

Hablar de discapacidad

Ps. Prof. Alejandro Martín Contino

UNR / Conicet

martincontino@yahoo.com.ar

Ante la intención de hablar sobre discapacidad, surgen inmediatamente dos cuestionamientos. ¿Qué es la discapacidad? ¿Qué es hablar? El primer cuestionamiento, se podría responder provisoriamente desde el imaginario social: la persona discapacitada no es normal, tiene problemas, tiene necesidades especiales, tiene un retraso, etc. El resto debería ser lo opuesto: normal, no tener problemas, no tener necesidades especiales, ni ningún retraso. En la explicitación de la contratara del enunciado anterior, se puede inteligir los efectos del discurso médico-psiquiátrico, que continúa sosteniendo la diferenciación entre la categoría de la normalidad y la de anormalidad. Esto posibilita que en el imaginario social se considere que la persona discapacitada no tiene que hablar, porque no sabe lo que dice, porque dice cosas infantiles, porque su palabra no tiene validez, con lo que se legitima que otro hable por ellos. La gente dedicada al campo de la discapacidad, debería replantear la ética que conforma su praxis y el paradigma en que se sustenta, con la finalidad de que su abordaje favorezca el ejercicio del discurso propio en los sujetos implicados, con lo cual ya no será necesario ni justificado el hecho de que cierta gente se arroge el derecho de hablar por otros.

I

Estaba la intención de hablar sobre discapacidad. Pero en seguida surgieron por lo menos dos cuestionamientos. ¿Qué es la discapacidad? ¿Qué es hablar?

El primer cuestionamiento, el que tiene que ver con la discapacidad se podría responder provisoriamente desde el imaginario social, y éste podría ubicarse materializado en un medio

social compartido y producido de manera colectiva, como es el sitio web Wikipedia. Bajo la entrada de “retraso mental” –ya que la entrada “discapacidad mental”, dirige a esta otra-, se puede encontrar la misma definición que plantea el DSM-IV:

El retraso mental hace referencia a limitaciones sustanciales en el desenvolvimiento corriente. Se caracteriza por un funcionamiento intelectual significativamente inferior a la media, que tiene lugar junto a limitaciones asociadas en dos o más de las siguientes áreas de habilidades adaptativas: comunicación, cuidado personal, vida en el hogar, habilidades sociales, utilización de la comunidad, autogobierno, salud y seguridad, habilidades académicas funcionales, ocio y trabajo.

A su vez, plantea entre otras cosas, que “el sujeto se puede ‘educar’ y/o capacitar para que aprenda a vivir en la sociedad, (...) alabando cuando las cosas salen bien, y empleando adecuada y delicadamente las críticas malas”, a pesar de que según las mismas ediciones de la página, la persona con retraso mental frecuentemente “piensa que no sirve para nada”.

En relación a la comunicación, “la persona con deficiencia mental puede tener problemas para adaptarse socialmente”, pero “si la comunicación se ha desarrollado correctamente será mucho más fácil lograr una buena adaptación social”.

Es decir, la persona discapacitada, con deficiencia o retraso mental, no es normal, tiene problemas de diversa índole, tiene necesidades especiales, etc., independientemente de la singularidad de cada uno. Ahora bien, de la función de la sociedad, ya sea en la integración, o en la exclusión –necesariamente previa que tendría que haber para justificar luego una integración-, ni una palabra. Y esto de que no haya ni una palabra tampoco lo podemos considerar casual o una prueba objetiva de que la sociedad no tendría nada para replantearse, si tenemos en consideración lo que afirmaba M. Foucault (1996):

Supongo que en toda sociedad la producción del discurso está a la vez controlada, seleccionada y redistribuida por cierto número de procedimientos que tienen por función conjurar sus poderes y peligros, dominar el acontecimiento y esquivar su pesada y temible materialidad. (p.14).

Dos de estos procedimientos, puntualmente los de la *prohibición* y la *exclusión*, funcionan obteniendo como efecto, que “no se puede hablar de todo en cualquier circunstancia, y que cualquiera no puede hablar de cualquier cosa”.

A su vez, los procedimientos de ciertos discursos marcan lugares en la sociedad, lo cual podría implicar dos consecuencias fundamentales: que el discurso es susceptible de construir un saber, y por lo tanto, estará íntimamente en relación con el poder; y que en tanto un discurso determinado opera sobre una sociedad dada, produce subjetividad. Es decir, genera efectos subjetivos que condicionarán la constitución de aquellos sujetos que queden ubicados en el lugar de objeto de ese discurso.

Esto va a implicar a su vez, una forma complementaria de control en relación al discurso. Hay quienes estarán legitimados para hablar, y habrá aquellos para quienes esa facultad les estará denegada, no tanto en la materialidad del ejercicio concreto del habla -aunque se haya llegado a ese extremo también (Foucault, 1996 y 1999; Galende y Kraut, 2006)-, sino en el valor de veracidad y legitimidad de su palabra.

II

Que efectos como estos puedan leerse actualmente en relación a la discapacidad mental, no es algo contingente. Como muestran diversos autores (Belgich, 2004; Lentini, 2007; Silverkasten, 2006, Vallejos, 2005), la forma de concebir la discapacidad mental misma y su abordaje, no es más que una herencia de la de la locura, ya que ambas comparten su origen construido a partir de la categoría de la anormalidad. A partir de toda clase de presunciones prejuiciosas e infundamentadas, la persona portadora de rasgos o comportamientos alejadas de los parámetros de lo esperable y socialmente aceptado, fue objeto de abandono, exclusión, marginalización, encierro, reclusión, estigmatización, tortura, experimentación, y hasta de asesinato (Belgich, 2004; Foucault, 1996 y 1999; Galende y Kraut, 2006; Montanari, 1978; Silverkasten, 2006). De nada servía que los mismos alienados suplicaran por el cese de tales prácticas ni demostraran objetivamente, con los efectos visibles, la ineficacia de tales métodos. El único autorizado para hablar sobre la anormalidad, tal como lo plantea Zaffaroni (Galende y Kraut, 2006), era el que ejercía el saber-poder: el jurista, el político, el filósofo, y luego recién, el médico psiquiatra. A la palabra del loco, sólo se la interrogará tiempo después. Foucault (1996) planteará al respecto:

Desde la más alejada Edad Media, el loco es aquel cuyo discurso no puede circular como el de los otros; llega a suceder que su palabra es considerada nula y sin valor, que no contiene ni verdad ni importancia, que no puede testimoniar ante la justicia, no puede autenticar una partida o un contrato, o ni siquiera, el sacrificio de la misa (...). Durante siglos, la palabra del

loco no era escuchada (...) caía en el olvido –rechazada tan pronto como era proferida-, excluida, en un sentido estricto, no existía. (p.16).

Estos mecanismos de exclusión y prohibición de ciertos discursos y lugares, deslegitiman y despojan de todo valor, tanto a la palabra como a la persona. Y esto no podría lograrse sino como procedimiento de otro discurso que se encuentre en situación de ejercer el poder, generalmente asociado con el saber. A través de diversos mecanismos, se llega a anular tanto la posibilidad de enunciar algo, como a aquél que lo enuncia, en pos de alguna instancia que se arroga el derecho y la facultad de enunciar cuestiones de esta manera legitimadas, acerca de un campo particular.

III

El discurso que comandaba toda la práctica de las disciplinas de la salud en la época, es el que podríamos denominar con E. Lentini (2007), el discurso médico-psiquiátrico.

Sin embargo, en función de la ineficacia que representaba tal discurso y sus técnicas en algunos casos, para responder al padecimiento puntual de los pacientes, se dio un caso paradigmático en que alguien se vio en la necesidad de abrirse de tal discurso, y con él, del paradigma que hoy podríamos definir como aquel en el que se sustenta. S. Freud eligió construir otro tipo de abordaje para las histéricas, que fuera más productivo y que implicará necesariamente una escucha, ya que desde esta perspectiva, si no era él quien estaba del lado del saber -en tanto no estaba en condiciones de ofrecer ningún tratamiento posible-, el que debía saber algo acerca de su padecimiento, era el paciente, aun sin que lo sepa concientemente.

Uno de los efectos que implicó este viraje del saber, es una consecuente modificación en el ejercicio del poder (Albano, 2006). El poder que continuará quedando del lado del que ejerce la práctica profesional, ya no estará en función de la directiva a lo que el paciente tendría que hacer para su rehabilitación -sostenida como se viene planteando, en el saber-, sino en relación al trabajo con la transferencia, dirigiendo no ya a la persona si no a la cura (Lacan, 2005), con lo cual más que de rehabilitación, se podría hablar de habilitación; más precisamente, habilitación subjetiva.

IV

La discapacidad mental implica entonces una categoría que no es sino una construcción íntimamente relacionada con la anormalidad y la patología, producida como efecto de este mismo discurso, el médico-psiquiátrico (Lentini, 2007):

La discapacidad mental, tal como aparece definida por el saber psiquiátrico, se caracteriza por la presencia de indicadores objetivos y mensurables de anormalidad. De este modo, situada como la versión fallida y malograda del proceso de desarrollo evolutivo normal, su existencia como categoría es indisociable de su ubicación en el terreno de la patología y su equivalencia con la enfermedad. (p.61).

Esto no será sin consecuencias para los profesionales que aborden el campo de la discapacidad mental, ya que este discurso continuaría manteniendo una fuerte influencia en la forma de leer lo que tiene que ver con la clínica. Así, es común que circulen frases tales como “no saben lo que dicen”, “son como chicos”, “no hay que tomarlos muy en serio”, “hablan pavadas”, “están en su mundo”, etc.

Esto podría mostrar dos consecuencias principales. Por un lado, la generalización que se produce al intentar ubicar a todo un grupo de personas bajo un mismo rasgo en particular, uno que fue leído en una sola persona. Esto puede ubicarse claramente en las definiciones de discapacidad mental de la legislación vigente, en la definición que del retraso mental ofrece el DSM-IV, y en el imaginario social que esos planteos favorecen a producir, como puede verse en el caso de Wikipedia. Y cuando funciona la generalidad, no es sino sobre la base de la exclusión de la singularidad.

La segunda consecuencia, tendría que ver con que lo que dicen, todos y cada uno de ellos aparentemente, no puede ser tomado con un criterio de verdad, por lo que se naturaliza su deslegitimación y desvalorización, y se naturaliza el hecho de que otro hable por ellos, ya que de todos modos, está la familia, el saber del profesional, y las figuras que detentan el saber-poder para hablar por ellos, y para indicar directivamente lo que la persona tendría que hacer. Está claro que tal posicionamiento, en donde el saber-poder se encuentra del mismo lado -no casualmente del lado del profesional-, se corresponde con una forma de discurso que Lacan (2008) va a denominar “discurso del amo”, tomando a la ciencia matematizada –tampoco casualmente- como su principal representante.

En este sentido les indiqué la última vez en qué es afín la naturaleza de este discurso a la matemática, en la que A se representa a sí misma, sin necesidad de un discurso mítico que

establezca sus relaciones. Por eso la matemática representa al saber del amo en tanto está constituido en base a leyes distintas del saber mítico. En suma, el saber del amo se produce como un saber completamente autónomo del saber mítico, y esto es lo que se llama ciencia. (p.94).

Si tenemos en cuenta a su vez, que tal como plantea Lacan y remarca J.-C. Milner (1996), la ciencia se caracteriza por la forclusión del sujeto, la apuesta y la propuesta podría pasar tal vez por otro lado, precisamente por el reverso de este discurso; es decir, el discurso del analista. Según plantea Lacan, éste sería el único discurso capaz de permitir la emergencia de un sujeto, haciéndolo hablar o bien recurriendo como principal herramienta, a los juegos del lenguaje. Es decir, favoreciendo la construcción de un dispositivo comandado por una situación particular, en el que el saber está del lado del paciente (aunque éste crea que es exactamente al revés), y en el que por lo tanto, no hay nada que dirigir más que la cura, para favorecer una posición subjetiva y la producción de una situación de vida, que tenga que ver con el deseo y el discurso propio, más que con el del Otro, con lo cual quedaría ubicada en primer lugar la ética del psicoanálisis. Lacan (2008) lo sintetiza una manera paradigmática:

Señalemos que en la estructura llamada del discurso del analista, éste, como ven ustedes, le dice al sujeto –Venga, diga todo lo que se le ocurra, por muy dividido que esté, por mucho que demuestre que usted no piensa o que usted no es nada en absoluto, la cosa puede funcionar, lo que produzca siempre será de recibo. (p. 112).

Esto implica entonces un viraje fundamental en cuanto al dispositivo que se construirá para el tratamiento, ya sea individual, grupal, institucional, o social, ya que estará bajo la condición de un discurso que será la subversión del discurso del amo, del saber de la ciencia, y de la normalización de la persona. Y esto no será sin efectos para la subjetividad, especialmente si se encuentra en situación de discapacidad.

V

Afirmar que alguien se encuentre en situación de discapacidad implica no sólo la propuesta de un cambio en la denominación, sino primero y fundamentalmente, un cambio de paradigma. Que un grupo de personas sea objeto de un discurso particular cuyos efectos se manifiesten principalmente en el hecho de ubicarlo en un lugar de patologización, marginalización y exclusión, no será sin consecuencias en cuanto dos aspectos principales: por un lado, respecto

a los efectos subjetivos que allí se producirán, y por otro, en relación al imaginario social que favorecerá a generar. Esta situación, al estar fundamentada y legitimada por un abordaje profesional, no estará por lo tanto exenta del ejercicio de un saber-poder. Es decir que el ejercicio de este saber-poder, su materialización en una forma particular de bio-poder, formalizado en este discurso médico-psiquiátrico, tendería a conformar una posición subjetiva alienante que se sostendrá complementariamente desde ambos lados. Desde el lado del paciente, se instituirá un estado pasivo, dependiente, infantilizado, y de aparente necesidad crónica de asistencia, por parte de las personas así discapacitadas por el discurso hegemónico, por el entorno opresivo, y por el imaginario social. Desde el lado del profesional, se favorecerá una práctica sostenida en el saber y en el ejercicio unilateral de poder, que ubicará la figura del profesional como la única capaz de permitir a la persona discapacitada, algún tipo de esperanza de adaptación social, ya que ni ella, ni su familia, ni la sociedad, estarían en situación de intentarlo.

Esta doble producción de subjetividad, generaría a su vez entonces, una forma de imaginario social acorde a ella, a partir de la cual, se naturaliza la conformación de circuitos marginales para el abordaje de la discapacidad mental, ya que al constituirse teóricamente ésta como de naturaleza patológica, se legitima el tratamiento medicalizado e institucionalizado, y se condena la palabra de la persona así discapacitada por el entorno, a un lugar de desvalorización, incredulidad e inadaptación. “No saben lo que dicen”; “no comprenden lo que se les dice”; es más fácil, humano y adecuado dirigirse directamente a la persona que los acompañe. Tal como afirma Lentini (2007):

La adaptación constituye el fin –pues reconstruye la estabilidad que el orden psiquiátrico proclama- mediante la adjudicación de una ubicación social a la discapacidad mental. Principio que si bien impera con claridad en la autoridad del saber psiquiátrico para prescribir su institucionalización, no se agota en ésta, sino que rige a través de una sujeción al discurso médico-psiquiátrico en cualquier instancia de la vida social por la que atraviesan las personas con discapacidad mental. (p.75).

Así las cosas, proponer esta conformación social como la situación de discapacidad que una persona puede llegar a padecer, implica una perspectiva que se distancia de la visión individual, patologizada y medicalizada de la discapacidad como problemática individual, para centrar el eje de la cuestión en la función que cumple la sociedad en la producción de esta situación.

De esta manera, la presente propuesta pasa por un doble cuestionamiento de la praxis del profesional: en cuanto a sus posibilidades de investigación, y en cuanto al ejercicio de su práctica. Esta doble vertiente permitiría no sólo interrogar la práctica cotidiana que se realiza con pacientes en situación de discapacidad, sino también interrogar la genealogía de la conformación social actual del paradigma hegemónico, con la finalidad de cuestionar la situación que discapacita a personas, excluyéndolas, patologizándolas, medicalizándolas, y luego intentando volver a integrarlas, tal como queda explicitado en el sitio web Wikipedia, cuando afirma al pasar, casi sin trascendencia ni importancia, que la adaptación social se podrá dar, “siempre y cuando la sociedad le dé la oportunidad de hacerlo”. Esto remite directamente a lo que plantea M. Oliver (1998):

En este momento, la discapacidad es considerada una tragedia personal que les ocurre de forma aleatoria a los individuos, y los problemas de discapacidad exigen que los individuos se adapten a la tragedia o a la acepten. En las investigaciones se han empleado técnicas diseñadas para “probar” la existencia de estos problemas de adaptación. La idea alternativa sugiere que la discapacidad se produce de una forma estructurada que depende de las relaciones materiales de producción, el problema de la adaptación atañe a la sociedad, no a los individuos, y las investigaciones deberían ocuparse en identificar de qué forma la sociedad discapacita a las personas, más que de los efectos sobre los individuos. (p.47).

Por otro lado, en la praxis, esto puede traducirse bajo dos posicionamientos principales: por un lado, en lo que respecta a la postura ética del profesional, apostando a la habilitación subjetiva más que a la rehabilitación de la persona. Esto implica centrarse no en la adaptación individual e incuestionada de la persona al entorno, sino al favorecimiento de la emergencia del deseo y del discurso propio en el paciente, en los casos en que esto sea posible. A su vez, esto remite directamente al segundo aspecto: esta forma de praxis no podría sostenerse sin el cuestionamiento permanente de lo instituido, tanto a nivel individual, como institucional y social, manteniendo siempre presente algo del orden del discurso y de la ética de la praxis, negando dialécticamente incluso el propio discurso, con lo cual no se deja ya otra opción más que la apuesta a la emergencia de la subjetividad. Como dice Foucault (2004):

De ahí la necesidad de reconvertir el lenguaje reflexivo. Hay que dirigirlo no ya hacia una confirmación interior –hacia una especie de certidumbre central de la que no pudiera ser desalojado más-, sino más bien hacia un extremo en que necesite refutarse constantemente. (...) Negar dialécticamente el propio discurso es sacarlo continuamente de sus casillas, despojarlo en

todo momento no sólo de lo que acaba de decir, sino también del poder de enunciarlo. (pp. 24-25).

Esta propuesta implica necesariamente un posicionamiento ético, y por lo tanto, político. Mientras no se elaboren estrategias de abordaje favorecedores de movimientos que tiendan a facilitar el ejercicio del discurso propio en los sujetos implicados, y por lo tanto, no sea posible cuestionar la producción social de la situación de discapacidad, será necesario, justificado y legitimado el hecho de que cierta gente naturalice y legitime el hecho de hablar por otros.

Referencias bibliográficas

- Abraham, T. (2006). "Filosofía". Seminario inédito desarrollado en la Facultad Libre. Rosario.
- Albano, S. (2006). *Arqueología del psicoanálisis*. Buenos Aires: Quadrata.
- Belgich, H. (2004). *Sujetos con capacidades diferentes. Sexualidad y subjetivación*. Armenia: Kinesis.
- Foucault, M. (1996). *El orden del discurso*. Buenos Aires: La Piqueta.
- Foucault, M. (1996). *La vida de los hombres infames*. La plata: Altamira.
- Foucault, M. (1999). *Historia de la locura en la época clásica*. Tomos I y II. México: Fondo de Cultura Económica
- Freud, S. (1997). Carta 69, en *Obras completas. Vol I. Publicaciones prepsicoanalíticas y manuscritos inéditos en vida de Freud*. Amorrortu: Buenos Aires.
- Foucault, M. (2004). El
- Galende, E. y Kraut, A. (2006). *El sufrimiento mental. El poder, la ley y los derechos*. Buenos Aires: Lugar.
- Lacan, J. (2005). "La dirección de la cura y los principios de su poder", en *Escritos 2*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Lacan, J. (2008). *El seminario de Jacques Lacan: Libro 17: El reverso del psicoanálisis 1969-1970*. Buenos Aires: Paidós.
- Lentini, E. (2007). *Discapacidad mental. Un análisis del discurso psiquiátrico*. Buenos Aires: Lugar.
- Milner, J.-C. (1996). *La obra clara. Lacan, la ciencia, la filosofía*. Buenos Aires: Manantial.
- Montanari, A. (1978). *El salvaje de Aveyron: psiquiatría y pedagogía en el Iluminismo tardío. Selección de textos de Philippe Pinel y de Jean Itard*. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina.
- Oliver, M. (1998). "¿Una sociología de la discapacidad o una sociología discapacitada?", en *Discapacidad y sociedad* (Barton, L.; comp.). Madrid: Morata.
- Silberkasten, M. (2006). *La construcción imaginaria de la discapacidad*. Buenos Aires: Topía.