

La discapacidad certificada.

Patologización y medicalización de la infancia

Certified disability.

Pathologization and medicalization of childhood.

Ps. María Carla Prado

Resumen:

Este trabajo se propone vincular los conceptos de patologización y medicalización –específicamente en la infancia- con el Certificado Único de Discapacidad (CUD) como documento que acredita la discapacidad a nivel nacional y permite el acceso a los derechos y beneficios estipulados en las leyes nacionales 22.431 (Sistema de protección integral de los discapacitados) y 24.901 (Sistema de prestaciones básicas en habilitación y rehabilitación integral a favor de las personas con discapacidad), a fin de reflexionar sobre sus implicancias en los modos de captura deseante y amorosa de niños y niñas por parte de los adultos encargados de su crianza, y sus efectos en la constitución subjetiva de éstos.

Este ensayo nace de las primeras reflexiones suscitadas por los seminarios *Análisis crítico de las leyes que rigen las prácticas con niños y Fronteras y contactos entre las neurociencias y el psicoanálisis* cursados en el año 2017 en el marco de la Maestría en Clínica Psicoanalítica con Niños; y de la maduración de estas ideas en el curso de estos años a partir del trabajo clínico con pacientes que han recibido un CUD siendo éste la vía por la cual acceden a diversas prestaciones *terapéuticas*.

Palabras clave

Patologización – medicalización – psicoanálisis – infancia.

Abstract

This work aims to link the concepts of pathologization and medicalization -specifically in childhood- with the Single Certificate of Disability (CUD) as a document that accredits disability in Argentina and allows access to the rights and benefits stipulated in national laws 22.431 (Integral Protection System for the Disabled) and 24.901 (Basic Benefits System in Comprehensive Enabling and Rehabilitation in favor of Persons with Disabilities), in order to reflect on their implications in the ways of desiring and loving capture of children by part of the adults in charge of their upbringing, and its effects on their subjective constitution. This essay is born from the first ideas raised by the seminars *Critical analysis of the laws that govern practices with children* and *Frontiers and contacts between neurosciences and psychoanalysis* completed in 2017 within the framework of the Master's Degree in Psychoanalytic Clinic with Children; and the maturation of these ideas in this years from clinical work with patients who have received a CUD and access their therapies through it.

Keywords

Pathologization – medicalization – psychoanalysis – childhood.

Psicoanálisis y medicina: dos modelos en tensión.

En las últimas décadas se observa en el campo de la salud mental una tendencia en crecimiento, antagónica a una mirada integral del sujeto, que corresponde a uso de la medicina y sus prácticas tradicionales para resolver problemáticas que exceden su campo. Hablamos entonces de *medicalización* de la vida, entendiéndolo por ello la inclinación a atribuir causas biológicas-genéticas a diversas problemáticas, dejando de lado otros factores implicados, junto a la oferta de modalidades de resolución de éstas –que desde entonces son definidas como enfermedades o trastornos- por medio de medicamentos y terapias centradas en la conducta observable (Dueñas et al., 2014)

De esta operación se desprenden múltiples efectos: la construcción de nuevas enfermedades, la identificación de procesos vitales como problemas médicos, el sobre-diagnóstico, la prescripción indiscriminada de medicación, la construcción de categorías diagnósticas a partir de criterios morales propios de una época, etc.

Por otro lado, e íntimamente ligado al de medicalización – al punto de que, en ocasiones, resultan prácticamente indiscernibles

– el concepto de patologización da cuenta del proceso por el cual toda conducta o manifestación que no se presenta adaptada a los ideales de una institución – la familia, la escuela o el mercado, por ejemplo – es leída en términos de desorden, problema y finalmente enfermedad.

En las antípodas de este modelo, el psicoanálisis en cambio ofrece una terapia centrada en el sujeto, su singularidad y la dimensión de conflicto psíquico. Sin embargo, consideramos que además de la propuesta de un análisis con niños y adolescentes –en las condiciones del encuadre clásico y bajo las reglas de su método- resulta ético que los psicoanalistas tomen posición en relación a estas prácticas terapéuticas patologizantes que actualmente resultan hegemónicas.

En este sentido consideramos que, entre otras contribuciones, el psicoanálisis aporta valiosos elementos para examinar la noción de diagnóstico, central en la patologización de la infancia.

En primer lugar, resulta necesario cuestionar una posición epistemológica, heredera de la medicina, en que el diagnóstico es un momento previo que determina la intervención y el pronóstico del paciente. Si en cambio entendemos al diagnóstico como hipótesis de lectura, como conjetura, entonces éste no se produce al inicio sino en el transcurso de todo un tratamiento, y de manera múltiple. Es decir que “las lecturas diagnósticas y los procedimientos de la cura se van tramando inextricablemente unas con otras” (Fernández Miranda, 2019: 137) por lo tanto es esencial tener una hipótesis para la dirección del tratamiento, pero también es necesario desplegar un tratamiento para producir hipótesis diagnósticas; de modo que *se diagnóstica interviniendo*. Esta perspectiva del diagnóstico da cuenta de la posición efectiva del saber durante una cura: el psicoanalista – o el psicólogo que oriente su práctica desde el psicoanálisis- pone el saber en suspenso, posee conjeturas y no la clave de lo que le pasa a un niño.

El diagnóstico *está y no está*; al igual que el saber del analista debe estar continuamente sujeto a revisión. De esta manera se logra evadir un uso médico del mismo, que conduce a un isomorfismo entre el sujeto y “su” diagnóstico. En estos casos un niño se convierte en “un caso”¹ y tanto su historia como la singularidad de su posición deseante son reabsorbidas en una unidad más abarcativa, sencillamente una forma de realización de lo general (Op. cit: 148). Asimismo, esta asignación de un modo de sufrimiento a una categoría nosológica o psicopatológica –que hemos circunscripto como patologización- produce en las figuras parentales un daño en la imagen del hijo, obtura las lecturas subjetivantes que brotan del saber materno y paterno respecto del niño, y produce un cortocircuito en el lazo filiatorio, libidinal y amoroso.

Efectos de la patologización en la infancia. Recibir un diagnóstico

Jaime Fernández Miranda advierte que en la clínica con niños “la plasticidad psíquica es mucho mayor pero también la posibilidad de una catástrofe –sutil y profunda- que haga sucumbir aquello que parecía inexorable” (2019: 149). Comprobamos

en más de una ocasión que recibir la sugerencia de tramitar un Certificado de discapacidad como consecuencia de un diagnóstico como el de TEA (Trastorno del Espectro Autista) por ejemplo, puede en ciertos casos constituir una catástrofe semejante. Es decir, puede alterar los modos de captura de un sujeto en las redes libidinales, afectivas y simbólicas del otro y conducir como efecto a un derrumbe subjetivo.

En otras ocasiones menos decisivas, asistimos a un proceso de *desimplicación* de los adultos encargados de la crianza respecto al síntoma infantil. Consideramos que no necesariamente esta actitud responde a una falta de interés, una ausencia de componentes amorosos o a que sea una posición más confortable para ellos, sino fundamentalmente a la convicción de que aquello que afecta al niño responde a una causa neurobiológica o genética. Secundariamente, esta creencia representa una doble ganancia: circunscribe el problema y se apoya en el ideal de la medicina para su solución, y hace desaparecer el sentimiento de culpa en los padres.

Hay, al menos en buena parte de los casos, un deseo de cambio y una apuesta dirigida al equipo terapéutico de parte de las figuras parentales. Sin embargo, su propio lugar en el proceso se limita a seguir las instrucciones del equipo, hacer lo necesario para que el niño *avance*, se adapte, sin implicación en las condiciones de determinación del síntoma.

Si de la pregunta por “¿*Qué tiene?*”, con la que muchas veces llegan a la consulta padres y parientes, y que apela a una causa biológica-genética para las diversas dificultades que el niño atraviesa, podemos deslizarnos a la pregunta por “¿*Qué le pasa?*”, que refiere en cambio al síntoma como expresión de un conflicto y no como obstáculo que debe ser suprimido, ya habremos avanzado un poco. Pero este movimiento no resuelve la cuestión ni nos exime de la preocupación de estar produciendo operaciones de patologización²

El sistema de discapacidad como corolario de la obtención del CUD

Junto al diagnóstico en su vertiente médica observamos otras operaciones quizá más sutiles -y que por esto muchas veces pasan inadvertidas- que consolidan la hegemonía del modelo clínico-asistencial, heredero de la medicina. Este modelo centra su acción en el paciente, su malestar y la resolución de sus síntomas, signos y discapacidades (Natella, 2010) y a partir del marco normativo de las leyes nacionales N° 22.431 y N° 24.901 tiene actualmente gran incidencia en la inserción laboral temprana de psicólogos y psicólogas, y también en el abordaje de los modos de padecimiento de niños, niñas y adolescentes. Observamos que en la mayoría de las instituciones que brindan las prestaciones establecidas en la ley 24.901 se trabaja en el nivel del tratamiento y la rehabilitación, dejando por fuera la prevención y promoción de la salud, que constituyen el “desarrollo y garantía de sus necesidades integrales y derechos sociales, cuestión que implicaría trabajar en la modificación de las variables contextuales y no solo en el individuo” (Natella, 2010, p.38). En otras palabras, predomina un modo de abordaje sostenido en una perspectiva médica y una mirada fragmentada del sujeto, que paradójicamente contradice la letra de la ley, que propone un modelo social de la discapacidad, es decir, la búsqueda de una transformación de los esquemas existentes en la comunidad que hacen obstáculo a las personas con discapacidad.

Entendemos por sistema de discapacidad a aquel espacio virtual en el que confluyen instituciones, actividades y procedimientos que se derivan de la obtención de un Certificado Único de Discapacidad; y nos guía la hipótesis de que este sistema, a partir de las significaciones y las prácticas que propone, *produce y reproduce discapacidad*.

En este sentido, consideramos que no basta con aclarar a padres y madres que el CUD es una necesidad administrativa-financiera o que el diagnóstico médico es condición para su legitimidad pero no define al niño ni a sus posibilidades. No es suficiente ya que la estructura administrativa que desde ese momento se instala (planes de tratamiento integrados por varias terapias, la inclusión de un proyecto de integración escolar, los trámites de autorización de prestaciones que se dan una vez al año y que se inician con un pedido médico, los instructivos que definen modalidades fijas de autorización, facturación y pago; entre otras cosas) *produce sentidos*. Por otro lado, es frecuente que el CUD continúe renovándose indefinidamente, conduciendo a un modelo en el que los tratamientos se mecanizan, el diagnóstico no se discute y el sistema se retroalimenta a sí mismo: se produce en estos casos una *rutina discapacitante*. En relación a esto, afirmar que el diagnóstico del CUD es una mera

formalidad, o incluso brindar una lectura diagnóstica de carácter transitorio en lugar de una categoría nosológica, resulta impotente frente la verificación que de hecho se produce en la repetición de prácticas que performativamente producen un discapacitado. Las normas y prácticas que configuran el sistema de discapacidad ofrecen una matriz de inteligibilidad; y esto obstaculiza poder trocar la idea de discapacidad –interna, biológica, inalterable- por la de conflicto o sufrimiento psíquico. En situaciones graves en las que conjeturamos que existió un temprano *desencuentro* entre un infans y sus otros significativos que perturbó las operaciones de constitución psíquica, consideramos que la inclusión de estos adultos –que no se reconocen en el niño, no lo comprende y no logran relacionarse con él- en un sistema que ubica el *saber sobre el niño* en los profesionales

–el médico, el equipo terapéutico multidisciplinario, la maestra integradora que lo acompaña en la escuela, entre otros- y que continuamente les dice *qué se debe hacer* -no solo de qué manera vincularse con su hijo sino qué tramites son los mejores para él- solidifica ese primer desencuentro, lo prolonga y fija al niño en ese lugar de ajenidad.

El Certificado Único de Discapacidad: emisores y destinatarios.

La Ley Nacional N° 22431 define en su Art. 2 a la persona con discapacidad como aquel o aquella que padece una “alteración funcional permanente o prolongada, física o mental, que en relación a su edad y medio social implique desventajas considerables para su integración familiar, social, educacional o laboral”³

En relación a ello, quienes otorgan el CUD en representación del Ministerio de Salud y de la Agencia Nacional de Discapacidad son las llamadas “Juntas Evaluadoras”, equipos interdisciplinarios integrados por un médico, un psicólogo y un trabajador social, que determinan el *diagnóstico funcional*⁴, y la *orientación prestacional* (qué prestaciones se le otorgarán al niño según la naturaleza y grado de su discapacidad). Por un momento podríamos ilusionarnos y creer que existe un abordaje interdisciplinario al momento de determinar si se está frente a una discapacidad o una problemática de otro orden. Sin embargo, entre la documentación a presentar a la junta evaluadora –en el comienzo mismo del proceso- se exige un formulario donde deben detallarse una serie de datos clínicos que ya están organizados por patología. Esto significa que ya opera un *diagnóstico previo* a la evaluación de la junta evaluadora, y al mismo tiempo quien debe completar y firmar este formulario, en consonancia con la hegemonía medica imperante, es *en todos los casos* el médico. De modo que si bien la ley afirma la necesidad de un trabajo interdisciplinario tanto al momento de evaluar al niño como en su tratamiento y rehabilitación, finalmente quienes efectivamente realizan los diagnósticos que tendrán como consecuencia la adjudicación de un CUD son los profesionales de la medicina.

Por otro lado, el CUD es un documento –cuya tramitación es voluntaria, en tanto es un derecho, y no una obligación– que permite a la persona con discapacidad acceder a las prestaciones dispuestas por la ley 24.901. Estos beneficios son: cobertura total en salud, transporte gratuito (con o sin acompañante), asignación familiar por hijo con discapacidad, exención de impuestos (municipales, patentes, etc.). Ahora bien, es necesario interrogar estos *beneficios* en relación al lugar reparatorio que frecuentemente tienen frente a, por un lado, las restricciones y condicionamientos que imponen obras sociales y prepagas (y que comúnmente responden a motivaciones económicas), o por el otro, la carencia del Estado como garante del acceso de la población a sus derechos fundamentales. Esto, paradójicamente, siendo el CUD un documento dependiente de la Agencia Nacional de Discapacidad y por lo tanto un instrumento que aporta el mismo Estado.

A mediados de los '90 la patologización y medicalización de la infancia impactó en los sectores de clase alta; sin embargo, progresivamente este fenómeno fue alcanzando a niños y niñas de todos los sectores sociales y económicos. Esto se explica en tanto la tramitación del CUD muchas veces adviene como recurso para resolver necesidades materiales de un niño y/o su familia. En este sentido cabe subrayar que el fenómeno de medicalización que fue anteriormente descripto implica una neutralización de las posibilidades del sujeto de enfrentar y elaborar los conflictos que lo afectan, a la vez que elimina las redes colectivas de resolución de ese malestar. De manera análoga, propone un modelo que centraliza el impedimento en el individuo, ubicando allí también la causa y el tratamiento del problema y “desestimando los determinantes sociales de la salud mental y

la intervención política y comunitaria sobre los mismos” (Natella, 2010: 18). En otras palabras, allí donde hay un problema social –determinado por factores sociales, económicos o ambientales que amenazan la salud del individuo– éste logra invisibilizarse por la vía de instituir allí una patología de carácter individual.

La discapacidad certificada. Marcas identitarias

El psicoanálisis permite constatar que desde el momento que el ser humano habla, la palabra otorga existencia y opera efectos en términos de producción de sentidos. Por otro lado, observamos que “El Estado ‘ nombra ’ a su población y al nombrarla la constituye en sujeto portador de derechos, responsabilidades y obligaciones” (Vilas, 2005: 15). Ahora bien, si el CUD es un instrumento de garantía de derechos, al mismo tiempo es un documento que produce una *nominación* sobre aquellos a los que se dirige, la cual tiene efectos en la forma en que esas personas construyen su identidad y se piensan a sí mismas. Más aún, agregaríamos, si esto ocurre en los tiempos de constitución del psiquismo, durante la niñez.

¿Qué identidad produce el CUD? Podríamos conjeturar que, en sintonía con los procesos de medicalización descriptos, favorece la constitución de un *paciente*: un yo pasivo, disciplinado, aislado; al tiempo que genera un borramiento de su historia, dando lugar a un sujeto ahistórico y descontextualizado de su cultura. La determinación del niño a partir de un diagnóstico que genera el CUD arrasa con sus potencialidades identificatorias, al limitar la posibilidad de adherirse a otros significantes.

Si pensamos a la infancia como aquel extenso derrotero que parte de los enunciados parentales hasta la conformación de un yo capaz de afirmarse en nombre propio, advertimos el valor primordial que tiene el imaginario parental en la *representación de sí* que el infans ha de construir. Es el discurso del Otro el que permite transformar en significable lo indecible e impensable característicos del funcionamiento de lo originario (Aulagnier, 2014: 33), donando una denominación que por medio de una identificación dará lugar a la constitución del yo. Es decir que el yo se reconoce en el modo en que *es reconocido* por el otro, y es necesario subrayar en este caso que los enunciados parentales están infiltrados por significaciones histórico-sociales, entre las cuales se incluyen formas de definición de lo normal y lo patológico.

La infancia será un tiempo decisivo en la construcción de un *proyecto identificador*, tarea que el yo lleva adelante, “autoconstrucción continua del Yo por el Yo, necesaria para que esta instancia pueda proyectarse en un movimiento temporal, proyección de la que depende la propia existencia del Yo”. (Op. cit: 168). Por otra parte, Aulagnier afirma que:

El Yo no es nada más que el saber del Yo sobre el Yo (...) tiene como condición y como meta asegurar al Yo un saber sobre el Yo futuro y sobre el futuro del Yo. (...) Solo puede representar aquello que el Yo *espera* devenir: esta esperanza no puede faltar a ningún sujeto e, incluso, debe poder designar su objeto en una *imagen identificadoria valorizada por el sujeto y por el conjunto, o por el subconjunto, cuyos modelos el privilegia*. La posibilidad del yo de catectizar *emblemas identificadorios que dependen del discurso del conjunto* y no ya del discurso de un único otro es coextensa con la modificación de la problemática identificadoria y de la economía libidinal después de la declinación del complejo de Edipo (Op. cit: 169)⁵

Esta cita nos resulta de enorme valor en tanto sitúa que la existencia del yo y la posibilidad de su proyección temporal –el *futuro del yo*- se sostiene en la búsqueda de emblemas identificadorios que deberá hallar en lo que esta autora nombra como *discurso de conjunto*, esos otros del espacio exogámico que ofrecen los ideales con los que el yo se mide. ¿Qué sucede entonces cuando desde ese discurso se precipita su expulsión en la forma de un diagnóstico segregante y estigmatizante?

Por otra parte, en “Introducción del Narcisismo” (1914) Freud define al sentimiento de sí como expresión del “grandor del yo” de modo que “todo lo que uno posee o ha alcanzado, cada resto del primitivo sentimiento de omnipotencia corroborado por la experiencia, contribuye a incrementar el sentimiento de sí” (2014: 94). Pero ¿qué potencia corrobora la experiencia, qué grandor del yo alcanza, aquel que es nombrado como dis-capacitado? Y aún más cuando este significante esta sostenido no sólo en la

autoridad de la palabra médica sino también en la constatación de un certificado cuyo valor legal equivale al del documento de identidad.

Consideramos que el recorrido propuesto aporta algunas orientaciones para analizar las marcas que produce en la construcción de la identidad de niños y niñas el Certificado Único de Discapacidad como emergente de un proceso en crecimiento de medicalización y patologización de las infancias; reflexiones que será necesario continuar desarrollando para complejizar el análisis de las problemáticas descriptas y la construcción de estrategias que permitan afrontarlas. Asimismo, resulta fundamental en esta tarea centrar la atención en la incidencia que estos procedimientos médicos-administrativos-legales tienen en el psiquismo de aquellos adultos que en sus funciones de crianza ejercen una función determinante en la constitución del yo y sus primitivas identificaciones.

Notas ampliatorias:

1. Amparamos en la noción de clínica psicoanalítica no preserva de producir esta misma operatoria dentro de nuestro campo, asunto que no será objeto de este ensayo pero que es necesario mencionar.
2. Por otro lado, no responder tampoco lo hace; y sólo conduce a incrementar la angustia que subyace a la pregunta y la distancia con el padecimiento del hijo y sus causas.
3. Ley Nacional 22.431. Disponible en <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-22431-20620/texto>
4. El concepto de “Diagnostico funcional” hunde sus raíces en la definición de análisis funcional de la Teoría del aprendizaje y la Psicología Conductista, que parten de la idea de que un estímulo –variable independiente- origina conductas como respuestas específicas – variables dependientes-. Este tipo de diagnóstico excluye completamente lo que desde esta teoría se denomina el valor representacional de la conducta; y que nosotros podríamos ampliar en términos de experiencias emocionales o conflictos subjetivos que pudiesen operar determinando lo que se presenta como síntoma del niño o niña.
5. Las cursivas son nuestras

Bibliografía

- Aulagnier, P., (1993) *La violencia de la interpretación. Del pictograma al enunciado*. Buenos Aires: Amorrortu
- Aulagnier, P. (2003) *El aprendiz de historiador y el maestro-brujo. Del discurso identificante al discurso delirante*. Buenos Aires: Amorrortu
- Aulagnier, P. (2005). *Un intérprete en busca de sentido*. (2ª ed) Buenos Aires: Siglo XXI editores.
- Benasayag, L. (2016) La enfermedad F. Revista *El Cisne*. N° 307 Marzo 2016.
- CONISMA (2015) *Pautas para evitar el uso inapropiado de diagnósticos, medicamentos u otros tratamientos a partir de problemáticas del ámbito escolar*. Disponible en http://www.msal.gob.ar/images/stories/ryc/graficos/0000001249cnt-2018_conisma_pautas-uso-inapropiado-de-diagnosticos-medicamento-ambito-escolar.pdf
- Dueñas, G., Gorbacz, L. & Rattagan, M. (2014). La clínica en los límites de la Ley. La medicalización de las infancias en el marco de la legislación vigente. En Revista *Generaciones*, Año 3 N°3. Editorial Universitaria de Buenos Aires. Buenos Aires.
- Fernández Miranda, J. (2019) *El trabajo de lo ficcional*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Freud, S. (2013) Introducción del narcisismo (1914) En *Obras completas*. T. XIV (2ª Ed) Buenos Aires: Amorrortu.
- Ley Nacional 22.431. Sistema de protección integral de los discapacitados. Publicada en el Boletín Oficial del 20 de marzo de 1981. No. 24632
- Ley Nacional 24.901. Sistema de prestaciones básicas en habilitación y rehabilitación integral a favor de las personas con discapacidad. Publicada en el Boletín Oficial del 05 de diciembre de 1997. No. 28789

Natella (2010). La creciente medicalización contemporánea: prácticas que la sostienen, prácticas que la resisten en el campo de la salud mental. En Cannelloto, A & Luchtenbe, E (Comps.) *Medicalización y Sociedad. Lecturas Críticas sobre la Construcción Social de Enfermedades*. Buenos Aires: USAM Edita.

Stolkiner, A., Ardila Gómez, S. (2012). Conceptualizando la salud mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/ salud colectiva latinoamericana. *Revista Vertex*, Bs. As. Disponible en: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/unidad1/subunidad_1_1/stolkiner_ardila_conceptualizando_la_salud_mental.pdf

Vilas, C. (2005) *Pensar el Estado*. Conferencia dictada en la ceremonia en homenaje a su trayectoria académica e intelectual organizada por la Universidad Nacional de Lanús, Argentina. Disponible en http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/pensar_el_estado_carlos_m_vilas_2017.%20Carlos%20Vilas.pdf