

La especificidad de la función del psicólogo en el campo de la discapacidad mental*

The specificity of psychologist's function in the field of mental disability

Alejandro Martín Contino¹

Resumen

Se propone un análisis de la dimensión política de la función psi y de la función del psicólogo en el campo de la discapacidad mental. Desde el análisis de dispositivos institucionales y prácticas manicomiales existentes, se explicita que el modelo médico individual comanda el abordaje tradicional. Se plantea que la función del psicólogo podría implicar una perspectiva desmanicomializadora, cuestionando la patologización, medicalización e institucionalización de la discapacidad. Desde esta lógica sería posible una lectura diferente respecto de las dificultades actuales en relación a la autonomía e integración. El aspecto ético-político de la praxis favorecería movimientos autogestionados por los propios individuos en situación de discapacidad, transformación posible solo a partir de pensar la discapacidad desde el modelo social.

Palabras clave: *Función psi, Discapacidad mental, Desmanicomializar.*

* El presente trabajo fue realizado a partir de la investigación titulada "Institucionalización de la discapacidad intelectual en la ciudad de Rosario. Análisis de las políticas públicas y de los procesos de subjetivación, autonomía e integración social" y fue financiada mediante beca del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), Nº legajo 137071, Resolución de beca Nº 3105/08, Argentina.

¹ Alejandro Martín Contino, Universidad Nacional de Rosario, Rosario, Argentina. Email: martincontino@yahoo.com.ar

Abstract

The present work analyzes the politic dimension of the psy function, as well as psychologist's function in the field of mental disability. From the analysis of the institutional devices and asylums practices, a prevalence of the individual model in the direction of traditional treatments can be stated. Psychologist's function could be conceived from a des-institunalising perspective, in a way to question the pathologization, medicalization and institutionalization of disability. From this logic, a different understanding of current difficulties in autonomy and integration could be envisioned. Finally, the ethical-political aspect of praxis would favour self-managed movements in disability situations, a transformation that could only be possible from the social model framework.

Key words: *Psi function, Mental Disability, Desinstitutionalization.*

Introducción

El presente desarrollo implica un recorrido fragmentario y acotado relativo al análisis de las políticas públicas y los procesos de subjetivación, autonomía e integración social. Este trabajo intenta analizar los efectos subjetivos que se estarían produciendo en el abordaje terapéutico de la discapacidad intelectual, tal como está instituido en este momento, es decir, bajo la modalidad de la institucionalización.

Actualmente, la orientación prestacional prescripta para cada persona categorizada como discapacitada mental, figura en el certificado mismo de discapacidad, y se trata —casi exclusivamente— de la concurrencia a alguna forma de establecimiento encargado de los tratamientos y la rehabilitación individual. Es de destacar, que la gran mayoría de concurrentes (personas discapacitadas que asisten allí diariamente), no egresan de estos establecimientos por haber logrado cumplir satisfactoriamente aspectos significativos de su tratamiento —de acuerdo a lo propuesto por los lineamientos institucionales—, sino por decisiones unilaterales (de la persona, de la familia, de la institución, etc.), que nada tienen que ver con los logros que se pretendían. Esta aproximación está sostenida en la experiencia, ya que la Provincia de Santa Fe no cuenta con estadísticas al respecto.

En este sentido, este recorrido intenta interrogar las condiciones de posibilidad que permitieron, a lo largo de lo que sería una historia de la discapacidad, la construcción de estrategias de abordaje bajo la concurrencia o el alojamiento en distintos establecimientos que funcionan con características propias de las instituciones totales (Goffman, 2004). Esta línea de investigación está orientada a construir algunas hipótesis en relación al supuesto fracaso terapéutico que implica el escaso índice de egresos. De esta manera, se analiza cuál es el trabajo que allí se le demanda a la función psi en general y a la función del psicólogo en particular, y qué tendría de transformador en este campo el aporte de un posicionamiento de la psicología que piense la discapacidad desde el modelo social.

La función psi y la función del psicólogo: normalizar individuos en instituciones disciplinarias para su utilidad social

Para trabajar lo que sería la función psi y la función de la psicología en tanto herederas de una lógica de funcionamiento propia de las primeras formas de la psiquiatría —que nace pretendiéndose científica con la sola justificación de incluirse en el campo de la biología y la medicina, pero prescindiendo de sus métodos—, es necesario plantearla no tanto como una disciplina o una profesión, sino más bien como un discurso: el *discurso médico-psiquiátrico* (Lentini, 2007). Plantear lo psiquiátrico como un discurso posibilita pensar en una enorme potencialidad para producir y reproducir toda una disposición y una puesta en marcha de prácticas, saberes, lugares, funciones, restricciones, etc., en tanto puede entenderse la categoría de *discurso*, como el “conjunto de todos los enunciados que dependen de un mismo régimen de formación [y] la práctica regulada que da cuenta” (Hodgson, 2005, p.19) de estos enunciados.

Desde mediados del siglo XVII, la psiquiatría se arrogó el derecho de abordar todo un conjunto de problemáticas que quedarán signadas bajo la nominación de *anormalidad*. La que obtuvo mayor protagonismo —tal vez por lo llamativo de sus manifestaciones, y por la peligrosidad social que se le podría presuponer— fue la llamada *alienación mental*, más tarde rebautizada como *locura* en función de algunos cambios en la consideración de sus causas y síntomas.

Sin embargo, la diferenciación diagnóstica continuó desarrollándose, no solo dentro del mismo campo de la locura, sino también en la identificación de cuadros clínicos que exceden su ámbito. Un ejemplo de ello es lo que se originó a partir de la psiquiatrización de la niñez hacia 1830 y 1840 (Foucault, 2008a): una diferenciación diagnóstica entre lo que sería estrictamente “el loco”, y lo que se comenzará a categorizar como “niño idiota”, “niño imbecil”, etc., y que más tarde se encasillarán directamente bajo la nominación de *debilidad mental*. La psiquiatrización de la niñez implicará obviamente la medicalización de estos nuevos campos de abordaje —el de la niñez en general, y el de la debilidad mental en particular—, pero con la particularidad de no recurrir ya indiscriminadamente a la

internación en instituciones disciplinarias. Al separar el discurso médico-psiquiátrico la locura de la debilidad mental, y al quedar esta última fuera del espacio asilar destinado a la internación del loco, se vio posibilitado —según los planteos de M. Foucault (2008a)—, el nacimiento de lo que podrá denominarse *función psi*.

Se puede entonces ubicar el nacimiento de la *función psi* en el proceso ocurrido hacia mediados del siglo XIX y principios del XX, que implicó la proliferación de toda una serie de disciplinas, discursos y prácticas (psicología, psicopedagogía, asistencia social, etc.), aplicada a diversos ámbitos (criminología, patología, educación, etc.), ocurrida justamente por la difusión del poder psiquiátrico más allá de los muros del asilo.

Hasta esta transformación, las disciplinas —formaciones teóricas y prácticas como forma de respuesta a las demandas de las nuevas formas de Estado que se estaban gestando— vieron complementadas sus modalidades de producción de individuos socialmente útiles y económicamente productivos, con estrategias que se organizaban también sobre el individuo, pero en relación a la población. Es decir, comienzan a implementarse estrategias de orden político para constituir una sociedad productiva, segura, limpia, sana. Esto es lo que se denomina *biopolítica* (Foucault, 2009). La transformación de una sociedad esencialmente disciplinaria hacia otra que podría plantearse como principalmente *normalizadora*, se da a partir de la *regulación*, actividad que solo se posibilitará a través de la *norma*. La norma —en genérico— implicará parámetros construidos respecto a ciertos criterios que se ubicarán en el lugar de lo moralmente esperable, de lo supuestamente natural, de lo económica y socialmente conveniente, que comenzarán a constituir lo que se empezará a concebir como “lo normal”. Estos parámetros se posicionarán desde una cierta legitimidad dada por las leyes en las que se sustentarían. Criterios naturales, sociales, morales, que se instituirán en diversos dispositivos que materializarán y viabilizarán sus postulados.

El criterio fundamental que determinará entonces el surgimiento y la reproducción de prácticas, dispositivos, instituciones, en una sociedad

normalizadora, estará dado, por un lado, en función de la regulación de algún aspecto inherente a la población; y por otro lado, en relación a la conveniencia y utilidad que el Estado puede sacar de ello para el sostenimiento de su propia continuidad. Esto sería precisamente lo que puede entenderse —según M. Foucault— por gubernamentalidad: “Este contacto entre las tecnologías de dominación de los demás y las referidas a uno mismo es lo que llamo gubernamentalidad” (2008b, p. 49).

Respecto a los dispositivos utilizados por el Estado en relación a la locura, desde un principio se trató de espacios disciplinarios con marcadas características asilares (hospicios, hospitales generales, manicomios). Estos espacios bien podrían definirse a partir de la categoría foucaultiana del *dispositivo*, ya que su naturaleza implica una doble caracterización: por un lado, una *sobredeterminación funcional* (es decir, ciertas condiciones de posibilidad que favorecen su emergencia); y por otro, una *función estratégica de respuesta a una urgencia* (García, 2003), que siempre estarán en relación a la necesidad de gobernabilidad presente en un momento determinado. Desde la lógica del *discurso médico-psiquiátrico*, la sobredeterminación funcional y la respuesta a la urgencia de estos dispositivos están claramente definidos: los individuos categorizados como locos serán —por sus características individuales— incluidos en establecimientos conformados solo para ellos, y a la vez —por la peligrosidad de la situación que se genera a partir de su condición— excluidos de la circulación social.

Por lo tanto, para pensar la herencia que en los dispositivos actuales pueden inferirse respecto de estos dispositivos, el análisis deberá estar orientado no a juzgar moralmente la existencia de ciertos espacios que surgen con la clara intencionalidad política de la exclusión del individuo peligroso, sino a explicitar una particular forma de relaciones de poder que pueden ubicarse en su funcionamiento general. Ahora bien, como en todo espacio medicalizado, estas relaciones de poder estarán basadas en la autoridad y la legitimidad supuestamente científica del discurso médico-psiquiátrico. Entonces, la lógica propia de una modalidad de funcionamiento asilar es lo que se podría denominar, junto con M. Foucault (2008a), *poder psiquiátrico*, del cual podrían aislarse algunos rasgos fundamentales.

Un primer rasgo del poder psiquiátrico, lo constituye la forma en que define la razón de la internación. Se necesita un primer criterio de evaluación, y esto se dará entre dos posibilidades: locura y no-locura (Foucault, 2008a). Enfermedad/salud: el primer rasgo del poder psiquiátrico será no el del diagnóstico diferencial, sino el del binarismo más estricto, basado en la patologización de la problemática.

Para aquellos que quedarán del lado de la locura, vendrá entonces el segundo movimiento de intervención: la medicalización. La medicalización de la locura se instituirá a través del aislamiento del medio social, en instituciones totales, ya que la locura —desde la perspectiva del poder psiquiátrico— conlleva siempre un riesgo, una cierta peligrosidad para los individuos externos a los muros del asilo. Este será entonces un segundo rasgo del poder psiquiátrico: aislar para tratar.

Una vez allí dentro, se desempeñarán diversas formas de tratamiento, con distintas técnicas, pero que conllevan un rasgo común que las identifica: “en todos los consejos dados por los alienistas con referencia a distintas curas hay un lugar común: siempre debe empezarse con una demarcación de poder” (Foucault, 2008a, p.173). Esto puede considerarse como un tercer rasgo del poder psiquiátrico, la suposición de que la cura vendría de la mano del disciplinamiento, de la normalización. Incluso puede pensarse que el asilo de alienados era un lugar terapéutico, precisamente

...porque obligaba a la gente a plegarse a un reglamento, un uso del tiempo, la forzaba a obedecer órdenes, a ponerse en fila, a someterse a la regularidad de una serie de gestos y hábitos, a su-peditarse a un trabajo. Y todo este complejo orden, como órdenes dadas y también como regularidades institucionales y coerciones, es finalmente, para los psiquiatras de estos días, uno de los grandes factores de la terapéutica asilar (Foucault, 2008a, p.179).

Entonces, si la cuestión de la dependencia y el sometimiento al médico —en cuanto poseedor de cierto poder ineludible para el paciente— es la principal modalidad terapéutica, la finalidad de todo este dispositivo (la curación propiamente dicha) es precisamente “el proceso de sujeción física cotidiana, inmediata, producida en el asilo, y que va a constituir como individuo curado al portador de una realidad (...) que se concreta,

entonces, dentro de un espacio disciplinario y gracias a él” (Foucault, 2008a, p.205).

¿Cuál sería la relevancia de explicitar los rasgos principales del poder psiquiátrico? Se trata de que el poder psiquiátrico, tanto el ámbito de su acción como de su lógica de funcionamiento, tal como se viene afirmando, no se reduce a lo que ocurría dentro de un espacio asilar en una sociedad disciplinaria y solamente a partir de la práctica de la psiquiatría, sino que con el surgimiento de la función psi, se vio casi irrestrictamente ampliado, difundido y legitimado. M. Foucault (2008a) plantea algo de esto:

Reencontramos ese poder psiquiátrico, esa función de intensificación de lo real, siempre que es necesario hacer actuar la realidad como poder. Si vemos aparecer psicólogos en la escuela, la fábrica, las prisiones, el ejército, etc., es porque tercian exactamente en el momento en que cada una de estas instituciones se ve en la obligación de hacer funcionar la realidad como poder, o bien de dar valor de realidad al poder que se ejerce dentro de ellas. (...) Así el saber funciona como poder, y ese poder del saber se da como realidad dentro de la cual está situado el individuo. (...) La función psicológica íntegramente derivada, desde un punto de vista histórico, del poder psiquiátrico, y diseminada por otros lugares, tiene el papel esencial de intensificar la realidad como poder e intensificar el poder haciéndolo valer como realidad (p.255).

Y en tanto puede ubicarse que uno de los campos hacia los que se difundirá el poder psiquiátrico será justamente aquél que hoy se nomina con la categoría jurídica de la *discapacidad mental*, se plantea una doble hipótesis: la primera es que si la psicología se incluye en el campo de la anormalidad como una de las disciplinas pertenecientes a la función psi, heredará una cierta lógica del discurso psiquiátrico, por tratarse precisamente de una de las formas que adopta la difusión del poder psiquiátrico fuera de los muros del asilo. La segunda es que, entonces, algo del orden del poder psiquiátrico podría leerse en la lógica del funcionamiento de los establecimientos que abordan actualmente la discapacidad mental.

Dejando la segunda hipótesis para más adelante, se trabajará la implicancia de sostener la primera de ellas. A principios del siglo XX, con

la invención de las escalas psicométricas, se posibilitó una individualización y una especificación diagnóstica legitimada por técnicas positivistas —como corresponde al discurso médico—, que permitió teorizar desde otra perspectiva lo que se denomina *debilidad mental*, y que décadas más tarde —en función de las posibilidades de medición de las facultades cognitivas y de su comparación con lo que sería la media, el promedio, el ideal normal—, será rebautizada en el discurso médico como *retraso mental* (Cordié, 1998; Ey, 1978; Galende & Kraut, 2006; Menin, 1997).

Cabe remarcar que la categoría “retraso mental” pertenece al discurso médico-psiquiátrico, pero luego de la mitad del siglo XX encontrará un correlato en el discurso jurídico en otra distinta pero análoga: la ya mencionada categoría de la *discapacidad mental*. De todas maneras, si tales categorías permanecen hoy vigentes tanto en lo clínico (DSM-IV) como en lo jurídico², pueden considerarse una construcción política antes que médica o jurídica, ya que ambas fueron producidas como efecto de discurso en un contexto histórico y social determinado. Ahora bien, lo que está claro es que desde su surgimiento, tanto el retraso mental como la discapacidad mental —en tanto implica como mínimo un cierto retraso de las facultades cognitivas— quedarán ubicados en una íntima relación a la anormalidad y a la patología. E. Lentini (2007) lo explicita de esta manera:

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 indisoluble de su ubicación en el terreno de la patología y su equivalencia con la enfermedad (p.61).

Para quien se ubica desde el campo de las psicologías, éste no es de ninguna manera un aspecto menor, ya que como bien afirma M. Foucault (2008a), “a partir de esa psiquiatrización del anormal, el débil mental, el deficiente, etc., se constituyó todo el sistema de diseminación que permitió a la psicología convertirse en una suerte de redoblamiento perpetuo de todo funcionamiento institucional” (p.226), algo de lo cual se deberá

2 Leyes 22.431 y 24.901

estar advertido, si es que desde la praxis psicológica no se quiere quedar posicionado como reproductor del poder psiquiátrico.

Recapitulando, la función psi nace como estrategia de normalización legitimada en el saber que da el discurso médico, materializada en diversas disciplinas y prácticas, y ejercida a través de una determinada forma de relaciones de poder según el modelo del poder psiquiátrico. La psicología, por su parte, se constituye entonces como una herramienta útil de normalización, en tanto permitirá un redoblamiento perpetuo del funcionamiento institucional fuera de la institución. ¿Qué implicará que la función del psicólogo se encuentre atravesada por el afán de regulación propio de una sociedad normalizadora? ¿En qué lugar quedará la discapacidad en general, si resulta heredera directa del campo de la anormalidad, y el individuo discapacitado en particular, si queda sujeto de una lógica basada en el poder psiquiátrico? Estos son los siguientes puntos a interrogar.

Las instituciones de discapacidad en la actualidad: disciplinamiento, normalización, seguridad

Si se sostiene la segunda de las hipótesis mencionadas más arriba, esto es, que la discapacidad es producto y herencia de lo que el poder psiquiátrico instituyó como anormalidad, encontrándose bajo la primacía de lo que se podría denominar *discurso médico-psiquiátrico* (Lentini, 2007), no tiene demasiado sentido intentar elegir una nominación supuestamente digna en reemplazo de ella, si la lógica bajo la cual es abordada continúa siendo la del poder psiquiátrico. En relación a la discapacidad, podrá hablarse de “capacidades diferentes”, de “necesidades especiales”, de “diversidad”, “diferencia”, etc., pero la principal modalidad de abordaje continuará implicando una estrategia análoga a la que los espacios asilares le destinaban a la locura.

En esta línea de abordaje de la discapacidad, las experiencias de integración estarán siempre en función de dos características: dependen del trabajo realizado por una institución en particular, y se trata exclusivamente de casos individuales, específicos, ubicables con nombre y apellido. Como ejemplo de lo mencionado, baste la nota periodística de M. Isaias (2010),

cuyo título es “Julián, Leandro y Fernanda, 3 historias que enriquecen la escuela”. A su vez, en una de las revistas especializadas más reconocidas sobre la temática de la discapacidad en Argentina, *El Cisne*, los títulos de dos de sus artículos son bastante significativos de lo que se intenta plantear: uno de ellos, en una línea de continuidad con el artículo anterior, figura como “Pequeñas historias, grandes oportunidades” (Pellegrini, 2010), y se relata allí “casos de distintas personas, en los que se necesitó de un enorme empuje para sortear los escollos de todo tipo” que presenta la sociedad. La pregunta por las condiciones de posibilidad para que esos escollos se produzcan y reproduzcan, parece estar ausente del artículo. Un segundo artículo que serviría de ejemplo, se titula “Propuestas para una educación verdaderamente inclusiva” (ADEEI, ASDRA, Fundación Par, Fundación Discar, Fundación Data, Caniza de Páez, Ricci, Dal Bó, 2010). La pregunta que queda en el aire es: ¿acaso existe una educación inclusiva que no es verdaderamente inclusiva? Y si es así, ¿la forma de modificar esta situación deberá pasar exclusivamente por la elaboración de nuevos documentos redactados desde el saber profesional para que la inclusión sea —ahora sí— verdadera?

Asimismo, algunos profesionales argentinos que trabajan actualmente sobre el tema, se ubican claramente en esta línea. Por ejemplo, en la introducción de un libro que plantea el tema de la integración educativa (Borsani, 2007), se especifica que “la autora propone soluciones, acompañando a los docentes y profesionales” (p.10). Es decir, ubicada del lado del saber, capacita a docentes y profesionales a partir de la inclusión en la obra de “una ‘caja de herramientas’ a la que se puede recurrir para el diseño de talleres y actividades” (p.10). Un segundo ejemplo de lo que se viene planteando se podría encontrar en el trabajo “La integración escolar como problemática profesional” (Dubrovsky, 2005). En esta obra, la compiladora deja claramente marcado desde el título que la problemática de la integración es de orden profesional. Allí se plantean “experiencias y reflexiones teóricas que ponen en tensión los conceptos básicos vinculados con la problemática de la integración en el marco de la institución escolar con sus tradiciones, su dinámica cotidiana, sus modos de enseñar y de evaluar lo enseñado” (p.11), pero solo en lo que respecta a los niños que

requieren de una situación especial para su educación. Es curioso el intento de desprejarse de ciertas palabras, cuando especifican que lo especial aquí no es el niño sino la situación.

Este modelo para pensar la discapacidad, su tratamiento y su integración, solo adquiere sentido si se presupone y se naturaliza que la discapacidad surge del lado de la anormalidad, ya que necesariamente deberá ser patologizada para luego ser medicalizada. La elaboración de estrategias terapéuticas de rehabilitación e integración estarán dadas por aquellos que quedarán ubicados en posición de ejercer el poder, en función de la ostentación de su saber, en tanto “la medicina es un poder-saber que actúa a un tiempo sobre el cuerpo y sobre la población, sobre el organismo y sobre los procesos biológicos, que tendrá efectos disciplinarios y efectos de regulación” (Foucault, 1996, p.204).

En síntesis, la difusión del poder psiquiátrico fuera de los muros del asilo: la persona categorizada como discapacitada, como objeto de saber, en manos del profesional que es quien está en posición de ejercer el poder, de diseñar estrategias exclusivas para personas en situación de discapacidad, terapéuticas y/o educativas, en pos de una integración que deja fuera de su construcción a la propia persona implicada en la problemática. Esto puede claramente ubicarse en la legislación argentina, la cual legitima esta postura. Por ejemplo, en el denominado “Marco básico de funcionamiento para las instituciones de discapacidad”³, se explicitan aspectos significativos para pensar tanto los objetivos terapéuticos, como la forma en que se piensa la cura. En uno de sus apartados, se menciona que las condiciones de egreso del Centro de Día, son las siguientes:

- Alcanzar niveles de desarrollo que le permitan acceder a servicios educativos y/o laborales más adecuados a su nueva situación.
- Haber alcanzado los objetivos del plan de tratamiento propuesto por el Centro de Día.
- Modificación de sus condiciones psico-físicas de forma tal que sea imposible su permanencia en un centro de día, y requiera para su atención otro tipo de servicio especializado.

3 Derivado de la Ley Nacional N° 24.901 del Sistema de prestaciones básicas de habilitación y rehabilitación integral a favor de las personas con discapacidad (sancionada en Argentina en 1997).

- Cambios en su situación socio-familiar que imposibiliten su permanencia.

Como puede verse, en esta modalidad de tratamiento, la única persona que paradójicamente debería modificar su situación para hacer algo con la problemática, es la misma persona discapacitada; pero no de una manera participativa y activa, sino precisamente, adaptándose a las normas institucionales, como paso intermedio para una adaptación a la sociedad. Por omisión, en esta perspectiva individual, las demás dimensiones de lo social, las políticas públicas, la legislación, las instituciones, los diversos dispositivos, el personal profesionalizado y no profesionalizado, las estrategias de tratamiento, los criterios de reflexión de estas prácticas y su evaluación, el modelo epistemológico en que todo esto se sustenta, etc., no debería reconsiderarse.

Pero teniendo en cuenta la mera existencia de estos objetivos explícitos, y en particular el que sostiene que una condición de egreso la otorga el hecho de “haber alcanzado los objetivos del plan de tratamiento propuesto por el Centro de Día”, se puede pensar que la lógica de lo instituido de los establecimientos en discapacidad, es que la cura (“rehabilitación” o “integración”) se dará a partir de la combinación de algunos elementos muy significativos: el aislamiento en el espacio institucional; medicación estabilizadora en los casos en que sea necesario; una serie de coerciones propias de la vida disciplinaria: obediencia, sujeción y sometimiento a un reglamento y las normativas institucionales (alimentación adecuada, determinadas horas y espacios de trabajo, etc.); y disposiciones de control y de sanción, llegado el caso. Es decir, sorprendentemente, los mismos rasgos ubicados anteriormente en relación al poder psiquiátrico. Tal como afirma M. Foucault (2008a), en el tratamiento de los débiles mentales puede encontrarse “el poder psiquiátrico en estado puro, casi sin reelaboración alguna” (p.251).

De todas maneras, existiría un aspecto que diferencia el asilo psiquiátrico de la modernidad de los establecimientos en discapacidad y es producto de las características de la gubernamentalidad que pretenden las políticas públicas actualmente. La justificación para aislar a los locos de la sociedad estaba dada en el binarismo de su diagnóstico (se está adentro

o se está afuera, tanto de la locura como del asilo), pero también por las características de una sociedad disciplinaria, que solo busca tratar cuerpos individuales con alternativas radicales. En una sociedad de biopolítica, la gubernamentalidad no busca ya —por lo menos principalmente— encerrar o dejar libre, sino que la intervención estará dada en términos de regulación (Foucault, 2009). En relación a la discapacidad, al no representar ya un peligro para la población tal como lo era la locura, no se encerrará, pero se regulará la participación social de las personas que queden ubicadas en esta situación, es decir, categorizadas como discapacitadas. Y por mencionar un ejemplo, ya no estarán internadas las veinticuatro horas del día en un asilo; solo siete en un centro de día, pero llevados y vueltos a traer en transportes especiales, de manera de regular la circulación por circuitos específicos construidos en lo social, solo para individuos que estén en situación de discapacidad.

En síntesis, patologización para justificar la medicalización, medicalización para justificar la institucionalización.

Esta secuencia obliga a esbozar algunos planteamientos en relación a la categoría de la *institucionalización*. R. Lourau (1998) denuncia el “abuso de lenguaje” que supone aplicar la palabra *institución* a un establecimiento o a una asociación local. Un abuso de orden político, ya que ello implica denegar la dimensión social y la transversalidad estatal que toda institución porta. En este sentido, se puede pensar la *institucionalización de la discapacidad mental*, no como la inserción de una persona en un establecimiento puntual, sino más bien como la sujeción de un individuo a una lógica y a un modelo presentes de manera hegemónica en los distintos establecimientos y modalidades del abordaje de esta problemática, de manera que se posibilite producir y reproducir relaciones de poder asimétricas en función de una disposición del saber que le otorga a los profesionales la autoridad para diagramar circuitos terapéuticos específicos para un determinado grupo de la población.

Se pueden interrogar, a partir de aquí, los efectos subjetivos que se producirán en los individuos sometidos a esta situación de asimetría de poder/saber, propia de las modalidades manicomiales. De acuerdo

a P. Amarante (2006), uno de los principales promotores de la reforma psiquiátrica de Brasil —a partir de la cual este ámbito comenzó a regirse por los planteos de la antipsiquiatría—, en la institucionalización/hospitalización, puede observarse un “proceso de producción de ‘dependencia’ del paciente a la institución, acelerando la pérdida de los lazos comunitarios, familiares, sociales y culturales, y conduciendo a la cronificación y al hospitalismo” (p.41). Estos efectos llevan a los pacientes a moverse en ciertos márgenes estrictos en los que para nada se cuenta con su participación (Cohen & Natella, 2007). En lo que refiere al aspecto subjetivo, estos condicionamientos tienden a producir una posición pasiva, dependiente, infantilizada y alienada en las normas disciplinares institucionales, que requerirán por ello necesariamente de políticas asistencialistas —ya sea del orden estatal o privado—. Respecto a la integración social, no se llega a vislumbrar la manera en que la estrategia del discurso psiquiátrico podría promoverla. Mientras la estrategia de intervención a nivel individual sea “someter y aislar para curar”, el correlato respecto a lo social será —paradójicamente—, “excluir para integrar”.

Este análisis de la estrategia medicalizada en relación a la psiquiatría y a la discapacidad mental, permite explicitar las principales características del poder psiquiátrico y la forma en que se continúa reproduciendo en los establecimientos terapéuticos hoy en día, perfectamente en concordancia con lo que se denomina modelo médico-individual (Moreno, 2007). La institucionalización requiere de prácticas manicomiales para su sostenimiento. A partir de este análisis, el escaso grado de egresos que se da en la institucionalización de la discapacidad puede pensarse ahora de otro modo, ya que el hecho de concurrir diariamente a un establecimiento de características manicomiales no se dará sin consecuencias para la subjetividad de los individuos institucionalizados.

La situación de la discapacidad, tal como puede ser interpretada en la actualidad, estaría sostenida y reproducida, por lo tanto, por un ejercicio de poder sostenido en un saber que favorece la pasividad, la dependencia y una marcada tendencia al asistencialismo como política principal para su abordaje. Esto obliga no solo a un cuestionamiento en relación a las

condiciones que sostienen la existencia y el funcionamiento de estas modalidades institucionales, sino también a una revisión epistemológica de la función del personal de los establecimientos dedicados al abordaje de la discapacidad, tanto el personal profesionalizado como el no profesionalizado, ya que el poder psiquiátrico continuaría manteniendo un fuerte condicionamiento de la praxis en el campo de la discapacidad mental. En particular, interesa indagar lo que concierne a la función del psicólogo —quien de acuerdo a la legislación vigente, puede incluirse bajo diferentes maneras: como tallerista, orientador, psicólogo institucional, e incluso directivo—, en tanto sería quien cuenta con la posibilidad de realizar una cierta lectura de la subjetividad puesta en juego en estas condiciones.

Especificidad de la función del psicólogo: Desmanicomializar la discapacidad mental

¿Podría existir una especificidad de la función del psicólogo, en el sentido de un corrimiento respecto de la herencia de la función psi? Para abrir esta pregunta, interesa dilucidar el aporte que supondría imaginar una función de la psicología que sea diferente a la de la normalización. G. Baremlitt (2005), afirma que la especificidad del conocimiento, implica —en términos sociales y epistemológicos—, diferenciar las condiciones humanas en general y del trabajo en particular, lo cual posibilitaría incrementar la competencia y la eficiencia, provocando el aumento de la productividad, pero no en relación al pragmatismo y al utilitarismo, sino al carácter instituyente y singular que cada campo supone en su conformación.

La singularidad del campo de la discapacidad mental, dada por sus condiciones de formación, estaría diagramada —en función de todo lo expuesto—, de manera tal, que a través de diversas prácticas y dispositivos “se hacen las predicciones de su evolución, con y sin tratamiento de rehabilitación, se prescriben prácticas, se elaboran profecías acerca de la vida del discapacitado” (Vallejos, 2009, p.197). Lo interesante aquí sería tener en consideración una de las premisas fundamentales que legó el trabajo de M. Foucault (1992): aunque resida en callar, postergar o resistir, todos estamos en situación de ejercer poder.

Por lo tanto, si el poder psiquiátrico —fundamento del modelo médico-individual— está al servicio de la normalización, generando lógicas manicomiales, reproduciendo relaciones de poder asimétricas, y una situación de exclusión política de cierto colectivo de individuos, la función del psicólogo no podrá ser de abstención ni neutralidad; si no se quiere permanecer ubicado apolíticamente como un instrumento reproductor del modelo médico hegemónico, el psicólogo deberá repensar su praxis desde dos aspectos fundamentales e indisolubles.

Por un lado, el *aspecto ético*, lo cual supone la apuesta por la habilitación subjetiva más que por la rehabilitación de la persona, entendida esta última como coherente con la normalización. Centrarse no ya en la adaptación individual e incuestionada de la persona al entorno, sino en el favorecimiento de la emergencia del deseo y del discurso propio de la persona en situación de discapacidad —en los casos en que esto sea posible— para comenzar a cuestionar las condiciones discapacitantes de este entorno, lo cual podría ser una forma de habitarlo de una manera más autónoma.

Esto remite entonces directamente al segundo aspecto: la *dimensión política* de la praxis. Esta forma de praxis no podría sostenerse sin el cuestionamiento permanente de lo instituido, ya sea a nivel individual, profesional, institucional y social. La función del psicólogo en lo institucional no debe detenerse en una adaptación de los individuos a la dinámica normalizadora instituida; tanto los efectos de la institucionalización, como la propia función del psicólogo, las propias intervenciones, sus modos de implicarse, deberán ser interrogados. Si se asume que no se detenta el saber, se abre la posibilidad de la reflexión sobre la propia praxis.

Una posición política que implique una constante crítica de lo instituido y apunte a una pregunta y reflexión sistemática sobre las posibilidades de lo instituyente, se ubicará entonces en concordancia con lo que plantea el modelo social de la discapacidad (Barnes, 1998). Desde esta perspectiva, la actual medicalización de la discapacidad genera una situación de opresión social, que no se modificará mediante tratamientos individuales comandados por profesionales, sino a partir del empoderamiento de las personas en situación de discapacidad. Movimientos autónomos y autogestionados que cuestionen cada punto

discapacitante que la sociedad produzca, sean éstos de orden político, legislativo, institucional, profesional, discursivo, arquitectónico, etc.

Este proceso no se logrará a través de una supuesta enseñanza por parte del profesional (psicólogo, médico, sociólogo, terapeuta ocupacional, etc.) en función de su saber, de su experiencia, o de cualquier otro ideal, sino precisamente desde los propios implicados en la situación, ya que es la única forma en que un movimiento autogestivo pueda ser producido, y potencie la puesta en marcha del propio proyecto. Lo máximo que un profesional de la función psi podría realizar, es indagar en qué campos de fuerzas reales orientarse, cuáles podrían ser algunas líneas de fuerza, y por el contrario, cuáles podrían ser cerrojos, obstáculos, de manera de realizar un análisis político que sea eficaz en términos tácticos.

El cambio solo será producto de la autogestión del grupo implicado, devenido colectivo de personas en situación de discapacidad, por haberse cuestionado una perspectiva que concibe a la discapacidad como una problemática individual, inherente al cuerpo mismo del individuo, para pasar a inscribirla como un efecto de opresión social, propio de la producción política de la normalidad (Vallejos, Kipen, Almeica, Spadillero, Fernández et al., 2005). Desde esta perspectiva, la persona no es discapacitada, ni tiene una discapacidad, sino que en todo caso estará en situación de discapacidad; situación producida y reproducida por un entorno social discapacitante, que se podría pensar, a su vez, como un patológico y patologizante efecto de la gubernamentalidad.

El psicólogo no es ni puede ser entonces alguien políticamente neutro: por un lado, porque ninguna teoría lo es (Emmanuele, 2002a; Foucault, 2009), ya que siempre se está en relación a ciertas dimensiones de poder que posibilitan su construcción; y por otro, porque el análisis de la gubernamentalidad obliga a suponer que “todo es político”, en tanto “la política no es nada más ni nada menos que lo que nace con la resistencia a la gubernamentalidad” (Foucault, 2009, p.225). Esto implica:

... renunciar a las ingenuas consideraciones de una ciencia neutral, de una saber aséptico, y reconocer que la teoría —lejos de una función totalizadora y global, que coloca cada cosa en su lugar— debe analizarse en la especificidad de los complejos, difusos y frag-

mentarios mecanismos del poder. En definitiva, se trata de admitir que la producción intelectual de la teoría es fruto de un suelo histórico político que la hace posible” (Emmanuele, 2001, p.15).

Por lo tanto, una alternativa posible para ubicarse en el lugar de facilitador de cambios y de procesos autogestionados que generen nuevas modalidades políticas propias de una autonomía grupal, será dejar de pensar a la discapacidad mental como una realidad patológica con un basamento en lo orgánico, y comenzar a concebirla como una forma patologizada, medicalizada e institucionalizada de opresión social. Como puede verse, esto obliga a correr el eje de lo individual a lo social.

Si se piensa la praxis desde esta perspectiva, tanto la especificidad de la función psi en general como la del psicólogo en particular, implicará una forma de análisis de las situaciones que, al decir de E. Emmanuele (2002b), no será en lo individual, sino en lo singular. No ya de individuo a individuo, ni de institución en institución; sino de las relaciones de poder que se juegan en cada escena singular. Como decía M. Foucault (2008a):

Si se quiere hacer una verdadera historia de la escena psiquiátrica, será necesario reescribirla en esta serie de escenas: escenas de ceremonias de soberanía, de rituales de servicio, de procedimientos judiciales, de prácticas médicas, y de ningún modo plantear como aspecto esencial y punto de partida, el análisis de la institución. Seamos muy antiinstitucionalistas. Me propongo poner de manifiesto la microfísica del poder, con anterioridad al análisis de la institución (p.52).

Esta cuestión resulta de gran importancia para ser interrogada, no solamente en relación a un análisis de las condiciones de existencia de los individuos, sino también para analizar la incidencia de diversos dispositivos en la conformación de una cierta forma de gubernamentalidad. Especialmente si se tiene en consideración —tal como se viene planteando—, que la discapacidad mental, lejos de ser una realidad ahistórica y apolítica, manifestada de manera contingente solamente en el plano biológico de algunos individuos, es antes que nada, una construcción política, atravesada y condicionada por múltiples instancias que afectan su materialidad y que generan una cierta disposición de los grupos afectados.

Se trata, entonces, a su vez, de una cuestión de método. No tiene demasiado sentido pensar estrategias de integración e inclusión (ya sea en lo escolar, en lo laboral, en lo deportivo, en lo social, etc.), si primero no se analiza la manera en que se produce la exclusión. Esto supone que si se habla de integración e inclusión, es porque primero debería haber allí exclusión. Si bien no se trata actualmente en el campo de la discapacidad de la exclusión de los alienados en los asilos de la modernidad, sí se puede hablar de una suerte de “exclusión incluyente” (Kipen & Vallejos, 2009, p.167), una inclusión mediada por la medicalización de la situación de la discapacidad, circuitos específicos, y tratamientos privatizados: es decir, todo una “industria de la rehabilitación”.

Tal vez la cuestión no esté en intentar paliar individuo por individuo los efectos de la opresión social que padecen las personas categorizadas como discapacitadas, sino interrogar los factores discapacitantes que posibilitan que tal situación continúe reproduciéndose, entre los cuales se encuentran, seguramente, las prácticas que desde el campo de la Salud se vienen sosteniendo. En este sentido, se puede seguir una vez más a M. Foucault (2008b), quien propone como forma de trabajo “descender hacia el estudio de las prácticas concretas por las que el sujeto es construido en la inmanencia de un dominio de conocimiento” (p.32). Se trata aquí de

... las prácticas entendidas como modos de actuar y a la vez de pensar (...), como el conjunto de los modos de hacer más o menos regulados, más o menos reflexionados, más o menos finalizados, a través de los que se dibujan a la vez lo que estaba constituido como real para los que intentaban pensarlo y dirigirlo, y el modo en que éstos intentaban analizar y eventualmente modificar lo real (p.32).

Las problemáticas mencionadas —y otras muchas omitidas— que afectan la posibilidad de una dinámica creadora y habilitadora en el campo de la discapacidad mental, no podrían considerarse más que como efectos esperables de la imposición forzosa de un ideal de normalización independiente de la singularidad de cada uno, y que supone como premisa necesaria para la persona en situación de discapacidad someterse al profesional en una relación de poder asimétrica. Exactamente la lógica

manicomial, que nace sostenida en la construcción política de la normalidad. Pero desde el psicoanálisis se sabe que —se trate del individuo del que se trate— cuando se adhiere a la normalidad, se excluye la subjetividad.

De esta manera, si el campo de la discapacidad mental nace como producto del poder psiquiátrico, tomado por su discurso, y abordado bajo una modalidad heredera de la lógica manicomial, la función del psicólogo implicará, entonces, *desmanicomializar* el campo de la discapacidad mental. Se concibe aquí como *desmanicomialización* lo que sus creadores —el Departamento de Salud Mental de Río Negro— entienden por ella: “Una perspectiva en la que la tarea de la recuperación del sufriente mental ya no es privativa de unos pocos especialistas, sino que corresponde a la sociedad en su conjunto” (Cohen & Natella, 2007, p.7).

Esto implica, por lo tanto, una analogía respecto a la antipsiquiatría. Si ésta pretende dejar de ubicar la locura en el individuo, para ubicarla en una forma de relación entre los individuos (Amarante, 2006), la desmanicomialización de la discapacidad mental implicará, a su vez, abandonar el sostenimiento de la teoría de la tragedia personal, que inscribe la discapacidad como una realidad biológica e individual, para comenzar a pensarla como una construcción social opresiva, de la que incluso se le podrá extraer un rédito político y económico, medicalizándola y haciéndola transitar por ciertos circuitos específicos y excluyentes (Contino, 2008; Kipen & Vallejos, 2009).

De esta manera, la función del psicólogo deberá dejar de ser medicalizada y normalizadora, para devenir en una modalidad de praxis que intentará “cambiar las instituciones institucionalizando un nuevo conocimiento y una nueva práctica respecto del sufrimiento humano; concretar en el plano técnico, cultural, político y legal el resultado de una militancia que persigue utopías” (Cohen & Natella, 2007, p.9).

Conclusiones

El recorrido que se intentó realizar en el presente trabajo pretende poner en cuestionamiento una situación específica que se puede observar hoy en el campo de la discapacidad, esto es, las grandes dificultades que

se generan a la hora de trabajar en pos de la integración de las personas discapacitadas. La situación actual al respecto se caracteriza, como se estuvo desarrollando, por un abordaje que se basa casi exclusivamente en la institucionalización de la persona discapacitada, una suerte de aislamiento y sujeción interna a una serie de normas disciplinarias que estarían al servicio de la normalización, supuestamente con el objetivo de lograr la autonomía y la integración, individuo por individuo. La realidad indica que lejos de lograrse estos objetivos, se producen otros efectos, tales como la alienación al medio institucional, la dependencia, la infantilización, y la inclusión en un circuito terapéutico que, en general, no le permitirá a la persona salir de allí rehabilitada mientras viva. Todas estas prácticas manicomiales y dispositivos institucionales se basan en el modelo médico-individual, el cual favorece la naturalización, a lo largo del tiempo, de los efectos que él mismo produce, inscribiéndolos en lo social como dificultades individuales inherentes a las personas discapacitadas, ya que incluso se cuenta con ejemplos concretos —individualizados también— de gente que *puede* hacer otra cosa. Desde el modelo social, la cronificación de los tratamientos, el escaso índice de egresos, y las dificultades en la integración dejan de verse como fallas en las políticas o necesidad de más formación capacitación profesional, y comienzan a pensarse como efectos esperables de una lógica que no podría generar efectos diferentes.

Desde el aspecto ético-político de la praxis, la función del psicólogo podría implicar ya no montarse con su teoría y su técnica sobre este modelo, adaptando y readaptando su práctica, siempre en un plano individual (con *un* individuo, con *un* grupo, en *una* institución, etc.) a las exigencias de la normalización, y a favor de tratamientos manicomializadores. Por el contrario, la propuesta implica una postura desmanicomializadora, en tanto los análisis que el psicólogo podría realizar, sean éstos a nivel individual, grupal, institucional o social, requerirían de la explicitación de indicadores políticos que sean eficaces en términos tácticos, cuestionando el orden instituido y el ideal de normalización. Esto implica un viraje radical de la praxis, en tanto ello significaría trabajar no en lo individual, sino en lo singular, promoviendo espacios y movimientos instituyentes que

favorezcan una orientación ética de la praxis de manera que apunte a la habilitación subjetiva, y una función política respecto de lo social, que abra a alternativas en relación a la tradicional institucionalización, propia del modelo médico hegemónico.

Referencias

- Amarante, P. (2006). *Locos por la vida. La trayectoria de la reforma psiquiátrica en Brasil*. Buenos Aires: Asoc. Madres de Plaza de mayo.
- Asociación para el Desarrollo de la Educación Especial y de la Integración, Asociación Síndrome de Down de la República Argentina, Fundación Par, Fundación Discar, Fundación Data, Caniza de Páez, S., Ricci, G., Dal Bó, E. Propuestas para una educación verdaderamente inclusiva. (s.f.). Recuperado el 28 de noviembre de 2010 del sitio Web de la *Revista El Cisne Edición digital*: <http://www.elcisne.org/ampliada.php?id=56>
- Baremlitt, G. (2005). *Compendio de análisis institucional*. Buenos Aires: Asociación Madres de Plaza de Mayo.
- Barnes, C. (1998). Las teorías de la discapacidad y los orígenes de la opresión social de las personas discapacitadas en la sociedad occidental, en L. Barton, (Comp.) *Discapacidad y sociedad* (pp. 59-76). Madrid: Morata.
- Borsani, M. J. (2007) *Integración educativa, diversidad y discapacidad en la escuela plural. 50 talleres de capacitación*. Buenos Aires: Noveduc.
- Cohen, H. & Natella, G. (coords.) (2007). *Trabajar en Salud Mental: la desmanicomialización en Río Negro*. Buenos Aires: Lugar.
- Contino, A. (2008). La ética como orientación de la praxis en 'discapacidad'. *Cátedra Paralela*, 5, 53-62.
- Cordié, A. (1998). *Los retrasados no existen. Psicoanálisis de niños con fracaso escolar*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Dubrovsky, S. (Comp.) (2005). *La integración escolar como problemática profesional*. Buenos Aires: Noveduc.
- García, D. (2003). Operadores discriminativos-burocráticos en epistemologías de elite: estrategias arbitrarias y coactivas para la normativización de programas de investigación científica (capitalismo, estado y saber). Departamento Social. Facultad de Psicología. UNR. D. López Zaric, (coords.) *Anuario 2002-2003*, 57-80.
- Emmanuele, E. (2001). *La vocación: Arqueología de un mito*. Buenos Aires: Lugar.

- Emmanuele, E. (2002a). Miserias discursivas: la locura de curar. *Ensayos y experiencias*, N° 45, agosto.
- Emmanuele, E. (2002b). *Cartografía del campo Psi*. Buenos Aires: Lugar.
- Ey, H. (1978). *Tratado de Psiquiatría*, 8° ed., Barcelona: Toray-Masson.
- Foucault, M. (1996). *Genealogía del racismo*. Buenos Aires: Altamira.
- Foucault, M. (2008a). *El poder psiquiátrico*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2008b). *Tecnologías del yo*. Buenos Aires: Paidós.
- Foucault, M. (2009). *Seguridad, territorio, población*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Galende, E. & Kraut, A. (2006). *El sufrimiento mental. El poder, la ley y los derechos*. Buenos Aires: Lugar.
- Goffman, E. (2004). *Internados: Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Anagrama.
- Hodgson, H. (2005). *Deleuze, Foucault, Lacan: una política del discurso*. Buenos Aires: Quadrata.
- Isaías, M. (2010). Julián, Leandro y Fernanda, 3 historias que enriquecen la escuela. Publicado el 27 de noviembre en *La Capital*: http://www.lacapital.com.ar/ed_educacion/2010/11/edicion_94/contenidos/noticia_5032.html
- Kipen, E. & Vallejos, I. (2009). “La producción de *discapacidad* en clave de ideología”, en A. Rosato & M. A. Angelino (Coords.) *Discapacidad e ideología de la normalidad. Desnaturalizar el déficit* (155-176). Buenos Aires: Noveduc.
- Lentini, E. (2007). *Discapacidad mental. Un análisis del discurso psiquiátrico*. Buenos Aires: Lugar.
- Lourau, R. (1998). Lógica clasificatoria. *Etiem*, N° 3. 17-27.
- Menin, O. (Coordinador) (1997). *Problemas de Aprendizaje ¿Qué prevención es posible?* Rosario: Homo Sapiens.
- Moreno, M. (2007). *Políticas y concepciones en discapacidad: un binomio por explorar*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Pellegrini, R. Pequeñas historias, grandes oportunidades. (s.f.). Recuperado el 28 de noviembre de 2010 del sitio Web de la *Revista El Cisne Edición digital*: <http://www.elcisne.org/ampliada.php?id=76>
- Vallejos, I., Kipen, E., Almeida, E., Spadillero, A., Fernández, Ma. E., Angelino, A., et al. (2005). La producción social de la discapacidad. Aportes para la transformación de los significados socialmente construidos, en P. Vaín & A. Rosato (comp.) *Comunidad, discapacidad y exclusión social: La construcción social de la normalidad*, Buenos Aires: Novedades Educativas.

Vallejos, I. (2009). “La discapacidad diagnosticada y la certificación del reconocimiento”, en A. Rosato & M. A. Angelino (Coords.) *Discapacidad e ideología de la normalidad. Desnaturalizar el déficit* (187-213). Buenos Aires: Noveduc.

Fecha de recepción: 24 de agosto de 2010.

Fecha de aceptación: 22 de diciembre de 2010.

