

Discapacidad y salud mental

LUIS ALFONSO CAPORALE

PSICÓLOGO (UNLP)

Resumen

Las personas con discapacidad deben poder acceder a los mismos lugares y disfrutar de las mismas prestaciones que el resto de las personas. Pero no siempre es así, en parte por los obstáculos que entorpecen su acceso a servicios que son derechos, como la salud, la educación, el empleo, el transporte, la información. En ello inciden todo tipo de barreras que deben eliminarse cualquiera sea su forma. Las más obvias son las arquitectónicas, que en ocasiones se tornan insalvables. La mujer con discapacidad sufre lo que puede llamarse doble discriminación, pues la interacción entre género y discapacidad suele posicionarla en una situación de desigualdad en cuanto al hombre con esa misma condición. Y doblemente ante personas sin discapacidad, en una sociedad aún patriarcal.

Palabras clave

Discapacidad; sociedad; género; discriminación.

Resulta pertinente ajustar la terminología para abordar la temática que nos ocupa. Es necesario dejar de lado la palabra *discapacitado*, para hablar de *personas con discapacidad*; ello implica considerar primero al sujeto y luego, en segundo término, a su discapacidad como particularidad. Tal precisión soslaya la estigmatización. Expresiones como *un sordo*, o *un ciego*, amplifican y centralizan la condición de la discapacidad, en detrimento de la percepción de los demás rasgos individuales que posee toda persona.

La consideración de las personas con discapacidad ha evolucionado en el tiempo con avances y retrocesos, e implica una dura y larga lucha en pos de la integración de una numerosa población. Que según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su *Informe Mundial sobre la Discapacidad* (2010), involucra a más de mil millones de personas, de las cuales casi 200 millones experimentan dificultades o limitaciones considerables.

Historia

Yendo al pasado, en algunas sociedades antiguas como Esparta, las personas con discapacidad directamente no tenían lugar; se las eliminaba. En la Edad Media —mayormente si era de orden mental—, se los identificaba con el demonio; se los castigaba y exorcizaba; la feroz exclusión en la cárcel fue habitual práctica social. Con la idea perversa de *protegerlos* de una sociedad que los hostigaba, en realidad se los aislaba para librar a esa sociedad de ellos. Durante los siglos XVII y XVIII se los recluía en manicomios, hospitales y orfanatos, carentes de cualquier atención terapéutica específica. Recibían sólo castigos, sangrías o baños

helados, como forma de acallar sus *rebeldías*. Sin embargo, comenzaron a aparecer posturas que planteaban la *educabilidad* de estas personas.

Fray Pedro Ponce de León (España, 1508-1584) a mediados del siglo XVI, creó la primera institución para personas con discapacidad auditiva, utilizando las manos para representar objetos. Y Valentín Hauy (Francia, 1745-1822), a fines del siglo XVIII, inauguró en París la primera escuela para niños no videntes, impactado por la penosa situación de un grupo de personas de esta condición que, entre burlas, tocaban música para obtener limosnas. En esta escuela estudió Louis Braille, creador del sistema que lleva su nombre, para lectura y escritura para personas con discapacidad visual.

Nacido el mismo año que el mencionado Hauy, Philippe Pinel (Francia, 1745-1826), propuso que los alienados, que permanecían aislados, atados y torturados por supuestos actos terapéuticos, fueran liberados de sus encierros. Sucedió en 1793 y lo concretó desde la dirección del hospicio de la Bicêtre, cuando consiguió quitar los grilletes a un número reducido de pacientes. Los resultados favorables reafirmaron su postura, en principio resistida. Gracias a la libertad física, al trato sin violencia, a los espacios ventilados, a los baños higiénicos, a la buena comida y básicamente a la consideración y al vínculo humanizado, muchos pacientes considerados incurables se recuperaron. Este hecho marcó el hito histórico tal vez más conocido en el tratamiento humanitario de la discapacidad mental. A partir de allí, los países comenzaron a asumir responsabilidades con respecto a este tipo de discapacidad, generando incipientes disposiciones de índole legal. Asimismo, las dos guerras mundiales del siglo XX, por la gran cantidad secuelas discapacitantes que causaron, llevaron a que aparezca la idea de rehabilitación. Dicho concepto comenzó a relativizar la discapacidad como algo inamovible en el tiempo y el abordaje se centró

más en la *necesidad especial* de la persona. No obstante, forzando el encubrimiento de la discapacidad dentro de una vida lo más *normal* posible. Faltaría mucho tiempo más para pensar en el concepto de personas con capacidades diferentes.

Génesis

Cuando nace un niño/a, cuya irrupción se produce luego de nueve meses de gestación, por lo tanto de tener presencia preponderante en el seno familiar que se prepara y lo espera, recibe sobre sí una depositación masiva de expectativas narcisistas, particularmente por parte de la madre. Por ello, el hijo/a es y será por siempre una extensión narcisista de sus progenitores, lo que explica que sus éxitos y fracasos sean vivenciados como propios por ellos. Tempranamente, Sigmund Freud destacó —en su *Proyecto de Psicología* (1895)— la preeminencia de la función materna al explicar la condición del cachorro humano, que viene al mundo en un estado natural de indefensión absoluta y necesita de la asistencia y el afecto de los adultos para sobrevivir. El amor que recibe es lo que lo constituye como persona y ello producirá profunda huella en su vida. Al respecto, el maestro vienés contó del entrañable amor que recibió de su madre, que le llamaba «mi Sigi de oro» y lo mucho de su trabajo que estuvo acompañado por una estrecha relación con ella.

Más cercanamente, un relato de Astor Piazzolla recordando a su padre, atestigua el deseo de éste, depositado sobre él:

Él creía en mí de una manera como si yo hubiera sido genial; y no era genial. Él me hizo sentir que yo era importante, tanto que comenzó a escribir la historia de mi vida; quería que *yo tocara*. Lo recuerdo muy bien porque yo sé que él sabe todo lo que está pasando conmigo. ¡Él ha luchado tanto por mí!... Creo que fui el hijo que deseó.

¡Vaya si Astor fue genial!

¿Pero qué sucede cuando nace un hijo con capacidades diferentes? En principio, seguramente se presenta la imposibilidad de consumir los deseos narcisistas depositados de él; éste obstáculo doloroso, produce herida. El hijo que ha nacido no podrá cumplir los anhelos infantiles de los padres, en cuanto a fantasías de completud y hacer realidad sus idealizaciones. Esto torna inadmisibles y/o contrariadas la conformación de la imagen narcisista proyectada. Suele aparecer en los padres la decepción, la culpa, que imponen el tránsito por un proceso de duelo. Y como todo duelo se elabora y supera o, de lo contrario, se coagula y deja un anclaje en ese lugar psíquico no resuelto. Necesariamente, el niño/a cargará sobre sí la huella devenida de la tramitación psicológica que realicen sus padres. Como toda situación de la niñez, también la capacidad diferente será mediatizada por ellos.

Peso social

En cuanto al peso social, si bien la comunidad ha tomado mayor conciencia con respecto a la inclusión de las personas con capacidades diferentes, no es raro percibir miradas desvalorizadoras y discriminatorias, conducentes a la estigmatización. Ante la eventual carga del prejuicio social, podrían darse dos situaciones contrarias: se *oculta* de alguna manera a la persona con discapacidad, aislándola y coartándole sus posibilidades de interacción; o contrariamente, se sobrevaloran determinados aspectos *compensatorios* con el fin de *negar* la discapacidad. Ambas situaciones extremas, imponen a la persona que lo sufre profundo malestar. Lo más indicado será, como ante cualquier

sujeto, considerar su particularidad y su necesidad. La discapacidad constituirá, en ese caso, solo un elemento más.

La idea de integración señala que todas las personas tienen derecho a participar de manera activa en la sociedad. Por ende, las personas con discapacidad deben poder acceder a los mismos lugares y disfrutar de las mismas prestaciones. Pero no siempre es así, en parte por los obstáculos que entorpecen su acceso a servicios que son derechos, como la salud, la educación, el empleo, el transporte, la información. En ello inciden todo tipo de *barreras* que deben eliminarse cualquiera sea su forma. Las más obvias son las arquitectónicas, que en ocasiones se tornan insalvables.

Modelos

Existe una mirada biológica que tiende a depositar exclusivamente en las mismas personas con discapacidad, la *responsabilidad* de superar las dificultades existentes en su vida diaria. Reafirman de esa manera sus aspectos deficitarios. Si bien es fundamental en toda persona una firme autodeterminación en el alcance de logros, dicha mirada entroniza una percepción negativa de su condición de discapacidad, asociándolo con invalidez y/o inhabilitación, que lleva a instrumentar solamente el cuidado y la rehabilitación. Contrapuesto a esta mirada, surge el Modelo Social que sostiene que la discapacidad no es una cualidad propia de la persona, sino un fenómeno también producido por el *ambiente*, es decir, socialmente creado.

Al respecto de la mirada unívoca, Freud comenta en «La dinámica de la transferencia» (1912) una conceptualización aplicable a la discapacidad:

Debemos defendernos en este lugar, del reproche —fruto de un malentendido—, de que soslayamos la significación de los factores innatos/constitucionales, por

haber puesto de relieve las impresiones infantiles. Semejante reproche brota de la estrechez de la necesidad causal de los seres humanos que, en oposición al modo en que de ordinario está plasmada la realidad, quiere darse por contenta con un único factor causal. El psicoanálisis ha dicho mucho sobre los factores accidentales de la etiología, y poco sobre los constitucionales, pero ello sólo porque acerca de los primeros podía aportar algo nuevo, mientras que respecto de los segundos, en principio no sabía más que lo que corrientemente se sabe. Nos negamos a estatuir una oposición de principios entre las dos series de factores etiológicos; más bien, suponemos una regular acción conjugada de ambas para producir el efecto observado.

Presente la vertiente social.

Discapacidad en la mujer. Doble discriminación

La mujer con discapacidad sufre lo que puede llamarse *doble discriminación* pues la interacción entre género y discapacidad suelen posicionarla en una situación de desigualdad en cuanto al hombre de esa condición. Y doblemente ante personas sin discapacidad, en una sociedad aún patriarcal. La doble discriminación lleva a la mujer a la *invisibilidad* en tanto se desvía de los roles predeterminados, por ejemplo, de *esposa, madre, cuidadora*. El prejuicio de suponer que no puede cumplir con dichos roles —como tantos otros—, en principio se los impone como mandato y luego le marca la imposibilidad de realizarlos, en un doble mensaje que la ubica en una situación imposible. Si la mujer con discapacidad queda *atrapada* en ello, permanece en el lugar que el prejuicio le destina: solamente como una persona *enferma* y necesitada de cuidados. Esta predeterminación es un factor que obstruye su participación plena en la comunidad. De alguna manera, esta carga prejuiciosa también está alojada, por aquellas depositaciones antes

mencionadas, en la propia mujer con discapacidad, que debe hacer un fuerte ejercicio de reflexión para desactivarla/superarla.

En definitiva, mujer con discapacidad implica «una doble vulnerabilidad». Aunque bien se sabe que una mujer en esa condición no es vulnerable, sino que es vulnerada por una sociedad predominantemente prejuiciosa, que aún tiene mucho por recorrer en el camino hacia la plena integración de las capacidades diferentes...

Bibliografía

FREUD S. *La dinámica de la transferencia*, 1912.

FREUD S. *Proyecto de Psicología*, 1895.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS (INDEC). *Estudio nacional sobre el perfil de las personas con discapacidad. Resultados definitivos, 2018*. Ciudad de Buenos Aires: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2018.
<https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/poblacion/estudio_discapacidad_12_18.pdf>

ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (ONU). *Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*, 2008.
<<https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>>

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). *Informe Mundial sobre la Discapacidad*, 2011.
<https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/9789240688230_spa.pdf>

REPÚBLICA ARGENTINA. Ley 26.378. Ley de Discapacidad, 2008.
<<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/140000-144999/141317/norma.htm>>

REPÚBLICA ARGENTINA. Ley 26.657. Ley Nacional de Salud Mental, 2010.
<<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>>

UNIÓN EUROPEA (UE). *2º Manifiesto de los Derechos de las Mujeres y Niñas con Discapacidad de la Unión Europea*, 2011.
<<https://www.cermi.es/sites/default/files/docs/informes/2%C2%BA%20Manifiesto%20de%20los%20Derechos%20de%20las%20Mujeres%20y%20Ninas%20con%20Discapacidad%20de%20La%20Union%20Europea%20accesible.pdf>>

