

Suplemento Eduterapia **23**

Marzo 2012

Desadaptación psicosocial y Discapacidad

Carlos G. Wernicke



Fundación Holismo de Educación, Salud y Acción Social

desde 1990 en Buenos Aires, Argentina

Estudio, investigación, difusión y docencia de la visión global en educación, salud y acción social

Registro Inspección General de Justicia n° C 1.520.371 - Entidad de Bien Público sin Fines de Lucro Decreto 6708 MVL

Registro Institutos de Perfeccionamiento Docente Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires DGEGP n° C-172

Tel. / Fax 0054-11-4791-2905 - www.holismo.org.ar - info@holismo.org.ar

SUPLEMENTO EDUTERAPIA es una serie constituida por artículos únicos publicada por Fundación Holismo de Educación, Salud y Acción Social, con el fin de presentar sus desarrollos a lo largo del tiempo en relación con lo más central de su misión, a saber, investigar las aplicaciones prácticas del paradigma holístico en pedagogía, medicina, psicología y acción social.

SUPLEMENTO EDUTERAPIA es una serie monográfica publicada por Fundación Holismo de Educación, Salud y Acción Social, San Vicente 735, V. López, Provincia de Buenos Aires, Argentina. Tel. / Fax (011) 4791-2905; www.holismo.org.ar - info@holismo.org.ar
Directora: Mabel Fernández. Registro de Propiedad Intelectual DNDA 457.501. Eduterapia es nombre registrado n° 1.886.125. ISSN 1669-9203
La reproducción parcial o total por cualquier método **no** está permitida, salvo confirmación por Fundación Holismo de Educación, Salud y Acción Social de solicitud previa por escrito.

Desadaptación psicosocial y Discapacidad

Carlos G. Wernicke

RESUMEN

Se presenta la discapacidad como caso especial de la desadaptación psicosocial, en base a definiciones internacionales y al actual Informe Mundial sobre la Discapacidad de la OMS (2011).

SUMMARY

Disability is shown as a special case of psychosocial maladaptation based on international definitions and on the present WHO World Report on Disability (2011).

I. INTRODUCCIÓN

II. DISCAPACIDAD, DESADAPTACIÓN

A. Discapacidad

- 1. Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías**
- 2. Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud**
- 3. El Informe Mundial sobre la Discapacidad [OMS 2011]**

B. Desadaptación

- 1. Deficiencias y barreras**
- 2. Relaciones**
- 3. Modalidades de interacción**

III. CONCLUSIONES

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

I. INTRODUCCIÓN

1. En el mundo moderno, la idea de estructura surge en Alemania. Se remonta a Herder y Goethe en el siglo XVIII [Peters 2004], e ingresa en la ciencia oficial a inicios del siglo XX. Es el concepto de que la totalidad es más que la suma de las partes, y esto debido a que aparece una novedad que es imposible de hallar en la simple acumulación de los fragmentos. Es la interacción la que produce algo nuevo, con lo que se configura una nueva "estructura" en un nivel de resolución superior, abarcativo del nivel previo.

La noción de estructura más tarde devino en conceptos emparentados tales como gestalt (= configuración), sistema u holón. Von Bertalanffy trabajó sobre la idea de sistema desde la década de 1920 [v. Bertalanffy 1928, 1933]. Si bien el concepto y el término sistema adquirieron notoriedad mundial con la publicación en EE.UU. de su Teoría General de los Sistemas [v. Bertalanffy 1968], ya otros autores lo habían utilizado. Así por ejemplo, Anokhin introdujo en la escuela neuropsicológica rusa la conceptualización de los sistemas funcionales [Anokhin 1935].

En 1926 el sudafricano Jan Smuts [Smuts 1926] reintrodujo en la etapa moderna el término "holismo", queriendo llamar la atención sobre las interacciones entre diversas jerarquías de objetos (vivos o no), como aporte superador de la ciencia positivista que en esa época comenzaba a flaquear. Se trata por tanto de un holismo "postcientífico" y no del holismo precientífico existente antes de la reaparición del pensamiento científico en la Europa iluminista.

Perls introdujo, a partir de la publicación en Sudáfrica de *Yo, hambre y agresión*, en 1942 [Perls 1975], su terapia gestáltica, integrando estas conceptualizaciones con sus antecedentes psicoanalíticos y mostrando los estrechos vínculos entre gestalt y holismo.

2. La captación de los datos de las realidades tanto externa como interna tiene lugar mediante el proceso denominado percepción [Wernicke 2004a]. Ésta vincula dichos datos con otros datos previos similares y les otorga una jerarquía interna, dependiente de las tradiciones culturales y familiares, de las experiencias personales y de los aspectos de la actualidad del individuo, en gran parte en combinación con la situación emocional del sujeto. Se conforman de esta manera "sistemas", que siempre son productos intelectuales, esto es, simultáneamente sistemas de pensamiento y emoción. Distintos autores han elegido denominarlos modelos, patrones, configuraciones, gestalts, esquemas. Cada individuo, así, poseerá diferentes interpretaciones de la realidad, absolutamente individuales, muy similares quizás a las de otros seres humanos de la misma cultura, nunca iguales. La realidad termina siendo interpretada por

cada sujeto o, también podría formularse, cada individuo vive una realidad diferente. Sin embargo, en una misma cultura todos comparten lo suficiente como para configurar una verdad "nuestra". Las interpretaciones constituyen visiones de esa verdad.

Por cierto, la interpretación, como sistema intelectual, puede basarse asimismo en datos provenientes de la realidad subjetiva del sujeto, sin soporte objetivo, datos que los demás catalogarían como "no reales". Estas interpretaciones dependerán en tal caso enormemente de las emociones de cada uno, que teñirán las cogniciones hasta conformar sistemas de pensamiento incluso incomprensibles para los otros (cabén aquí desde el manipulador hasta el esquizofrénico).

Pero hay que tener en cuenta que, queriendo o sin querer, a propósito o en forma no consciente, algunas personas producen sistemas interpretativos en base a datos crudos de la realidad compartida pero ocultando algunos datos o agregando datos inexistentes, con lo cual construyen pseudoteorías explicativas, relatos irreales o, para decirlo más claramente, mentiras, que serán perdonadas como fantasías o culpabilizadas como engaños según que la cultura circundante considere que ha intervenido en su producción la conciencia de la tergiversación de los datos crudos o no.

Por su parte, el individuo que interpreta / configura a su modo los datos crudos de que se dispone o bien deforma / falsea la realidad deberá elegir si confronta su sistema con los de otros. Esta confrontación permanente es la base de la democracia y de la educación y produce y mantiene la salud (tanto de un país como de una familia).

En esa confrontación hallará disensos, y el individuo podrá tomar entonces dos caminos:

- El *rechazo*, en el que manteniendo una interpretación diferente considerará válido a su interlocutor, lo cual dará oportunidad a la discusión y a la posibilidad de consenso superador y enriquecedor, con la conformación de un nuevo modelo, patrón o sistema cognitivo superior ahora abarcativo de "nosotros", o
- La *descalificación*, en la que provocará la exclusión del otro como interlocutor, con silenciamiento del disenso (sometimiento), y ausencia de discusión (imposición del relato propio), lo que en el interlocutor descalificado traerá como consecuencias sentimientos de
 - indignidad (mi dignidad como ser humano no es reconocida, con lo que se eleva mi tensión corporal y emocional, lo cual produce crispación y ansiedad),
 - impotencia (hostilidad consciente o no, sin poder suficiente como para expresar la disensión),

- indignación (hostilidad consciente con sentimientos de fastidio, enojo, bronca - cólera, aún controlables)
- ignominia (literalmente “esto no tiene nombre”, con
 - a) implosión -desequilibrio en la salud, es decir enfermedad- o
 - b) explosión, con rabia, ira y furia –desequilibrio en la interacción, es decir, violencia).

Las descalificaciones de unos grupos en desmedro de otros del mismo sistema (los padres respecto de los hijos, los profesionales respecto de sus clientes, los comerciantes respecto de los compradores, los políticos respecto de sus pueblos) muchas veces son justificadas por los descalificadores en razón de algunas características del subsistema descalificado: Son malos, tontos o locos, gordos o bajos, mujeres o niños, de la otra religión o de otro pueblo o simpatizantes del otro club de fútbol o de otro partido político, son de otro color de piel u otra escolaridad. La acción sobre el subsistema descalificado es llamada discriminación. La discriminación, en los sistemas humanos, nunca es inocente.

Puesto que el poder sobre otros (no el poder de las capacidades, potencia, sino el poder de la subyugación, violencia) es representado en la civilización actual por el dinero, dichas justificaciones (incluida: son pobres) esconden la voluntad, por parte de los victimarios, violentadores, sometedores, violadores, apropiadores, despreciadores, discriminadores, en suma, descalificadores, la provocación, muchas veces consciente, de desigualdades entre el centro y la periferia del sistema, con el fin, muchas veces consciente, de apropiarse de los bienes de los descalificados.

Pero los bienes no sólo son materiales, sino también y sobre todo afectivos. Para robarle los efectos y también los afectos, el descalificador debe colocar al otro en posición de objeto, sin subjetividad, sin brindarle afecto: colocarlo como infecto. El otro queda considerado como no merecedor de bienes, tanto materiales como afectivos. Se fuerza así, dentro del sistema, una desigual distribución de las riquezas. La justificación permite al mal distribuidor seguir mirándose en el espejo de los supuestos merecedores, sin hacerse cargo, por su propio miedo, de la necesaria *calificación* del otro como interlocutor válido.

La salud del sistema requerirá la modificación de la situación tanto en la víctima cuanto en el victimario.

II. DISCAPACIDAD, DESADAPTACIÓN

A. Discapacidad

1. Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías

En 1980 la Organización Mundial de la Salud (OMS) publica la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM) [Imsero 1997], traducida al español en 1983 [Egea y Sarabia 2001]. Es un intento por reemplazar el modelo médico-defectológico, según el cual la dificultad consistía en el mero estado de enfermedad del sujeto, por un modelo pedagógico- social, que preste atención a las consecuencias que dicho estado tiene sobre el cuerpo, la personalidad y la relación con la sociedad.

La CIDDM distingue entre:

Deficiencia (nivel de los subsistemas individuales):

Es la *anormalidad de una estructura o función o su pérdida*. Hace referencia a la estructura anatómica o la funcionalidad biológica, e incluso a los aspectos psicológicos.

La deficiencia se ve aquí como una consecuencia, una manifestación, de la "enfermedad", término amplio que implica la pérdida de la salud (por ejemplo trastornos, traumatismos, etc.).

Discapacidad (nivel de sistema de toda la personalidad):

Se trata de la *ausencia o restricción de la capacidad de realizar una actividad* dentro de los límites que se consideran normales para un ser humano, *siempre que dicha ausencia o restricción se deban a una deficiencia*.

Así, el diagnóstico de discapacidad depende de dos puntos esenciales:

- ◆ La definición de normalidad establecida por cada cultura
- ◆ La necesaria presencia de una deficiencia.

Minusvalía (nivel de suprasistema contextual):

Es la *situación desventajosa* en que queda colocado el individuo debido a la imposibilidad o la restricción en el desempeño de un papel normal *en función de edad, sexo y factores sociales y culturales*, siempre que esta restricción o imposibilidad *se deban a una deficiencia o una discapacidad*.

Así, el diagnóstico de minusvalía depende de dos puntos esenciales:

- ◆ La definición de normalidad establecida por cada cultura
- ◆ La necesaria presencia de una deficiencia.

2. Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud

En 2001, luego de un largo tiempo de reflexión, la OMS aprueba la nueva Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF) [Imsero 2001]. Trata de superar de tal modo el solo campo de la salud, adoptando un enfoque multidimensional y en interdependencia con el contexto (bio-psico-social y ecológico).

Al enunciar su objetivo la CIF señala que esta clasificación define los componentes de la salud y algunos componentes del bienestar relacionados con ella (por ejemplo educación o trabajo).

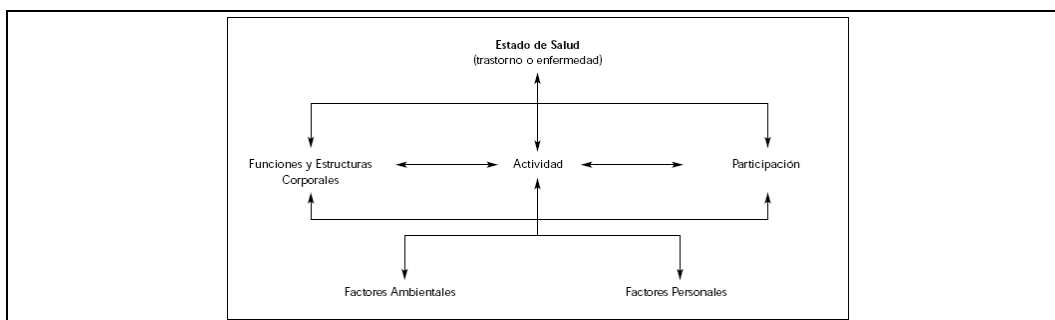
La CIF se presenta como “una descripción de situaciones relacionadas con el funcionamiento humano” y organiza la información en dos dimensiones, cada una con dos componentes:

- El estado de la salud: Funcionamiento / Discapacidad
 - Cuerpo
 - Actividades y Participación
- Los Factores Contextuales
 - Ambientales
 - Personales.

Si existe alguna dificultad (alteración o pérdida) en el componente cuerpo se la llamará deficiencia, que continúa siendo definida como en la clasificación anterior. La actividad puede presentar “limitaciones” y la participación se verá constreñida por “restricciones”.

Su conocido cuadro explicativo muestra bien a las claras las interacciones de ida y vuelta entre la actividad actual del sujeto [Wernicke 2004b] y los factores que o bien causan o bien modifican dicha actividad (Cuadro 1).

Para la CIF, la discapacitación general de un individuo estará conformada por la discapacidad, esto es la anomalía en la primera dimensión, más barreras dispuestas por el contexto (factores ambientales). Por el contrario, las capacidades requieren del buen funcionamiento más facilitadores contextuales.



Cuadro 1. OMS: CIF, Imsero. Madrid 2001

Al respecto:

- La CIF no se detiene en analizar los Factores Personales, y cuando menciona estructura y funciones corporales incluye las mentales. Así, no queda claro a qué se refiere y cómo se diferencian de los factores psicológicos, que deja dentro de la dimensión corporal.
- Me parece más atinado separar los aspectos mentales (ya que definir claramente qué es una deficiencia en este sentido es imposible en la práctica) [Wernicke 2008].
- Creo más útil utilizar el concepto de barrera como propio de todos los factores contextuales, esto es, tanto los ambientales cuanto los personales, toda vez que debe tenerse en cuenta que en muchas ocasiones son de mayor importancia las barreras psíquicas interpuestas por las personas constituyentes del contexto que las físicas (barreras de espacio y tiempo) y normativas (leyes, reglamentaciones, normas).
- Considero útil usar el término *facilitadores*, que utiliza la CIF, como sinónimo de *apoyos*, empleado por la Asociación Norteamericana del Retardo Mental (AAMR, actualmente Asociación Norteamericana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo - AAIDD). Esta asociación definió en 1992 el "retardo mental" haciendo hincapié por primera vez en que se trata de un estado actual y no de una alteración de por vida, dependiente de la interacción entre la deficiencia (en este caso cognitiva) y los factores contextuales. La clasificación de dichos apoyos (intermitentes, limitados, extensos, persistentes) reemplazó a la clasificación imperante (leves, moderados, severos, profundos): En otras palabras, se pasó de una clasificación observacional a otra interaccional, con responsabilidad por parte del contexto: Si se levantan las barreras ambientales mediante apoyos quedará la deficiencia, pero ya no habrá discapacitación.

Entretanto, los “retardos mentales” ya no deben considerarse ni retardos ni mentales: No se trata de personas con retardos sino con dificultades cognitivas de aprendizaje debidas a dificultades en el desarrollo de los sistemas funcionales, que no son menos sino diferentes y no son especiales (por tanto discriminables) sino que nos referimos a personas con requerimientos contextuales (por ejemplo educativos) particulares (como todos los seres humanos). Y no son personas con dificultades mentales, sino expuestas a un proceso de desarrollo abarcativo de todas las dimensiones de definición del ser humano (molecular, biológica, emocional, cognitiva, espiritual) [Wernicke 1991a] (como todos los seres humanos).

He aquí un resumen de la CIF, incluidas estas últimas conclusiones (Cuadros 2 y 3).

| CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE FUNCIONAMIENTO, DISCAPACIDAD Y SALUD (CIF – OMS 2001) | |
|---|-------------------------------------|
| | DISCAPACITACIÓN |
| I: FUNCIONAMIENTO / DISCAPACIDAD | |
| a. Cuerpo: Estructuras, Funciones | Deficiencias |
| b. 1. Actividad 2. Participación | 1. Limitaciones 2. Restricciones |
| | |
| II: FACTORES CONTEXTUALES | |
| c. Ambientales | Barreras |
| d. Personales | |

Cuadro 2

| FACTORES CORPORALES | | FACTORES CONTEXTUALES (BARRERAS) | |
|--|--|---|--|
| ESTRUCTURA Y FUNCIONAMIENTO DEL CUERPO ↓ | ACTIVIDAD INDIVIDUAL ↓ | PARTICIPACIÓN SOCIAL ↓ | |
| deficiencia | limitación (= 1980: discapacidad) | restricción (= 1980: minusvalía) | |
| DISCAPACITACIÓN | | | |

Cuadro 3

3. El Informe Mundial sobre la Discapacidad [OMS 2011]

En junio de 2011 la Organización Mundial de la Salud y el Banco Mundial publicaron su Primer Informe Mundial sobre la Discapacidad (IMD), de 350 páginas en idioma inglés y con un resumen en español en 27 páginas.

Respecto de la discapacidad, el IMD señala que:

- ❑ Existen en el mundo aproximadamente mil millones de personas con discapacidad (PcD). Esto configura por lo menos un 15% de la población mundial, de ellos casi 200 millones con discapacidad severa. Es interesante resaltar que la cifra que usualmente se mencionaba era de alrededor del 10% de personas con discapacidad en cualquier población. Sin embargo, como la definición precisa de deficiencia no es posible, la de discapacidad tampoco lo es. Así, diferentes países informaban cifras diferentes.

Un 15% de PcD significa que 15 de cada 100 presentan alguna discapacidad (léase alguna deficiencia sometida a barreras). Aproximadamente, entonces, en un grupo de 30 personas habría prácticamente 5 con discapacidad de algún tipo, como por ejemplo en un aula, si las personas con discapacidad no fuesen segregadas a escuelas diferentes.

De ello se deduce que es imperativa la formación de los docentes en los temas atinentes a las discapacidades.

Por otra parte, es sabido que las personas con discapacidad requieren el auxilio de otras personas, en general familiares, en general mujeres de la familia, que por tanto pierden de trabajar para cuidar a su familiar con discapacidad, así como también dependen de la ayuda de personal externo a la familia (médicos, otros profesionales de la salud, educadores, cuidadores, etc. Siendo extremadamente conservadores podríamos decir que por cada persona con discapacidad hay otras 3 personas involucradas en la atención de la personas con discapacidad, es decir, otras 3 personas implicadas en el tema. Esto hace un 45% de la población que, de un modo u otro, tiene que ver con la discapacidad en su práctica cotidiana. Esto suma, junto con las personas con discapacidad, un 60% de la población en que el tema de la discapacidad tiene valor cotidiano práctico. Queda claro así que es importante y urgente la formación de la población en general, de los profesionales, los docentes y cuidadores en temas referidos a discapacidades, así como la atención de la discapacidad por parte del estado y del mercado.

- ❑ En su mayoría, las personas con discapacidad viven en países en desarrollo. Esto permite ver cuán importante es el entrecruzamiento de los factores de vulnerabilidad. Si es problemático ser una PcD y es

problemático ser pobre, presentar ambas condiciones excede en mucho la sola adición de ambas situaciones. De todos modos, “países en desarrollo” en muchas circunstancias no es más que un eufemismo para referirse a países en que el desarrollo de ciertas capas sociales no llega a toda la población, o a países en que no hay ningún desarrollo, o a países en que más bien puede hallarse una involución de los parámetros de la calidad de vida.

- Casi todos presentaremos un deterioro temporario o permanente en algún momento de la vida. Esto quiere decir que en algún momento se instalará una deficiencia, sea ella transitoria o de por vida. Potencia la vulnerabilidad la presencia de diversos estados de debilitamiento real o de discriminaciones culturales.
- Como grupo, las personas con discapacidad presentan como consecuencia:
 - Peores condiciones de salud
 - Menores logros educacionales
 - Menor participación, por ejemplo en los asuntos económicos
 - Mayores índices de pobreza
 - Mayor dependencia.

El IMD refiere los diversos “obstáculos discapacitantes” (las barreras) a que se enfrentan a diario las PcD:

- Políticas y normas insuficientes
- Actitudes negativas
- Prestación insuficiente de servicios
- Problemas con la prestación de servicios
- Financiación insuficiente
- Falta de accesibilidad
- Falta de consulta y participación
- Falta de datos.

Por consiguiente, se hace necesario abordar las barreras mediante:

- La atención de la salud
- La rehabilitación
- Servicios de apoyo y asistencia
- Creación de entornos favorables
- La educación
- El empleo.

El IMD hace nueve *recomendaciones* generales:

1. Permitir a las PcD el acceso a todos los sistemas y servicios
2. Invertir en programas y servicios específicos

3. Adoptar una estrategia y un plan de acción nacionales
4. Asegurar la participación de las PcD
5. Mejorar la capacidad de recursos humanos
6. Proporcionar financiación suficiente y mejorar la asequibilidad
7. Fomentar la sensibilización pública y la comprensión de la discapacidad
8. Mejorar la recopilación de datos sobre discapacidad
9. Reforzar y apoyar la investigación sobre discapacidad.

Y se dirige específicamente a diferentes instancias socioculturales sugiriendo caminos de acción:

La *Organización de las Naciones Unidas* puede:

- Incluir la discapacidad en los programas de ayuda para el desarrollo
- Intercambiar información, coordinar acciones, acordar prioridades
- Proporcionar asistencia técnica a los países
- Contribuir al desarrollo de metodologías de investigación
- Introducir datos sobre discapacidad en publicaciones estadísticas,

Los *gobiernos* pueden:

- Revisar leyes y políticas y mecanismos de cumplimiento
- Identificar lagunas y obstáculos y planificar medidas
- Formular un plan de acción nacional
- Reglamentar la prestación de servicios
- Asignar recursos
- Fijar normas nacionales de accesibilidad (edificios, transporte, comunicación)
- Proteger de la pobreza
- Recopilar datos
- Empezar campañas de comunicación
- Establecer mecanismos para presentar denuncias.

Las *instituciones* dedicadas a PcD pueden:

- Apoyar la toma de conciencia acerca de sus derechos, la autonomía y el desarrollo de aptitudes
- Apoyar la inclusión educativa
- Representar a sus miembros
- Abogar por los derechos de las PcD
- Contribuir a la evaluación y vigilancia de los servicios
- Apoyar investigaciones
- Fomentar la sensibilización y comprensión públicas
- Auditar entornos, transportes y servicios para eliminar barreras.

Las *instituciones educativas* pueden:

- Eliminar barreras para la contratación y participación de estudiantes y de personal con discapacidades
- Asegurar que los cursos de formación profesional incluyan información sobre discapacidad con base en los derechos humanos
- Efectuar investigaciones sobre la vida de Pcd y las barreras.

Los *proveedores de servicios* pueden:

- Auditar la accesibilidad
- Formar a su personal
- Cuando sea necesario, elaborar planes individuales
- Introducir sistemas de gestión
- Asegurar que las PcD estén informadas de sus derechos y de los mecanismos de denuncia.

Las *empresas* pueden:

- Facilitar empleo
- Asegurar que los empleados que se discapaciten cuenten con apoyos para reintegrarse al mundo laboral
- Eliminar las barreras de acceso a la microfinanciación
- Desarrollar servicios de calidad como apoyos a las PcD y sus familias
- Asegurar la accesibilidad del espacio
- Asegurar la accesibilidad a la información y la comunicación.

Las *comunidades* pueden:

- Discutir y mejorar sus creencias y actitudes
- Promover la inclusión y la participación de las PcD en la comunidad
- Asegurar la accesibilidad en los entornos comunitarios (escuelas, plazas, centros culturales)
- Oponerse a la intimidación y la violencia contra las PcD.

Las *PcD mismas y sus familias* pueden:

- Ayudar a otras PcD mediante apoyos entre pares, formación, información y asesoramiento
- Promover los derechos de las PcD en sus comunidades
- Participar en campañas de sensibilización y concienciación
- Participar en eventos (internacionales, nacionales, locales)
- Participar en investigaciones.

Parece obvio que estas recomendaciones generales y específicas deberían aplicarse a todas las personas con desadaptación psicosocial, esto es, a todos los grupos vulnerables: empobrecidos, mal alimentados, enfermos, niños, viejos, mujeres, minorías étnicas / religiosas. Como siempre, se trata finalmente de un tema de buena distribución de las riquezas (no sólo económicas) y de derechos humanos.

B. Desadaptación

1. Deficiencias y barreras

La *discapacidad* resulta por consiguiente una conjunción de *dos áreas en interacción*: Por un lado la *deficiencia* y por el otro, las *barreras contextuales*. Éstas son impuestas por la cultura, de modo consciente o no,

- en lo normativo-legal y/o
- en la accesibilidad espacio-temporal y/o
- principalmente, en las actitudes psicológicas personales de quienes conforman el flujo principal ("*mainstream*") dominante, el núcleo de cada cultura.

La estructuración de apoyos precisos y suficientemente intensos, esto es, de estímulos productores de una mejor adaptación al ambiente por parte de la persona con deficiencia, en acciones comprendidas dentro de la educación, la salud y la acción social, sería capaz –por lo menos en términos ideales pero en muchísimos casos en la realidad concreta- de transformar a una persona en quien era posible determinar una discapacidad en una persona con una deficiencia que no se traduce en una discapacidad consecucional. Podríamos referirnos a esa persona como portadora de una "*deficiencia adaptada*" (a la cultura diagnosticadora de la situación).

Ahora bien: Muchos individuos no presentan una deficiencia previa, vale decir la "anormalidad de una estructura o función, o su pérdida" (CIDMM, CIF), pero sí son sometidos a la acción de barreras contextuales.

En ocasiones, tales barreras son de índole tal (demasiada intensidad, demasiada frecuencia, a una edad demasiado temprana) que logran, por sí mismas, producir una deficiencia incluso diagnosticable en el nivel biológico, es decir una lesión anatómica o una disfunción metabólica. La ecuación ya no es deficiencia provocadora de barreras, sino barreras productoras de deficiencia.

Pensemos por ejemplo en estímulos bien concretos, los alimentarios: Su déficit en los primeros estadios de la vida (sobre todo in utero, pero asimismo

durante las fases sensoriomotora y preoperatoria temprana) provoca una verdadera devastación corporal, y sobre todo encefálica: menor cantidad de neuronas, menor perímetro cefálico, menor talla, menor peso. Del mismo modo son devastadoras en los primeros estadios la privación sensorial y la privación afectiva (Cuadro 4).

Así, el círculo vicioso de la discapacidad no sólo admite un comienzo en el individuo (deficiencia), sino también en la cultura que lo rodea (barreras): Es posible venir al mundo con una deficiencia, pero también se la puede adquirir. A la conformación de los sistemas funcionales contribuyen tanto el terreno como los paquetes estímulares ambientales, y en algunas ocasiones estos paquetes estímulares son de un poder tan grande como para modificar incluso en lo biológico la función (disfunción) o hasta la estructura (lesión) propias del sujeto (Cuadro 5).

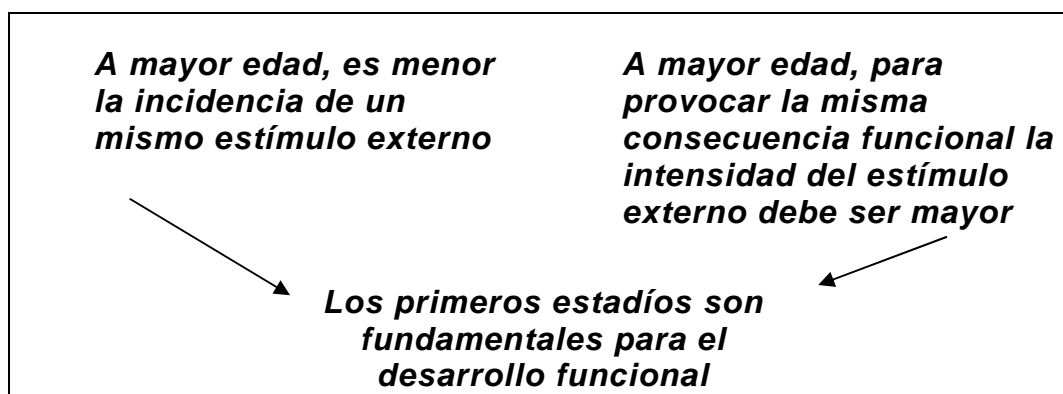
Desde 1970 [Eccles 1979, Maturana y Varela 1984, Ciompi 1997] se conoce a nivel biológico la gran adaptabilidad del tejido nervioso a los estímulos ambientales (plasticidad). La forma va adecuándose a la información [Wernicke 2011], lo que denota la extraordinaria receptividad de las dimensiones - inclusive las dimensiones física y biológica - a los estímulos en general y, en particular, a los estímulos de las dimensiones mental (emocional, cognitiva) y espiritual. No necesita ser recalcada la extraordinaria influencia (educativa, terapéutica) que ejercen los estímulos externos sobre el cuerpo biológico, las emociones y las cogniciones.

De manera que nos encontraríamos frente a las siguientes posibilidades:

- Deficiencias que provocan barreras, lo cual produce discapacidades
- Deficiencias adaptadas (según la óptica de la cultura diagnosticadora) porque han recibido los apoyos contextuales necesarios, esto es, deficiencias en base a las cuales no se produce discapacidad
- Barreras productoras de deficiencias, lo cual produce discapacidades
- Barreras que no llegan a producir deficiencias.

En este último caso, al no instalarse deficiencias, no se cumplen los criterios de discapacidad.

Llamaremos *desadaptación psicosocial* a la situación en que la persona queda sometida al *déficit o la ausencia de apoyos o incluso a barreras obstaculizantes en su desarrollo* (y por tanto a la ausencia total o parcial de inclusión dentro del flujo principal de la cultura diagnosticadora). Esto, siempre que dicha merma de apoyos y/o presencia de barreras no alcance a producir deficiencia: De producirse deficiencia, el diagnóstico será de discapacidad.



Cuadro 4 [Wernicke 1991b], levemente modificado

| | | | | |
|---|---|--|---|---|
| Alteración anatómica (= estructural) en un nivel preconvenido <p style="text-align: center;">LESIÓN</p> | Alteración metabólico-química <ul style="list-style-type: none"> • primaria • por la lesión <p style="text-align: center;">DISFUNCIÓN</p> | Alteración de los sistemas funcionales <ul style="list-style-type: none"> ◆ por déficit o alteración de <ul style="list-style-type: none"> • grado y/o • momento de la estimulación ambiental ◆ por disfunción ◆ por ambas causas <p style="text-align: center;">DISISTEMATIZACIÓN FUNCIONAL</p> | | |
| ← → ← → | | | | |
| <p>CONSECUENCIAS TERAPÉUTICAS:</p> | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • En estadios muy tempranos: Autocompensación funcional • En estadios más maduros (= menos plásticos): Pérdida de la función | Corrección metabólico-química: <ul style="list-style-type: none"> • por medicación • por dieta | Corrección de los sistemas funcionales: en particular, de la estimulación ambiental alteradora (= barreras) Mediante disciplinas: <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> - <i>habilitatorias / rehabilitatorias:</i> i) Psicopedagogía i) Fonoaudiología i) Kinesiología i) Terapia ocupacional i) Integración sensorial etc. </td> <td style="vertical-align: top; border-left: 1px solid black;"> - <i>comprensivas:</i> i) Psicoterapia i) Orientación a padres i) Musicoterapia i) Psicomotricidad etc. </td> </tr> </table> | - <i>habilitatorias / rehabilitatorias:</i> i) Psicopedagogía i) Fonoaudiología i) Kinesiología i) Terapia ocupacional i) Integración sensorial etc. | - <i>comprensivas:</i> i) Psicoterapia i) Orientación a padres i) Musicoterapia i) Psicomotricidad etc. |
| - <i>habilitatorias / rehabilitatorias:</i> i) Psicopedagogía i) Fonoaudiología i) Kinesiología i) Terapia ocupacional i) Integración sensorial etc. | - <i>comprensivas:</i> i) Psicoterapia i) Orientación a padres i) Musicoterapia i) Psicomotricidad etc. | | | |

Cuadro 5 [Wernicke 1991b, levemente modificado]

Ha de recalarse que la dicha desadaptación psíquica (interna) y social (interaccional) lo es respecto de una cultura en particular. En otra cultura o subcultura, el mismo individuo podría ser considerado totalmente adaptado, porque las exigencias de pertenencia a ella son otras o bien porque sí existen apoyos suficientes. De hecho, los excluidos de un determinado tipo a su vez forman subculturas entre sí.

Excluidas o periféricas, las personas con desadaptación psicosocial pueden verse con diferentes nombres que hablan de la posición ideológica de quien los defina: inadaptados, desajustados, vulnerables, vulnerabilizados.

De igual modo que como sucede con la discapacidad, la desadaptación psicosocial es un tema de derechos humanos- Ambas presentan muchas causas idénticas: políticas, económicas, religiosas, tanto en el macrosistema (la cultura en general, de las instituciones abstractas: política, educación, religión), en el mesosistema (la cultura de las instituciones intermedias, por ejemplo la escuela, el sistema de salud) o en el microsistema (la familia). Es la macropolítica civilizatoria la que determina interacciones abstractas determinantes entre cuerpos y psiquismos, la que establece los juicios de valor naturalizados, "obvios". El mesosistema intermedio copia estas plantillas y reproduce en concreto quién será considerado adaptado y quién no. En el microsistema los padres moldean a los hijos según esas premisas. Las definiciones mismas de familia, niñez, desadaptación, discapacidad, dependen del macrosistema y sus correlatos intermedios (Cuadro 6). Debe compararse esta división en macrosistema, mesosistema, microsistema con la estructura de poder de todo sistema. En el Cuadro 7, dicha estructura puede verse a propósito de dos ejemplos: el sistema celular y el sistema social.

La discapacidad propiamente dicha resulta ser por tanto un caso especial de la desadaptación psicosocial, agravada ésta por una deficiencia. Dicho de otro modo, no toda desadaptación psicosocial es una discapacidad, pero toda discapacidad es una desadaptación psíquica y social [Wernicke 1991c].

Por otra parte, en la vida de un individuo determinado la desadaptación psicosocial podría ser un paso previo de la discapacidad. La desadaptación psicosocial, de tal modo, se constituiría en predisponente de la discapacidad, en un continuo que va desde la normalidad, pasando por la desadaptación psicosocial, hasta la discapacidad. Este último paso será tanto más fácil si existe una deficiencia previa.

Estadísticamente, como es de natural razonamiento, hay una cantidad abrumadoramente mayor de desadaptados psicosociales que de discapacitados, esto es, de personas excluidas del núcleo central del sistema sociocultural y de los participantes. Todos ellos habitan en la periferia del sistema social (mal o poco incluidos) hasta quedar en sus límites o directamente excluidos, segregados, expulsados. No sólo no son participantes, sino que ahora han dejado de ser pertenecientes.

Ejemplos por todos conocidos son los diferentes a quienes se discrimina por alguna diferencia culturalmente determinada como discriminable: pobres, viejos, enfermos, mujeres, niños y niñas, adolescentes, gordos, judíos, izquierdistas, y así siguiendo. Discriminados, entre todos ellos, son también los discapacitados. Y las diferentes opciones de discriminación pueden coincidir en una sola persona, y en tal caso el peligro de quedar a un costado (periféricos) o afuera (excluidos) se potencia: discapacitado y pobre, desnutrido y negro. Particularmente riesgosa es la situación de la persona desnutrida, pobre, de edad temprana o avanzada, de sexo femenino y con discapacidad. La desnutrición alimentaria, especialmente en edades muy tempranas (prenatalidad, primera infancia) es devastadora, constituyéndose en la principal barrera contextual productora de discapacidad.

Como se observa en estos ejemplos de la vida cotidiana, la excluidora es cada cultura: Se excluye lo que en esa particular cultura conserva menos poder.



Cuadro 6

**SISTEMAS:
ESTRUCTURA DE PODER**

| | | |
|---------------------|----------------------|-------------|
| NUCLEAR | núcleo | poderoso |
| PARTICIPANTE | endocitoplasma | clase media |
| PERIFÉRICO | exocitoplasma | empobrecido |
| LIMÍTROFE | membrana | pobre |
| EXCLUIDO | espacio extracelular | indigente |

Fundación Holismo de Educación, Salud y Acción Social ©

Cuadro 7

2. Relaciones

a. Por tanto, es del todo pertinente relacionar la desadaptación psicosocial y su caso especial, la discapacidad, con que una cultura sea democrática, y en consecuencia propositiva (estimulando que el Otro participe en el desarrollo de su propia personalidad / cultura) o autoritarista, y en consecuencia impositiva (estimulando que el Otro acepte sin crítica la personalidad / cultura programada por el núcleo del poder).

En una cultura democrática, la conducción de la sociedad y la cultura es un tema de gobierno y consensos; en una cultura autoritarista, es un tema de dominio y aplastamiento del disenso. En otras palabras, la cultura autoritarista es generadora de expulsiones, por tanto de desadaptación psicosocial y, en casos de gran intensidad y/o frecuencia de ahogamiento de las diferencias, sobre todo en edades tempranas, de discapacidad [Cuadro 8].

| MODELOS CULTURALES | |
|---|---|
| DEMOCRÁTICO Propositivo - Estimulación para que el Otro participe en el desarrollo de su personalidad / cultura - Gobierno - Consenso - Ganar la mayoría, aceptar las minorías | AUTORITARISTA Impositivo - Estimulación para que el Otro acepte sin crítica la personalidad / cultura programada por el poder - Dominio - Acallamiento del disenso - Vencer y aniquilar, no reconocer a las minorías |

Fundación Holismo de Educación, Salud y Acción Social ©

Cuadro 8

b. En consecuencia, también deben relacionarse la desadaptación psicosocial -y su caso especial, la discapacidad- con el tema de la violencia.

Cuando ciertas necesidades primordiales (esto es, necesidades cuya satisfacción resulta imprescindible para la sobrevivencia) por haber quedado insatisfechas se hacen acuciantes, el individuo comienza a fluctuar alejándose de su eje de estabilidad (se desestabiliza su salud) e ingresa en un estado de alerta. También el individuo, como sistema, se aleja de su núcleo de poder

decisorio. Dicho en otras palabras, fluctúa para acomodarse a la situación que lo mantiene insatisfecho y se dispone a la búsqueda activa de los satisfactores que requiere. En edades tempranas o ante un requerimiento de gran intensidad dicho estado de alerta se traduce en hiperactividad motora global, que la cultura diagnóstica como “niño inquieto” o “déficit de atención”. En edades de mayor control muscular o ante una menor intensidad de las barreras provocadoras de insatisfacción, la hiperactividad motora será sólo parcial (ejemplos: mascar chicle, tamborilear sobre la mesa, mover las piernas estando sentado).

Una vez que el individuo encuentra tales satisfactores trata de incorporarlos. Para ello podría introducirse en el campo vital de otro ser vivo, una acción que denominaremos *agresión*: El ataque con el exclusivo fin de autosatisfacer necesidades primordiales.

En ocasiones, las tradiciones culturales señalan al individuo modalidades de interacción que constituyen un determinado estilo de vida, una manera de interactuar con el mundo, que consiste en ataques a otros seres vivos sin que su finalidad sea satisfacer necesidades primordiales. Es posible que al comienzo de esa línea familiar ese modo de actuar haya servido para que un antecesor satisficiera necesidades primordiales. Sin embargo, dicha línea de conducta prosperó transformándose en una modalidad de interacción que ya no cumple esa función, y no obstante es aprendida por el sujeto y queda instalada como actitud habitual. Llamamos *violencia* a un ataque no basado en la búsqueda de satisfacción de necesidades primordiales [Wernicke 1991b, 1991d]. Esta violencia puede quedar contenida, fluyendo hacia el interior del sujeto y manifestándose no sólo en su actividad emocional – cognitiva sino incluso en la dimensión biológica: psicósomática. O bien puede expresarse – en forma encubierta o abierta (Figura 1). Una cultura insatisfactora de las necesidades primordiales de sus miembros, por su parte, podría acusarlos (diagnosticarlos) como agresivos o violentos.

Cada una de estas instancias merece un tratamiento acorde en los niveles político, sociológico, psicológico, biológico. Como se ve, el caso de la agresión podrá solucionarse acercando al sujeto los satisfactores que requiere para su normal desarrollo, en tanto la violencia constituye una patología y por consiguiente merece un tratamiento. La agresión puede superarse en el nivel educativo. La violencia individual exige psicoterapia / socioterapia y, en caso de expresarse, control por parte de la cultura.

c. Cuando se habla de cultura se hace referencia tanto al macrosistema (civilización, país, instituciones ideológicas) como al mesosistema (la comunidad y sus instituciones concretas) y al microsistema familiar. También en la familia existen políticas e ideologías, democracia o autoritarismo, núcleos de poder, intentos de gobierno o de dominio, aceptación o ahogamiento de las diferencias. También la familia produce sin querer y sin saber agresiones y

violencia en sus miembros. Tanto en la macrocultura como en la microcultura se generan miembros periféricos y segregados, sobre todo si se trata de miembros que traen un terreno desfavorable (han nacido con una deficiencia o con una marca culturalmente inaceptable: otro sexo u otro color de piel o de ojos a los esperados). La diferencia (y una de ellas es la deficiencia) potencia la producción de barreras en base a aspectos estigmatizados. Y las barreras, en determinados casos, pueden ser tan potentes como para generar deficiencias.



Figura 1

Un estigma es cualquier diferencia respecto de una mayoría:

- Un signo corporal, un rasgo de personalidad o una situación social
- que denotan algo que es diagnosticado por la cultura como inusual, malo o enfermo, por lo cual el sujeto o incluso todo un grupo son
- descalificados y en consecuencia no aceptados por la cultura.

Se genera así un continuo entre segregación e inclusión, tanto a nivel de la cultura general como dentro de la familia [Cuadro 9].

En la situación actual la meta final de quienes aceptan la diversidad y por consiguiente la total inclusión, parece irrealizable: A medida que avanzan los conocimientos que permiten levantar barreras y remover obstáculos a la inclusión, sin estigmas y sin otra exigencia que haber sido concebido, también avanzan sin embargo los intereses egoístas de poderosos de diferente cuño, que promueven y producen la exclusión mediante el recurso a la desadaptación

psicosocial provocada por la mala distribución de las riquezas existentes, no sólo materiales [Wernicke 2003]. Así, su poder-violencia es utilizado para la producción efectiva de desadaptación psicosocial, a veces incluso de discapacidad.

El extremo de la total exclusión / segregación / expulsión ha sido observado en innumerables oportunidades durante la historia humana, y sigue observándose en la actualidad. La buena noticia es que en esta etapa de la evolución humana le contraponemos acciones a favor de la democracia, la aceptación del otro cualquiera sea su diversidad y la inclusión sin condiciones.

| CONTINUO SEGREGACIÓN – INCLUSIÓN |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Inclusiones parciales<input type="checkbox"/> Participación<input type="checkbox"/> Integraciones parciales<input type="checkbox"/> Sobreprotección<input type="checkbox"/> Tolerancia<input type="checkbox"/> Rechazo<input type="checkbox"/> Exclusiones parciales (dinero, sexo, trabajo, conocimientos...)<input type="checkbox"/> Exclusión total<input type="checkbox"/> Expulsión / Segregación |

Cuadro 9

3. Modalidades de interacción

En su desarrollo, el individuo va adoptando desde su concepción *modalidades de interacción* [Wernicke 2004b] que el contexto le propone, casi siempre en forma inconsciente tanto para los emisores como para los receptores. Por este medio la cultura va moldeando la actividad de cada sujeto, ya que éste aprende a preferir, como satisfactores de sus necesidades primordiales, dichas modalidades y no otras. Así, en la búsqueda de los satisfactores imprescindibles para su subsistencia va aprendiendo qué modalidades son satisfactoras (deseables) y cuáles deben evitarse. De tal manera, las acciones aisladas se van convirtiendo en actitudes y hábitos a partir de experiencias repetidas que van generando respuestas repetidas, con lo que se conforma un verdadero eje de estabilidad de las características del sujeto, el trasfondo de su personalidad [Wernicke 2004b]. Dicho en lenguaje

neuropsicológico, el niño va conformando sistemas funcionales a partir de su fenotipo actual (que sólo en el instante mismo de la concepción es coincidente con el genotipo) y de los estímulos que va recibiendo, en una modificación constante. Se trata de modelos operatorios internalizados [Bowlby 1993], hilos de vida [Burkhard 2000], vínculos transgeneracionales [Ancelin 2006]. El niño pequeño aprende a reaccionar a los estímulos externos tal y como sus tradiciones transgeneracionales lo enseñan: Ante un mismo estímulo negativo, así, algunas personas lloran, otras golpean, otras más escapan, gritan, se autoagreden, se drogan, se paralizan, ríen, lo sacan de su conciencia sin darse cuenta. Ante un mismo estímulo placentero ríen, golpean, corren, gritan, se violentan a sí mismos...

Si denominamos vivencia a la emoción que sigue a un impacto estimular [Toro 2007], emoción propiamente dicha a la reacción del individuo a esa vivencia y sentimiento a la cognición explicativa de tales emociones, las modalidades de interacción constituyen aprendizajes del modo de vivenciar, del modo de responder a esas vivencias y del modo de pensar vivencias y reacciones emocionales. Esas respuestas emocionales y cognitivas van modelando incluso la personalidad toda, sobre todo a partir de interacciones más centrales, vinculares, con actitudes preponderantes "típicas de este sujeto" ante las señales del mundo, que se resumen en un "personaje" central de esa personalidad: víctima, odioso, solidario, sometido, orgulloso, vengativo, miedoso, arriesgado, escalador...

Las modalidades de interacción actúan incluso como modelo de la corporalidad (posturas, posiciones, movimientos, gestos), con lo que el cuerpo biológico se transforma en terreno representativo de lo que el individuo es, de lo que siente y del lugar que le es dado en el seno de su cultura. El status designado por la cultura toda y sus tradiciones se transforma en un rol, una función a cumplir [Montobbio 1995]. Así por ejemplo, una persona de quien se ha determinado que es discapacitada (con o sin diagnóstico de tal, con o sin deficiencia) terminará ofreciendo al mundo una corporalidad, unos movimientos y una gestualidad de discapacitado, con maneras de sentir y de pensar propias de su "condición" (en realidad un rol impuesto), con lo que la cultura comprueba que ella tenía razón.

Las modalidades de interacción comienzan siendo aficiones a satisfactores presentes en la vida del individuo a los que éste en ocasiones se adhiere por ausencia de otros satisfactores más precisos. El sujeto, entonces, usa los satisfactores presentes como satisfactores vicarios, posibles, satisfactores al fin. En algunas oportunidades esta adhesión termina mutando en adicción, cuando el sujeto rechaza cualquier otro satisfactor, aun mejor, aun presente, porque ya no puede des(a)pegarse del satisfactor vicario. En relación con el ciclo *afición – adhesión – adicción* no debe pensarse sólo en sustancias químicas (nicotinismo, alcoholismo, drogadicción) sino también en otras dependencias no materiales (al dinero, a las pantallas, a los honores, a las violencias, a las atemorizaciones, etc.). Los satisfactores originarios, verdaderos en cuanto al momento de aparición y en cuanto a su intensidad, se

hacen vicarios cuando se los utiliza fuera de tiempo, demasiado pronto o demasiado tarde en el decurso del desarrollo, o en cantidad exagerada o deficitaria. En consecuencia, se transforman en satisfactores dañinos, tóxicos biológicos y emocionales. Ante la ausencia de satisfactores verdaderos, el sujeto puede aficionarse, adherirse y quedar incluso adicto a insatisfactores, si es que la insatisfacción o la satisfacción demorada son la única opción que el ambiente brinda ante las necesidades del individuo.

Las modalidades de interacción son pasos de baile aprendidos que enseñan a seguir al antecesor cultural de acuerdo con unos movimientos determinados. Se trata de plantillas, modelos, patrones con los que luego se opera sobre el mundo. En la búsqueda de pareja muchas veces el amor mismo es confundido con la similitud entre dos personas en cuanto a sus modelos de respuesta: Se trae a la pareja respuestas aprendidas que van bien con la estimulación brindada por el otro y viceversa [Norwood 2000].

Ciertas modalidades de interacción se rigidizan y se transforman en plantillas inmodificables, estereotipos humanos. Los pasos de baile no admiten en tal caso modificación alguna, y el sujeto finalmente se somete a funcionar de una única manera, aun a costa de su sufrimiento: Ya no es que ha tenido una dificultad de aprendizaje, ahora es una persona que no aprende; ya no tiene una conducta desadaptada, ahora es un desadaptado; ya no ha bebido mucho, ahora es un alcohólico.

En su grupo el sujeto adopta esta plantilla, este estereotipo. Los demás, o por lo menos uno de los otros, adoptan la contraplantilla correspondiente, de manera de coincidir en las actitudes y en las expectativas, reforzándose mutuamente. Así es como hay personalidades co-alcohólicas o co-discapacitadas o co-esquizofrénicas (productoras / mantenedoras de alcoholismo o discapacidad o esquizofrenia sin saberlo y sin quererlo). Son contracaras provocadoras, alcoholizantes, discapacitantes, esquizofrenizantes o, dicho en términos generales, patologizantes.

Las barreras serían modalidades de interacción patologizantes, unas propuestas presentadas por la cultura durante el desarrollo, primero familiares y luego comunitarias, al sujeto recién llegado, tales que interfieren con el normal desarrollo o con su expresión. En tanto, los apoyos serían modalidades de interacción armonizantes, en el sentido de modalidades productoras y mantenedoras de salud, es decir, de bienestar bio-psico-social [Organización Mundial de la Salud 1946].

Estas modalidades de interacción no sólo pueden observarse a nivel familia – individuo, sino también en el macrosistema, donde constituyen fortísimas líneas de acción (provenientes del núcleo del poder) que se imprimen en los subsistemas concretos. El poder-violencia del núcleo cultural interfiere así con el poder-potencia que el individuo trae al mundo. “El punto importante – reclama Foucault- será saber en qué formas, a través de qué canales, deslizándose a través de qué discursos llega el poder hasta las conductas más

tenues y más individuales, qué caminos le permiten alcanzar las formas infrecuentes o apenas perceptibles del deseo, cómo infiltra y controla el placer cotidiano, todo ello con efectos que pueden ser de rechazo, de bloqueo, de descalificación pero también de incitación” [Foucault 1976]. Parafraseando a Serrat, es el poder–violencia de la cultura el que decide qué se dice, qué se hace, qué se toca. La “violencia simbólica” ejercida por la cultura [Bourdieu 2010] se hace observar en los modos de sentir, pensar y actuar la sexualidad, la medicina, la religiosidad, etc., a manera de ideologías que se cristalizan en paradigmas imperantes que todo lo tiñen. Por su parte, también los subsistemas van modelando desde dentro los sistemas más abarcativos. Correspondería por tanto más bien hablar de una red simbólica, en la que cada cual emite sus estímulos y recibe estímulos de los demás.

III. CONCLUSIONES

Vivimos a nivel mundial un cambio civilizatorio. La intención democratizante va virando, lentamente, hacia un copamiento economicista de las libertades individuales. En el mundo, la aparición de los antibióticos y los anticonceptivos trajo aparejadas la prolongación de la vida y el mayor aumento de la población mundial, así como la modificación del papel de la mujer en cuanto tal y en cuanto decisora de su reproducción. En el nivel nuclear y participante de la estructura sociocultural, la mujer se ha emancipado, aun cuando pagando por ello, por ahora, con el ingreso en el mundo masculino. De fumar y usar pantalones ha pasado a decidir su casamiento, sus embarazos y sus abortos, a preferir su carrera profesional a su papel de madre. Esta evolución es aplaudida por unos y denostada por otros.

La aparición de la digitalización ha tenido por consecuencia la menor necesidad de seres humanos para alcanzar un mismo rendimiento laboral. El corolario es obvio: Ya no habrá trabajo para todos. Esto produce derivaciones profundas: Grandes masas poblacionales quedarán excluidas del dinero necesario para su subsistencia, empujadas desde su nivel de participantes a periféricos, limítrofes y excluidos.

Dentro del capitalismo, el primer gran ensayo para hacer frente a esta situación es el neoliberalismo: Alentar la individualidad (y no la solidaridad, no la familia), la flexibilidad laboral (y no la profesionalización), la dependencia de los objetos (la electricidad, la computadora es sus múltiples variantes). Con ello, los niveles nuclear y participante toman distancia de los periféricos y limítrofes y aparecen en masa los excluidos.

Mientras se insista en la ilusión de dar y obtener trabajo como forma de ser participante de la cultura, se incrementará la ansiedad individual y grupal. Aparecen así los indignados: Aquellos que entienden que hay que salir de este sistema ilusorio y aquellos que solamente reclaman que el sistema siga, pero con ellos como participantes, y no como periféricos - excluidos. La política democrática, embarcada en promesas imposibles, debería devenir en populista primero y totalitaria después.

No llega aún la solución de separar el trabajo de la cantidad de dinero obtenido. El intento de subsidiar a algunos para calmar su hambre y sus protestas no se vive como justo porque lesiona la dignidad: Me dan dinero, pero para sentirme bien -en este mundo actual, con estos valores- necesito saber que tengo trabajo. Si sólo hay subsidio, a veces durante generaciones como en algunos países, no habrá enriquecimiento personal, y las masas de excluidos se transformarán en hordas sin rumbo. La gran ansiedad, es obvio, dará lugar a más y más violencia.

El signo de la época es la precariedad, la incertidumbre: Se sabe qué pasa hoy, pero no qué sucederá mañana. Si estudiaré, de qué viviré, en qué

nivel de la estructura social me encontraré. Los nucleares codiciosos producirán más exclusión provocando en los niveles inferiores el combate de unos con otros: periféricos, limítrofes y excluidos buscan trabajo, porque les han dicho que así conseguirán estabilidad.

Aumenta por tanto la desadaptación psicosocial. Dentro de ese panorama, aumenta asimismo la discapacidad. Con la misma carga genética, el ser humano debe enfrentarse a mayores desafíos culturales. La individualidad, vista como valor a alcanzar, lo lleva al individualismo, a contraerse dentro de sí, a depender de objetos, lo que le dificulta su relacionamiento con otras personas, la conformación de parejas estables, la convivencia, la religación con el todo desde el punto de vista espiritual.

Va de suyo que la coincidencia de una deficiencia empeora las cosas. Es útil entonces releer qué se puede hacer a favor de la discapacidad si pensamos que se trata de consejos para todas las desadaptaciones psicosociales, la mayoría de nosotros hoy. El Primer Informe Mundial sobre la Discapacidad puede volver a leerse cambiando la palabra discapacidad por desadaptación psicosocial.

El embate neoliberal predador a favor del lucro de los nucleares dejando al garete a periféricos, limítrofes y excluidos es claramente patologizante. Debe cesar porque de ningún modo puede argüirse que se trata de “daños colaterales” [Bauman 2011] producidos sin querer y sin saber. Los conocimientos están, la patología producida es previsible y prevenible.

El siglo XXI ha comenzado bajo el signo de la diversidad. Ella debe ser acompañada por el absoluto respeto a la dignidad de cada ser humano -su valor como tal. Es éste el valor a transmitir desde la educación, en la rehabilitación y en la terapia, un valor que deberá ser compartido por todos los seres humanos, comenzando por los nucleares, si es que la meta es alcanzar lo único que parece sensato tratar de lograr en la vida: el disfrute.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ancelin Schützenberger, A.: Ay, mis ancestros. Omeba 2006
2. Anokhin, P.: Problemas del centro y la periferia en la fisiología de la actividad nerviosa. Gosizdat, URSS 1935
3. Bauman, Zygmunt: Daños colaterales. F. de Cultura Económica, Madrid 2011
4. Bertalanffy, L. v.: Kritische Theorie der Formbildung. Bornträger, Alemania 1928
5. Bertalanffy, L. v.: Theoretische Biologie. Bornträger, Alemania 1933
6. Bertalanffy, L. v.: General System Theory. Braziller EE. UU. 1968
7. Bordieu, P.: La dominación masculina. Anagrama / Página 12, Buenos Aires 2010
8. Bowlby, J.: La pérdida afectiva. Paidós, Barcelona 1993
9. Burkhard, G.: Buscando el hilo de la vida. Kairós. R. Steiner, España 2000, orig. 1992
10. Ciompi, L.: Die emotionalen Grundlagen des Denkens. Vandenhoeck, Alemania 1997
11. Eccles, J.: Das Rätsel Mensch. Piper, Alemania 1979
12. Egea García, C., y Sarabia Sánchez, A.: Clasificaciones de la OMS sobre discapacidad. Boletín Real Patronato sobre Discapacidad n° 50:15-30, Madrid 2001
13. Foucault, M.: Historia de la sexualidad, T 1. Siglo XXI, Madrid 1977
14. Maturana, H., y Varela F.: El árbol del conocimiento. Ed. Universitaria, Chile 1984
15. Montobbio, E.: El viaje del Señor Down al mundo de los adultos. Masson, Barcelona 1995
16. Norwood, R.: Las mujeres que aman demasiado. Ediciones B, Buenos Aires 2000, orig. 1985
17. Organización Mundial de la Salud (OMS): Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías. Imsero, Madrid 1997
18. Organización Mundial de la Salud (OMS): Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Imsero, Madrid 2001
19. Organización Mundial de la Salud: Informe Mundial sobre la Discapacidad. OMS, Ginebra 2011
20. Organización Mundial de la Salud: Constitution. Internacional Health Conference. Nueva York 1946, última enmienda 1994
21. Perls, F.: Yo, hambre y agresión. Fondo de Cultura Económica, México 1975, orig. 1942
22. Peters, U.: Un siglo de psiquiatría alemana. Rev. de Neuro-Psiqu. 67(3-4):127-162, Perú 2004
23. Smuts, J.: Holism and Evolution. Sierra Sunrise Books, EE.UU. 1999, orig. 1926
24. Toro, R.: Biodanza. Cuarto Propio, Chile 2007, orig. 2000
25. Wernicke, C. G.: Qué es holismo. Tiempo de Integración año V n° 22, Buenos Aires 1991a
26. Wernicke, C. G.: Educación, reeducación y necesidades básicas. Cuadernos de Psicomotricidad y Educación Especial año 2 n° 4:5-31, Buenos Aires 1991b
27. Wernicke, C. G.: No todo es "orgánico". Tiempo de Integración, Año V n° 25, Buenos Aires 1991c
28. Wernicke, C. G.: Defensa, agresión violencia. Tiempo de Integración año V n° 23, Buenos Aires 1991d
29. Wernicke, C. G.: Una pedagogía Contextual. Educare IV:141-155, Univ. Nacional de Costa Rica 2003
30. Wernicke, C. G.: Cultura y evaluación. Suplemento Eduterapia n° 14, Buenos Aires 2004a
31. Wernicke, C. G.: Actividad y Problemas de conducta. Suplemento Eduterapia n° 15, Buenos Aires 2004b
32. Wernicke, C. G.: Integración e Inclusión en Educación. Suplemento Eduterapia n° 20, Buenos Aires 2008

Suplemento Eduterapia

NÚMEROS PUBLICADOS

1. Esquemas de Psicosis tempranas
2. DFH (Test del Dibujo de la Figura Humana)
3. El diagnóstico de trastorno de déficit de atención y sus límites
4. Estimulación temprana (precoz) y tempranísima
5. La Terapia de Contención en los trastornos generalizados del desarrollo
6. Sistemas funcionales y discapacidades de aprendizaje
7. Retardo mental y psicosis temprana en el ejemplo del síndrome de Rett - Parte
8. Aprender a pensar, enseñar a pensar
9. El contexto de las relaciones entre hermanos
10. La historia de la vida en el trabajo diagnóstico
11. Simetría, dominancia y preferencia
12. Proyecto Padres orientados
13. Evaluación: Principios y estrategias
14. Cultura y Evaluación
15. Actividad, Conducta y Problemas de conducta
16. Motivación y desmotivación
17. Atención Temprana: Aspectos Básicos
18. Pedagogía Contextual: Fundamentos
19. Adolescentes en la Argentina: La generación de los '80
20. Integración e Inclusión en Educación
21. Soy inquieto
22. TGD, Autismos, Asperger
23. Desadaptación psicosocial y discapacidad