos pueden volverse superfluos. Sabemos, por la extensión del discurso capitalista en la actualidad, que las consecuencias de la renegación de la imposibilidad son nefastas para la subjetividad. Según esta línea argumental, podemos decir que hablar de diversidad de funcionamiento implicaría negar el real de imposibilidad, operador necesario para cualquier sujeto (con o sin discapacidad/diversidad).

Sin embargo, el planteo de los riesgos de la dilución de las discapacidades no puede soslayar el hecho innegable de “la presión normalizante que se impone sobre el diferente devenido patológico al no encajar en el metro patrón” (18), lo que es demasiadas veces válido para la mayoría de los colectivos estigmatizados, discriminados y expulsados de los espacios de circulación, participación y producción.

Tenemos que agradecer a la militancia de los colectivos históricamente excluidos las movilidades instituyentes y la ganancia de más y nuevos derechos. Nunca fue solo una cuestión de discursos. La militancia no apunta solo a la cuestión de la nominación, sino al acceso a servicios y derechos, más precisamente a la modalidad de las prácticas sobre la discapacidad que deben confesar sus violencias a lo largo de la historia.

Por su parte, los colectivos de personas con padecimientos mentales⁹ y afectaciones del neurodesarrollo han militado por la despatologización de sus padecimientos, proponiendo en la misma línea ser nominados en el campo de la diversidad o de la neurodiversidad. Respecto del particular campo de los autismos o las afectaciones

del neurodesarrollo ha habido un particular debate entre el campo del psicoanálisis y otras corrientes enmarcadas en la orientación cognitivo-conductual y las neurociencias en torno a si el autismo debía ser considerado una discapacidad o un padecimiento de salud mental. La nominación de discapacidad es argumentada por algunos cognitivistas ya sea por el lado de la incurabilidad e innatismo del autismo o por la diversidad de su funcionamiento. Al respecto me parece central citar a Jean Claude Maleval: “la hipótesis de la discapacidad implica un anclaje del autismo en su sustrato biológico [...] [pero ese] solo ha sido observado en un número ínfimo de casos. La clínica incita fuertemente a suponer que el autismo no es una discapacidad. La elección del sujeto autista, las conductas de inmutabilidad, la retención de objetos pulsionales, la construcción de un borde, todos esos fenómenos característicos poseen una función mayor: proteger de la angustia” (Maleval, 2015, 87). Es decir, Maleval fundamenta que el autismo no es una discapacidad ya que constituye una (radical) defensa contra la angustia. En cambio, en las personas con enfermedades neurológicas, de origen genético o en los pacientes con lesiones cerebrales “su malestar viene más bien de la percepción de sus dificultades cognitivas. Cuando reconocen su discapacidad intentan a menudo compensarla a través de aprendizajes y no por la puesta en obra de estrategias de protección contra la angustia” (88). Es el caso de algunas discapacidades intelectuales de origen genético (como en la trisomía 21 o el X frágil) o perinatal, donde los dispositivos de apoyos pueden ser recursos positivos para favorecer el funcionamiento autónomo. Con esto no queremos decir que la persona con autismo no acceda a apoyos para facilitar su funcionamiento, pero hay que decir que esto no vuelve al autismo una discapacidad en sí misma, sino un padecimiento que puede y tiene efectos discapacitantes y por lo tanto requerir acceder a apoyos, en mayor o menor medida que cualquier padecimiento de salud mental¹⁰. No en vano, el campo de las discapacidades intelectuales ha estado históricamente más emparentado con los dispositivos educativos, ya que estos se han erigido para compensar las dificultades en el funcionamiento intelectual. Pero, recordando a Mannoni aquí, los abordajes educativos son útiles y necesarios siempre y cuando no descuiden la dimensión subjetiva en juego, esto es, la función que cumple esa discapacidad intelectual en ese sujeto singular¹¹. Entonces, el campo de lo educativo y rehabilitatorio es el campo que puede ofrecer aprendizajes, apoyos y recursos para favorecer el funcionamiento autónomo del sujeto, mientras que el campo de la salud mental –más precisamente el psicoanálisis– se ofrece allí como espacio para alojar la escritura de la función particular que tiene esa discapacidad para ese sujeto singular. No mucho más allá de lo que Mannoni ha dicho hace tanto ya: lo educativo es necesario, pero no tiene eficacia si no hay un sujeto allí para aprehender esa transmisión.

¿Todes discapacidades?

Estas últimas décadas asistimos a una exponencial extensión –y por lo mismo, dilución– de la categoría de discapacidad. La mayoría de los padecimientos mentales encuentran hoy razones para ser incluidas en el vasto y diluido campo de la discapacidad. Me atrevería a decir que esto se debe, en gran parte, a que el diagnóstico de discapacidad –o un porcentaje relevante de ella– es necesario para acceder a prestaciones sanitarias, educativas y sociales que deberían ser un derecho de cualquier cuidadane, para las que no debería ser necesario ninguna etiqueta que habilite el acceso. Pero, por otro lado, si desde el modelo social y el marco normativo actual sobre discapacidad, se presume capacidad y apoyos para las áreas de funcionamiento que lo requieran para el pleno ejercicio de derechos, ¿quién queda por fuera de este campo?, ¿quién no requirió, requiere o requerirá algún tipo de apoyo a lo largo de su vida?

Retomando la cuestión de la nominación de la discapacidad desde la diversidad, la Dra. Alexia Ratazzi, adhiere y promueve tal re-posicionamiento. “Resulta interesante el concepto de la neurodiversidad que surge como movimiento a partir de un grupo de personas con autismo. [...] es la diversidad asociada al cerebro. Algún día se hablará de neurodiversidad funcional en vez de discapacidad, porque desde este concepto una persona con CEA¹² es alguien que procesa la información del cerebro de manera diferente, y así vamos a estar haciendo foco en las singularidades y fortalezas desde lo funcional del cerebro y no desde una *falta*. Una manera diferente de estar en el mundo.” (Ratazzi, 2018, 27). Aquí, la discapacidad se diluye en el concepto de diversidad. “Algunos preferimos hablar de *Condición del espectro autista*, cuya sigla es CEA, porque nos resulta más amplio: incluye a ciertas personas que no se identifican con tener un *trastorno*. Además, nos parece que la palabra *condición* es más amable que *trastorno*.” (Ratazzi, 2018, 58). El nuevo término de “condición” no está exento de consecuencias, confirmando que no es posible escapar a las consecuencias de ser nombrado por un significante. Sin embargo, creo que la palabra “condición” puede jugar a favor del sujeto, ya que para que la subjetividad pueda tener algún espacio posible de surgimiento las condiciones son necesarias, algo que oficie de límite, en este caso a la potencia, al poder hacer. El operador de la condición, de la imposibilidad, son necesarios para que el sujeto pueda tener lugar y un lazo soportable con el otro sea posible. La época está dominada por el imperio del discurso capitalista, del goce no limitado por un imposible, no-condicionado o incondicional. *Impossible is nothing*¹³ es una de las máximas de la época. En este punto, hablar de que el sujeto tenga una “condición”, una limitación a la omnipotencia que impone la época, puede redundar en un beneficio subjetivo. Entonces, *todes limitades* ante el todo es posible, pero cada uno inscribe su singular relación con la falta, que es siempre simbólica, pero en algunos casos también real, de alguna función corporal del sujeto.

Bonus track: Cuestionando la matriz normativa es cómo podemos tender alianzas solidarias con la diferencia

“Las personas (...) nunca habitan por entero el ideal al que se pretende que se asemejen.”

Judith Butler, 2002.

Mi reciente acercamiento con la prolífica obra de Judith Butler en relación al género me permitió encontrarme con ideas que pueden aportar a la integración de las personas con discapacidad, disidentes que cuestionan el pretendido ideal de normalidad. “El ideal descriptivo crea la expectativa de que es posible ofrecer una enumeración completa y final de rasgos”. (Butler, 2002, 310) ¿Se trata de hacer encajar a las personas con discapacidad en la pretendida matriz de normalidad o se trata de hacer estallar justamente ese ideal? La integración plena de las personas con discapacidad, desde mi punto de vista, comienza con un trabajo incisivo sobre las (propias) representaciones sociales, sobre el imaginario social de la discapacidad. Butler propone en ese sentido que reconocer la incapacidad de la norma –entendida esta como la que delimita lo normal o común de lo patológico o diferente– para hacer lugar a todos los que pretende englobar, reconocer que no encajamos nunca del-todo en esa norma nos permite ser más solidarios con la diferencia. “Si el término no puede ofrecer el reconocimiento último (...) puede ocurrir que la afirmación de ese deslizamiento, ese fracaso de la identificación, sea en sí misma el punto de partida de una afirmación más democratizadora de la diferencia interna. (...) Esto es lo que ofrece una “una promesa de solidaridad” (308). La norma, la “media”, nos pretende homogéneos en relación a cierto ideal de normalidad. Reconocer nuestro propio desajuste con la norma nos permite tender puentes con les que se considera que corporizan a la diferencia. “No es que se le confiera el reconocimiento a un sujeto; el reconocimiento forma a ese sujeto. Además, la imposibilidad de lograr un reconocimiento pleno, es decir, de llegar a habitar por completo el nombre en virtud del cual se inaugura y moviliza la identidad social de cada uno, implica la inestabilidad y el carácter incompleto de la formación del sujeto.” (317) Esto permite inaugurar la posibilidad de pensar categorías sociales más flexibles y, por ende, más amables con la diferencia o diversidad. “Una categoría que nunca podrá describir plenamente a aquellos a quienes pretende representar. Como resultado de ello, será necesario ratificar la contingencia del término: permitir que se abra a aquellos que quedan excluidos por el término.” (323) Si se cuestiona la norma hegemónica, la diferencia y el “déficit” pierden sentido.

Reconocer la contingencia de lo que se nos impone como norma hegemónica, reconocer la falla universal de la norma, que todos somos fallados en relación a una norma que se pretende hegemónica y homogeneizante promueve acciones sociales y políticas más inclusivas con lo diverso, con lo disidente respecto de la norma. A fin de cuentas, la diferencia nos habita a *todes*.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (4ª ed.). Estados Unidos, 1994.
- Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5ª ed.). Estados Unidos, 2014.
- Bruno, P. Al Margen. Sobre la debilidad mental. Revista *Pliegos* N° 1. Enero de 1996.
- Butler, J. *Cuerpos que importan: sobre los límites materiales y discursivos del sexo*. Buenos Aires: Paidós, 2002.
- Egea, C. y Sarabia, A. Clasificaciones OMS sobre la discapacidad. España, 2001. Disponible en https://www.um.es/discatif/ME-TODOLOGIA/Egea-Sarabia_clasificaciones.pdf
- Hormigo, A. y otros. Retraso mental en niños y adolescentes. Buenos Aires: Ed. Noveduc, 2006.
- Lacan, J. “El estadio del espejo como formador de la función del yo (*je*) tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica”. En *Escritos 1*. Buenos Aires: Ed. Siglo XXI, 1988.
- Lacan, J. “El Seminario 22”. Clase del 10/12/74. Inédito.
- Lacan, J. “El Seminario 24”. Clase del 11/01/77. Inédito.
- Laurent, E. “El goce del débil”. En *Niños en psicoanálisis*. Buenos Aires: Ed. Manantial, 1989.
- Maleval, J-C. “¿Por qué la hipótesis de una estructura autística?”. *Estudios sobre el autismo II*. Buenos Aires: Ed. Diva, 2015.
- Mannoni, M. *El niño retardado y su madre*. Ed. Paidós. Bs. As. 2008.
- ONU. Convención sobre los Derechos de personas con Discapacidad. 2006. Disponible en: <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>
- OMS. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Madrid, IMSERSO, 2001.
- Palacios, A. El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Colección CERMI. Editorial Cinca. Madrid, 2008. Disponible en <https://www.cermi.es/sites/default/files/docs/colecciones/Elmodelosocialde-discapacidad.pdf>
- Pérez Arias, E. “Estigma y comunidad: el desafío de la integración comunitaria de sujetos internados en instituciones psiquiátricas o de salud mental”. En *Revista Universitaria de Psicoanálisis*. Facultad de Psicología, UBA. Año 2014. 257-272.
- Ratazzi, A. *Sé amable con el autismo*. Buenos Aires: Ed. Grijalbo, 2018.
- Silberkasten, M. *La construcción imaginaria de la discapacidad*. Buenos Aires: Ed. Topia, 2006.
- Silberkasten, M. *La construcción imaginaria de la discapacidad*. Buenos Aires: Ed. Topia, 2014.

NOTAS

¹Una primera versión de este texto fue publicada en el libro digital “Educación, Salud y Discapacidad”, compilado por García, G. y Granato R., junio de 2019. Disponible en http://cyta.com.ar/biblioteca/bddoc/bdlibros/esd/educacion_salud_discapacidad.pdf. La presente versión fue actualizada, modificada y ampliada.

²Taller de filosofía de Diego Singer: “Judith Butler. Cuerpos y disidencias”. Buenos Aires, marzo de 2019.

³Resulta por lo menos notable que la quinta y última edición del DSM (APA, 2014, 33-41) si bien cambia el perimido término de retraso mental por el de discapacidad intelectual (acorde a la última

denominación acuñada por la Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo - AAIDD), en su apartado de relación con otras clasificaciones no haga mención a la CIF de la OMS. Sus criterios diagnósticos siguen centrándose en factores de la persona, sin hacer mención a su interacción con los factores socio-ambientales.

⁴Es interesante destacar aquí dos indicadores de la pregnancia del modelo educativo en el discurso de las personas internadas: suelen referirse a la institución y/o hospital como “colegio” y a sus historias clínicas como “boletines”.

⁵Muy resumidamente podemos decir que el “Otro” con mayúscula constituye el lugar que recibe y aloja al sujeto aun antes de su venida al mundo. Es un lugar simbólico, cultural y social pero también un lugar real e imaginario que presta su cuerpo para que ese sujeto se constituya. Lacan nos dice que solo después de ser alojado por ese Otro el sujeto pasa de ser un cachorro humano a un sujeto (Lacan, 1988 (1949). Para ir más lejos a riesgo de complicar la cosa, podemos decir que para que ese cachorro humano advenga como sujeto debe ser deseado por ese Otro, debe hacerle falta sin colmarla, ya que si la colma se habilita el riesgo de convertirse en objeto de ese Otro.

⁶Anny Cordié (1994, 170-1) pone el acento en otra acepción del término *legere*, que en latín además de leer significa escoger, elegir. Entonces, es débil mental quien tiene justamente dificultades para elegir, es decir, situarse en un deseo.

⁷<https://www.pagina12.com.ar/70045-el-psicoanalisis-es-el-heredero-de-los-derechos-humanos>

⁸Pérez Arias; E. “Estigma y comunidad: el desafío de la integración comunitaria de sujetos internados en instituciones psiquiátricas o de salud mental”. En *Revista Universitaria de Psicoanálisis*. Año 2014. Número 14. 257-272.

⁹Al respecto remito a le lector a visitar el blog de la asociación de usuarios de salud mental APUSSAM. <http://asambleadeusuarios-desaludmental.blogspot.com/>

¹⁰La esquizofrenia y la agorafobia, solo por citar algunos de tantos, son ejemplos de padecimientos mentales en los que la lógica de apoyos se vuelve casi imprescindible, sin que los efectos discapacitantes implicados conviertan a aquellos en una discapacidad en sí misma.

¹¹Para ser coherente con mi línea argumental sería correcto decir que esto no juega para personas con discapacidad intelectual de origen genético o perinatal, pero aún en esos casos puede -y debe- historizarse la función que esa discapacidad ha tenido y tiene para ese sujeto y su familia. Esto es válido para cualquier tipo de discapacidad, física o motora, las que necesariamente son anudadas simbólicamente por el sujeto y cumplen una función singular en cada caso.

¹²Condición del espectro autista.

¹³“Nada es imposible”. Frase utilizada como campaña publicitaria de una conocida marca de ropa y calzado deportiva.