

Normalización y emancipación. Análisis de la institucionalización de la discapacidad mental¹

Normalization and emancipation. Analysis of the institutionalization of the mental disability

Alejandro Martín Contino*

Recibido: 22 de marzo de 2010 **Aprobado:** 29 de abril de 2010

RESUMEN

En el presente artículo se intentan construir algunas hipótesis y conclusiones provisionarias, relacionadas con la situación actual de las personas categorizadas como discapacitadas, concurrentes de instituciones dedicadas al abordaje de la discapacidad mental con tratamientos medicalizados y normalizadores, basados en el modelo médico-individual. Se analiza la cronificación de estos tratamientos, la lógica de poder que allí se manifiesta y la subjetividad en estas condiciones, lo cual permitiría sostener la reproducción del modelo médico hegemónico, y hacer difícil la apertura a otras alternativas que impliquen diferenciaciones radicales respecto a dicho modelo. Se proponen, entonces, aportes desde el modelo social, orientados a la emancipación del colectivo de personas en situación de discapacidad.

Palabras clave: normalización, emancipación, institucionalización, discapacidad mental, subjetividad.

ABSTRACT

We attempt to make some hypothesis and tentative conclusions about the current situation of the categorized disabled people, who attend institutions dedicated to the mental disability where they use medicalized and normalization treatments, based on the Medical-Individual Model. We analyze the chronicity of these treatments, the logic of power that occurs there, and the subjectivity in these conditions, which would allow to sustain the reproduction of Hegemonic Medical Model, making it difficult to open to alternatives that imply radical differences to it, proposing for this, the contribution from the Social Model, aimed at the emancipation of the group of people who are in situation of disability.

Keywords: normalization, emancipation, institutionalization, mental disability, subjectivity.

¹ El presente artículo es derivado de la investigación "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", financiada, con beca doctoral, por el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (Conicet), Argentina, y dirigida por el doctor Horacio Belgich.

* Psicólogo y profesor de Psicología, becario del Conicet, candidato a Doctor en Psicología de la Universidad Nacional de Rosario (UNR), docente de la UNR, correo electrónico: martincontino@yahoo.com.ar

Evaluar y orientar

Se intentan construir algunas hipótesis y conclusiones provisionales, en relación a la situación actual de las personas categorizadas como discapacitadas y concurrentes de instituciones dedicadas al abordaje de la discapacidad mental. Esta línea de análisis se enmarca en el contexto de una investigación que se está realizando en la ciudad de Rosario (Argentina) desde el 2009, relacionada con los efectos subjetivos que implicarían la institucionalización de las personas certificadas como discapacitadas mentales. Esta situación podría describirse de la siguiente manera: las personas con algún tipo de retraso mental particular, de acuerdo a los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV), requieren un tratamiento medicalizado con la finalidad de una supuesta “rehabilitación”. La Junta Médica de Discapacidad correspondiente, definirá, en función del diagnóstico médico dado a la persona y de su observación en una entrevista, la orientación prestacional que será, en la mayoría de los casos, la institucionalización en alguna de las opciones existentes. Se tomará, como ejemplo paradigmático de estas instituciones, la modalidad institucional denominada Centro de Día, con el fin de analizar algunas cuestiones que estarían relacionadas con el sostenimiento de esta disposición terapéutica: la cronificación de los tratamientos (que en términos psiquiátricos se conoce como “hospitalismo”), y la subjetividad puesta en juego en estas condiciones, que permitiría sostener la reproducción del modelo, y haría difícil la apertura a otras alternativas que impliquen diferenciaciones radicales con respecto a la lógica del modelo médico hegemónico, a partir de aportes del *modelo social* de la discapacidad.

Medir y diagnosticar

Con el objetivo de analizar los efectos propios del tratamiento institucionalizado de la discapacidad mental, se propone realizar dicho análisis en función de las características

internas del dispositivo en sí mismo, es decir, en lo que se refiere a la cuestión del poder que allí subyace, al modelo en el que esto se sustentaría y a las relaciones que de ello se derivan. En consecuencia, se podría comenzar el análisis desde una hipótesis de Michel Foucault, relacionada con el contexto de surgimiento de este tipo de espacios terapéuticos:

Desde el momento en que hay disciplina escolar, vemos surgir al débil mental [se refiere a la invención de los test de Alfred Binet y Théodore Simon]. El irreductible a la disciplina escolar sólo puede existir con respecto a esa disciplina; quien no aprende a leer y a escribir sólo puede manifestarse como problema, como límite, a partir del momento en que la escuela sigue el esquema disciplinario [...]. Como hay débiles mentales, es decir, gente irreductible a la disciplina escolar, se van a crear escuelas para ellos, y luego escuelas para quienes son irreductibles a las escuelas destinadas a los débiles mentales (Foucault, 2008a, pp. 75-76).

El autor francés plantea dos pasos en la conformación de instituciones específicas para el tratamiento de personas discapacitadas: uno para los que son irreductibles a la escuela común, y una segunda diferenciación para quienes son, a su vez, irreductibles a la segunda clase de escuela creada, la *especial*. Podemos pensar, entonces, que ambas modalidades se generan en función de una cada vez mayor especificación de las características de la disciplina escolar, a cargo de las instancias que están en posición de ejercer el poder en este ámbito. Uno de los mecanismos para ello es el test psicométrico, con el cual se llega a una conclusión trascendental —en tanto puede determinar el destino de la vida de una persona—, que Kipen y Vallejos describen de la siguiente manera:

Se instala una supuesta causa biomédica de la inteligencia que, por causas naturales, estaría distribuida en forma desigual entre los sujetos. Existirían entonces algunos sujetos naturalmente más inteligentes que otros [...], y es en la escuela en donde este discurso prospera y se hace evidente la diferencia entre los niños con aptitudes distintas, y los profesionales del campo médico-pedagógico se instalan como los habilitados para determinar

exactamente su medida y su correspondiente diagnóstico (Kipen y Vallejos, 2009, p. 163).

Así las cosas, los actores del campo de la educación quedarían ubicados en dos grandes grupos. Por un lado, los que se encuentran en posición de ejercer el poder, emitiendo diagnósticos para ciertas personas que no cumplen con las expectativas planteadas, y determinando la concurrencia de estas personas a ciertas instituciones exclusivas que estarían en mejores condiciones para alojarlos. Por otro lado, aquellos que deben aceptar pasivamente tal determinación, ubicándose en el lugar en el que el discurso del otro lo posiciona, discurso que evidencia relaciones de poder asimétricas, fundamentadas en la cientificidad del saber en que se basan (Foucault, 2008a).

Legislar y normalizar

Trasladando la hipótesis de Foucault al contexto histórico-político del campo de la educación en Argentina, se podrá confirmar o desestimar a partir de un recorrido por las diversas legislaciones pertinentes al tema, de acuerdo a las condiciones de su surgimiento y por el modelo que las fundamentan. Podemos encontrar que la Ley de Educación Nacional plantea que:

La Educación Especial es la modalidad del sistema educativo destinada a asegurar el derecho a la educación de las personas con discapacidades, temporales o permanentes. [...] La Educación Especial brinda atención educativa en todas aquellas problemáticas específicas que no puedan ser abordadas por la educación común (Ley 26.206, art. 42, 2006).

De los dos pasos marcados por Foucault en su seminario de 1973 (2008), tenemos aquí el primero: una propuesta específica de *educación especial* en la legislación nacional para aquellos sujetos irreductibles al sistema educativo común. Sin embargo, la referencia a la *educación especial* no siempre estuvo explícita en las leyes de *educación común*. Esta última surge de manera legislada y organizada en 1884, con la implementación de la Ley 1420,

que tenía características claramente normalizadoras e intentaba promover un modelo de país a partir de la implementación de una incipiente política educativa. El ímpetu normalizador se ve desarrollado desde los primeros momentos en la implementación de esta política de Estado —que comienza incluso antes de la formalización de la mencionada ley—, como se puede pensar con el dato referido a la construcción de treinta y ocho escuelas normales en ubicaciones estratégicas de todo el país, entre 1871 y 1890.

Lo que será denominado “educación especial” surge recién en 1972, cuando el gobierno nacional creó la Dirección Nacional de Enseñanza Diferenciada, luego denominada Dirección Nacional de Educación Especial, disuelta en 1993 (De la Vega, 2004). De todas maneras, esto no significa que, de hecho, no funcionase algo relacionado con la educación de los “irreductibles a la disciplina escolar”, ya que podemos encontrar que desde 1909, en distintos lugares de la provincia de Buenos Aires, se crearon las primeras escuelas para débiles mentales, enmarcadas en el contexto del higienismo propio de las primeras décadas del siglo xx, según refiere De la Vega (2004) en la investigación para su tesis doctoral. Asimismo, este autor aclara que, en su mayoría, los alumnos que allí concurrían no padecían de déficits cognitivos mensurados en función de las herramientas psicométricas que comenzaban a utilizarse, sino que se trataba de niños pobres, mal alimentados y que padecían algún déficit físico (anémicos, escrofulosos, con tórax deformado, cardíacos, raquíuticos). En estas escuelas recibían desayuno, almuerzo y merienda. Así es que la debilidad mental se infería directamente de la debilidad corporal.

En el discurso higienista de la debilidad hay un significado muy preciso atribuido al niño. El cuerpo del niño pobre o abandonado, cuerpo marcado por la enfermedad, el hambre, el vicio y la miseria debía ser apartado antes de acceder al templo de la instrucción. Ese cuerpo, que es el del hijo del inmigrante, del obrero, del desocupado,

no es reconocido sino a través de sus carencias: carece de salud, de hogar, del alimento adecuado, de la debida formación moral, y todo eso lo inhabilita para desempeñarse en el medio escolar normal (De la Vega, 2004, p. 54).

En la ciudad de Rosario, específicamente, se pueden mencionar dos situaciones significativas en relación al campo de la *educación especial*. Por un lado, en el ámbito de lo público, se crea en 1922 la primera Escuela Municipal destinada a niños retardados, a cargo de Lanfranco Ciampi, que luego quedará anexada a la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Rosario. El marco legal con el que se contaba para su funcionamiento fue la Ley de Patronato de Menores (10.903), de 1919, que siguió vigente hasta el 2006, año en que fue reemplazada por la Ley de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes (26.061). De todas maneras, puede afirmarse que durante una significativa cantidad de tiempo, rigió y continúa aun rigiendo el destino de los denominados “menores”.

Por otro lado, ya en el ámbito de lo privado, un grupo de padres, vinculados a la institución de los docentes especializados, formaron una asociación y crearon una escuela privada en 1960, cuyo nombre fue “Defensa Integral de Niños y Adolescentes”, conocida como DINAD. Este modelo fue seguido por otras escuelas del mismo tipo en la Capital Federal y en algunas otras ciudades del interior del país.

Ambas instituciones continúan funcionando en la actualidad, aunque la Escuela Especial Municipal ha devenido hoy en un Centro de Día para personas discapacitadas, llevando por nombre el de su fundador, “Lanfranco Ciampi”.

Al retomar estos aspectos historiográficos de la ciudad de Rosario, podemos suponer que, como producto de una forma determinada para configurar los parámetros de normalización, existirán nuevos sujetos irreductibles al ámbito de la *educación especial*. Este segundo tipo de sujetos lo podemos encontrar en el “Marco básico de organización y funcionamiento de prestaciones y

establecimientos de atención a personas con discapacidad” (2004), directamente derivado de la Ley 24.901, que promueve el sistema de prestaciones básicas de habilitación y rehabilitación integral a favor de las personas con discapacidad. En el punto 4.6 del marco básico, se define una de sus principales modalidades institucionales de abordaje, el Centro de Día, y su objetivo principal:

El Centro de Día procurará, fundamentalmente, brindar contención a personas que por el nivel severo o profundo de su discapacidad no estén en condiciones de beneficiarse de programas de educación y/o rehabilitación, y tratará en todos los casos de estimular intereses y desarrollar aptitudes en los beneficiarios para alcanzar en cada caso el mayor nivel de desarrollo posible. A esta ley se adhiere la ciudad de Rosario, con las ordenanzas municipales 3745/84, la 6811/99 y la 7826/05 (esta última adherente a su vez de la ley provincial 9325/1997), que regulan algunos de los puntos de las leyes nacionales 22.431/1981 y 24.901/97 (Congreso Argentino, Ley 24.901, 1997).

Podemos ubicar allí el segundo aspecto de la afirmación de Foucault. Para los irreductibles a la *educación especial*: existirá un nuevo espacio institucional que los incluya y que se construirá como su ámbito más adecuado. Esta propuesta presentará diversas opciones, entre las cuales se encuentra la modalidad del Centro de Día, cuya estructura de funcionamiento, como se viene planteando, podrá ser útil para sostener el análisis.

Someter y aislar

Es de destacar que el objetivo del Centro de Día es “alcanzar en cada caso el mayor nivel de desarrollo posible”, lo cual permite pensar por lo menos dos cosas. Por un lado, que no está explicitada la manera en que se determinarán los efectos de estos tratamientos, por lo que parecen quedar librados a una suerte de autoevaluación cuya profundidad y frecuencia parece ser del orden de lo voluntario. Por otro, que el único sujeto que, aparentemente, debería intentar “alcanzar algún nivel de desarrollo” es la persona discapacitada. La única

persona implicada en esta problemática que debería intentar modificar su situación para hacer algo con la discapacidad, es la misma persona discapacitada. Por omisión, todo lo demás (la legislación, las instituciones, el personal profesionalizado y no profesionalizado, las estrategias de tratamiento, los criterios de reflexión de estas prácticas y su evaluación, el modelo en que todo esto se sustenta, etcétera), no debería reconsiderarse.

En consecuencia, quedan abiertas algunas preguntas: ¿en función de qué discurso se construyen los diagnósticos individuales, las estrategias terapéuticas y la evaluación de los tratamientos?, ¿en qué modelo se basa tal discurso?, y, en consecuencia, ¿de qué manera se determina un eventual progreso y hasta un posible egreso, luego de la concurrencia en alguna de las instituciones dedicadas al abordaje de la discapacidad mental?

Estas preguntas devienen relevantes desde que no existen estadísticas oficiales que especifiquen el porcentaje de egreso, ni el seguimiento de los que egresan, como sí se puede encontrar en el campo de la educación común. De todas maneras, los que trabajan en el campo de la discapacidad mental y, específicamente, en alguna de las instituciones habilitadas, pueden dar cuenta de que el porcentaje de egresos, en general, es mínimo, y muy espaciado en el tiempo. Sin embargo, esto no parece implicar, necesariamente, un factor causal de sorpresa, incertidumbre, controversia, ni rechazo. En otras palabras, los objetivos planteados, en la práctica, no se cumplen; pero esto parece no afectarle a nadie.

Ahora bien, siguiendo la lógica recorrida, podríamos presuponer que el encargado de establecer las condiciones de egreso y de especificar sus criterios de evaluación debería ser el discurso pedagógico, en tanto se puede ubicar en el marco legislativo consultado que la conformación legal de estas instituciones depende de las leyes que regulan el campo de la educación. Sin embargo, en el mencionado *marco básico de funcionamiento* se hace

referencia, en el apartado 4.6.1, a que las condiciones de egreso del Centro de Día son las siguientes:

- Alcanzar niveles de desarrollo que le permitan acceder a servicios educativos 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 psicofísicas de forma tal que sea imposible su permanencia en un Centro de Día, y requiera para su atención otro tipo de servicio especializado. Cambios en su situación sociofamiliar que imposibiliten su permanencia.

Según se puede observar aquí, sólo uno de los objetivos refiere —aunque de manera poco específica— al orden de los objetivos pedagógicos, con lo cual se puede presuponer que tanto la forma de evaluación como las condiciones de egreso de las instituciones dedicadas al abordaje de la discapacidad no dependen del discurso pedagógico.

Al hacer el análisis de los mencionados puntos, se puede destacar que el primero refiere a que la persona “alcance ciertos niveles de desarrollo”. El segundo de ellos plantea que la persona también “alcance” algo, pero esta vez se trata de “los objetivos propuestos por el Centro de Día”. El tercero habla de una “modificación en condiciones psicofísicas” (ya sea en detrimento o en incremento de sus capacidades) y hace referencia a “cambios en la situación sociofamiliar”, nuevamente, de la persona.

Es decir, en todos los puntos se hace referencia al sujeto con discapacidad, y a lo que debería “alcanzar”, por lo que se hace necesario pensar en una norma que funcione como parámetro ideal construido previamente, ubicando la discapacidad claramente como una problemática individual, que le atañe por razones biológicas a cada una de estas personas —y sólo a ellas—. Podríamos leer esto, junto con Angelino (2009), como la descripción de los efectos propios de una determinada ideología, la ideología de la normalidad, que

condiciona la forma de ver el mundo y promueve naturalizar el déficit como el aspecto inherente a la discapacidad, de carácter biológico, individual y ahistórico, con lo cual se borran los procesos de producción de la normalidad y de la discapacidad.

Historizar y politizar

Como puede verse en los anteriores puntos, el papel que en todo esto desempeña el entorno de la persona discapacitada no se ve cuestionado. Tal vez, y esto es una presunción que corre riesgo de fundamentarse en lo ideológico, porque la sociedad tendría las “mejores intenciones” para integrar, mientras que por su lado, los profesionales son los que “saben”. Esto es lo que puede interpretarse a partir de la mención de los objetivos propuestos por el Centro de Día: esos objetivos que la persona con discapacidad debe alcanzar por el sólo hecho de estar conformado por los profesionales de la institución en función de una sociedad predispuesta a integrar, sin parecer importar en qué consisten y cómo se fundamentan. Esto es lo que lleva a conformar una teoría de la tragedia personal como forma de concebir la discapacidad, y que M. Oliver describe de la siguiente manera:

La consecuencia lógica de la concepción general de la discapacidad como tragedia personal, es que las razones por las que las personas con discapacidad no pueden participar plenamente en la sociedad —o no lo hacen— se originan directamente en las limitaciones físicas o psicológicas que la persona con discapacidad tiene como resultado de un suceso traumático, ya sea él un accidente o el inicio o progreso de una enfermedad progresiva (Oliver, 2008, p. 20).

Esta teoría de la tragedia personal se genera a partir de lo que comúnmente se denomina el Modelo Médico Hegemónico o Modelo Individual, así bautizado por Menéndez (1985), modelo centrado en el paradigma positivista que apunta a la patologización, y que circunscribe la medicina en la medicina del órgano, sostenida por el desarrollo tecnológico. Está basado en una concepción liberal

de la enfermedad, en donde la salud atañe a la responsabilidad de cada uno (Stolkner, 1988). En él se encuentra presente el discurso médico-psiquiátrico (Rosato y Angelino, 2009; Foucault, 2008a; Lentini, 2007; Moreno, 2007), es decir, el saber y la práctica supuestamente de orden científico que se produce a partir del ejercicio del poder psiquiátrico desde su origen, desde la época del alienismo, con las primeras instituciones asilares (Foucault, 2008a).

Foucault define al poder psiquiátrico como “el complemento de poder en virtud del cual lo real se impuso a la locura en nombre de una verdad poseída de una vez por todas por ese poder con el nombre de ciencia médica” (2008a, p. 156). El aspecto más preocupante de esta conformación, sería que el saber que se produce a partir del ejercicio del poder psiquiátrico en las instituciones asilares genera un discurso que presenta como principal característica el hecho de que no hay conexión entre la presunta etiología de la enfermedad, los tratamientos impuestos por el profesional y la reflexión sobre los efectos que éstos generan. A su vez, la relación entre el médico y el paciente que así se promueve, se caracteriza por una clara referencia: aislar y someter para curar (Kaminsky, en Amarante, 2006; Galende y Kraut, 2006; Foucault, 2008a). Si bien la edad de oro del alienismo (Castel, 2009) posee un punto histórico de inflexión, que se ubica a mediados del siglo XVIII, de cualquier modo, es significativamente similar a la situación actual de la práctica profesionalizada y no profesionalizada en la institucionalización de la discapacidad:

Una vez así situados dentro del espacio asilar, el poder que se ejerce sobre los niños idiotas es exactamente el poder psiquiátrico en estado puro, y va a seguir siéndolo casi sin elaboración alguna. [...] La educación de los idiotas y de los anormales es el poder psiquiátrico en estado puro (Foucault, 2008a, p. 251).

Las leyes sobre discapacidad vigentes en la ciudad de Rosario —de tipo nacional, provincial y municipal—, permiten concluir que el

modelo en el que se basan sus planteamientos es el médico-individual, el cual posibilita sostener la “teoría de la tragedia personal”, relacionada epistemológicamente con el discurso médico-psiquiátrico en función del cual se promueven modalidades institucionales con características asilares como principal recurso terapéutico. Esto implica que, si bien se recurre a una terminología políticamente correcta para la redacción de esta legislación, se mantienen el sometimiento y el aislamiento así como también la asimetría de poder entre el profesional y la persona en situación de discapacidad a la que supuestamente se debe rehabilitar y habilitar.

Desmanicomializar y emancipar

Ahora bien, sostener modalidades asilares en las prácticas profesionales indefectiblemente producirá efectos en los sujetos sometidos a esta asimetría de poder/saber. Existen riesgos que pueden generarse a partir de la institucionalización/hospitalización, de acuerdo a lo que investigan diversos autores relacionados con las instituciones de características manicomiales. De acuerdo con Amarante, uno de los principales promotores de la reforma psiquiátrica de Brasil —a partir de la cual este ámbito comenzó a regirse por los planteamientos de la antipsiquiatría—, 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” (2006, 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 y 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, necesariamente, de políticas asistencialistas —ya sea de orden estatal o privado—. Con respecto a la integración social, no se llega a

vislumbrar la manera en que la estrategia del modelo médico-individual o el discurso psiquiátrico podrían 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”.

El sostenimiento de estas prácticas, a pesar de los efectos claramente iatrogénicos en el campo de la anormalidad (es decir, tanto en relación a la locura como a la discapacidad), podría deberse a tres factores principales. Por un lado, a que el discurso médico-psiquiátrico se presenta como discurso de verdad bajo una justificación tautológica: por el sólo hecho de ubicarse dentro del campo de la medicina es evidente que surgió bajo la consideración de un soporte científico, por lo que no buscó fundamentar ni cuestionar sus hipótesis. Y así se sostuvo a través del tiempo. Por otro lado, podría remitir al hecho de que así como puede pensarse, junto con Foucault (2008a), que el papel del poder psiquiátrico es realizar la locura en una institución cuya disciplina tiene por función, precisamente, la eliminación de todos sus síntomas, en el campo de la discapacidad podría estar ocurriendo algo muy similar. El principal efecto de la institucionalización resulta iatrogénico al reproducir la opresión que se padece en lo social, con lo cual se sostienen espacios discapacitantes sin someterlos a cuestionamientos e interrogaciones en ningún momento, ya sea en cuanto a los fundamentos epistemológicos y teóricos como a los escasos resultados obtenidos. Es decir, se requiere de instancias discapacitantes para que se pueda sostener el modelo médico de la discapacidad. Por último, podría estar influyendo, como tercer aspecto, que el discurso psiquiátrico ha sufrido una modificación desde que afirma no trabajar en relación a la patología o a la enfermedad, sino a la anormalidad (Foucault, 2008b). Este cambio, con todas sus nuevas categorías, fue argumentado teóricamente y en la práctica durante gran parte de los siglos XVIII, XIX e, incluso, hasta principios del siglo

xx, siendo conformados sus cuadros clínicos actualmente por síndromes o trastornos, de acuerdo a los principales manuales psiquiátricos (DSM- IV y CIE-10). Lo que este cambio implicó fue, principalmente, que se liberó a la sociedad de la obligación de responder mediante la cura, manteniéndose en el campo de la protección y la defensa de la gente teóricamente “normal”, es decir, la que habita fuera de los muros del manicomio:

A partir del momento en que la psiquiatría se plantea efectivamente como tecnología de lo anormal, de los estados anormales fijados hereditariamente por la genealogía del individuo el proyecto de curar no tiene sentido. [...] La psiquiatría ya no trata de curar, o ya no lo hace esencialmente. Puede proponerse funcionar simplemente como protección de la sociedad contra los peligros definitivos de que puede ser víctima por parte de la gente que se encuentra en un estado anormal (Foucault, 2008b, p. 294).

De esta manera, se pueden pensar por lo menos dos cuestiones. La primera es que si en el proyecto terapéutico no está explícito y claro el objetivo —lo que, en otras palabras, se entendería por “cura” —, precisamente, por no encontrarse contemplado tal aspecto, la cronicidad de los tratamientos es sólo una consecuencia esperable y lógica de esta propuesta, de modo que el escaso número de gente que, por alguna razón, egrese de una institución para personas con discapacidad, no generaría ninguna preocupación ya que la irrisoria proporción, en la relación ingresos-egresos, sería parte de las reglas del juego. Y siempre manteniendo la hipótesis de que los que egresan lo hacen porque “alcanzan” algo a lo que los demás no llegan, conforme a una lógica propia del modelo individual.

La segunda cuestión sería que las dificultades o imposibilidades que se le presentan a las personas en situación de discapacidad, y en relación con su integración social, no se estarían generando en las problemáticas individuales de cada uno de ellos, tal como la teoría de la tragedia personal lo indica, sino en las restricciones sociales que la misma sociedad les impone, a través de diversas instituciones,

legislaciones, prácticas, discursos, etcétera, sostenidos en un modelo determinado para concebir la discapacidad. De esta manera, se puede pensar a la discapacidad no ya como una tragedia personal, sino que se trataría más bien de una forma particular de opresión social (Oliver, 2008). Esto implica la necesidad de interrogar los paradigmas en los que se sustentan epistemológicamente tanto las prácticas en salud mental como las investigaciones en este campo, de manera que se encuentre en posición de evitar reproducir las condiciones discapacitantes propias del modelo médico-individual, el cual favorece, a través de distintos mecanismos (prácticas profesionales y no profesionalizadas, discursos, instituciones, legislaciones, entre otros aspectos), la opresión social de este colectivo de personas. En este sentido, sería importante preguntarse, como G. Kazi en el prólogo al libro sobre la reforma psiquiátrica de Brasil: ¿qué clínicas son las que diseminan la lógica manicomial y cuáles son las búsquedas de construcción de clínicas que trasciendan e incluso se opongan radicalmente a modos de relación terapéutica que sometan para curar? (Amarante, 2006, p. 6).

Un dispositivo terapéutico que reproduzca las lógicas manicomiales estará al servicio de dos funciones principales y, paradójicamente, retroalimentadas entre sí: normalizar y discapacitar. Una lógica que rompa con este modelo propondrá cuestionar la ideología de la normalidad como parámetro para elaborar estrategias y favorecerá, por lo tanto, no ya la normalización, sino la habilitación subjetiva, de manera que se facilite la conformación de movimientos políticos emancipatorios generados por el propio colectivo de personas en situación de discapacidad. Esto implicará, necesariamente, el cuestionamiento de la teoría de la tragedia personal para comenzar a platearla por su contracara, la teoría de la opresión social (Oliver, 2008).

Aperturas y alternativas

Una alternativa posible sería, entonces, aquella que concierne a los aportes del modelo social,

desarrollado por los anteriormente mencionados autores ingleses de la discapacidad —algunos de ellos, personas en situación de discapacidad—. Los denominados *Disability Studies* promueven un fuerte cuestionamiento a la institucionalización de las personas en situación de discapacidad e intentan favorecer la conformación de movimientos sociales sostenidos por los propios implicados, de manera que puedan reclamar sus derechos y luchar por sus propias condiciones de vida. De esta manera, devendrían desde el estatuto de persona discapacitada (discapacitada por un entorno discapacitante que a través de diversos mecanismos condiciona a ocupar ese lugar) hacia el de persona en situación de discapacidad, con lo cual se inscribe la problemática en una dinámica de relación y de opresión, y no en el cuerpo de manera individual. Este modelo presenta una significativa similitud con la lógica de los planteamientos de la antipsiquiatría, especialmente si la definimos, junto con Foucault, como “todo lo que pone en cuestión el papel del psiquiatra encargado de producir la verdad de la enfermedad en el espacio hospitalario” (2008a, p. 390).

Así como la antipsiquiatría intenta ubicar, según Amarante (2006), a la locura no ya dentro del hombre sino entre los hombres, lo mismo podría pensarse en el campo de la discapacidad: ésta no sería una problemática individual, algo biológico ubicable en el interior de una persona, sino más bien el resultado de una relación oprimente entre las personas; entre la sociedad normalizada y normalizadora, y un grupo de personas que queda entonces en una situación de opresión, de marginación y de exclusión que los vuelve vulnerables.

Esto requiere, necesariamente, de una profunda reflexión sobre la institucionalización como principal modalidad de abordaje terapéutico de la discapacidad, particularmente desde que puede afirmarse que tal modalidad, actualmente, reproduce las características iatrogénicas del modelo manicomial para la locura. En este aspecto, siguiendo a Cohen y Natella, “al manicomio se lo deja o se lo cierra.

[...] Si se lo deja, intentando reformarlo, esa estructura se vuelve a ‘manicomializar’. Nosotros [en Río Negro] optamos por destruirlo” (2007, p. 23). Esto lleva a que la función de los profesionales de la salud devenga en trabajar en la comunidad, ya no “para” las personas sino “con” ellas, de manera que se facilite la visualización de sus posibilidades como agente de salud. Si la sociedad puede poseer prejuicios, actitudes, prácticas, que pueden marginar, dañar, enfermar al otro, también se pueden tener actitudes, prácticas reparadoras que, organizadas comunitariamente, pueden alcanzar un efecto de salud altamente eficaz (Cohen y Natella, 2007).

Al decir de Barnes y Thomas (2008), “esta interpretación social de la discapacidad afirma que es la imposibilidad de la sociedad de responder a sus necesidades la que genera discapacidad a las personas”, lo cual podría permitir sintetizar la idea central del modelo social en muy pocas palabras y que, tal vez, pueda llegar a leerse como algo muy poco ambicioso. Se podría decir que todo el proceso de subjetivación que se plantea desde este modelo está orientado a que las personas en situación de discapacidad puedan, simplemente, “hacer las cosas por sí mismas” (Shakespeare, 2008, p. 19). ■

Referencias

- Amarante, P. (2006), *Locos por la vida. La trayectoria de la reforma psiquiátrica en Brasil*, Buenos Aires, Asociación Madres de Plaza de Mayo.
- Angelino, M. (2009), “Ideología e ideología de la normalidad”, en Rosato, A. y Angelino, M. A. (coords.), *Discapacidad e ideología de la normalidad. Desnaturalizar el déficit*, Buenos Aires, Noveduc.
- Barnes, C. y Thomas, C. (2008), “Introducción”, en Barton, L. (comp.), *Superar las barreras de la discapacidad*, Madrid, Morata.
- Castel, R. (2009), *El orden psiquiátrico. La edad de oro del alienismo*, Buenos Aires, Nueva Visión.
- Cohen, H. y Natella, G. (coords.) (2007), *Trabajar en salud mental: la desmanicomialización en Río Negro*, Buenos Aires, Lugar.
- De la Vega, E. (2004), *Genealogía de la educación especial en la Argentina* [tesis doctoral], Rosario, Universidad Nacional de Rosario, Doctorado en Psicología.

- Galende, E. y Kraut, A. (2006), *El sufrimiento mental. El poder, la ley y los derechos*, Buenos Aires, Lugar.
- Foucault, M. (2008a), *El poder psiquiátrico*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica.
- (2008b), *Los anormales*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica.
- Kipen, E. y Vallejos, I. (2009), “La producción de *discapacidad* en clave de ideología”, en Rosato, A. y Angelino, M. A. (coords.), *Discapacidad e ideología de la normalidad. Desnaturalizar el déficit*, Buenos Aires, Noveduc.
- Lentini, E. (2007), *Discapacidad mental. Un análisis del discurso psiquiátrico*, Buenos Aires, Lugar.
- Menéndez, E. (1985), “Crisis del modelo médico hegemónico”, en *Cuadernos Médicos Sociales*, núm. 33, pp. 21-35.
- Moreno, M. (2007), *Políticas y concepciones en discapacidad: un binomio por explorar*, Bogotá, Universidad Nacional de Colombia.
- Oliver, M. (2008), “Políticas sociales y discapacidad. Algunas consideraciones teóricas”, en Barton, L. (comp.), *Superar las barreras de la discapacidad*, Madrid, Morata.
- Rosato, A. y Angelino, M. (coords.) (2009), *Discapacidad e ideología de la normalidad. Desnaturalizar el déficit*, Buenos Aires, Noveduc.
- Shakespeare, T. (2008), “La autoorganización de las personas con discapacidad: ¿Un nuevo movimiento social?”, en Barton, L. (comp.), *Superar las barreras de la discapacidad*, Madrid, Morata.
- Stolkiner, A. (1988), “Prácticas de Salud Mental”, en *Revista de Investigación y Educación en Enfermería*, vol. VI, Medellín, Universidad de Antioquia, pp. 31-59.

Referencias de leyes argentinas

- Argentina, Congreso Argentino (1997, 5 de noviembre), “Marco básico de organización y funcionamiento de prestaciones y establecimientos de atención a personas con discapacidad”, dependiente de la Ley 24.901, Buenos Aires.
- Argentina (2006, diciembre 28), “Ley de Educación Nacional No. 26.206”, Boletín Oficial Número 31.062, Buenos Aires.