

## **Desvalimiento Psicosocial en Discapacidad Motora Adquirida en la Adulthood**

Por Gustavo Nahmod<sup>1</sup>

### **Resumen**

El ingreso en el mundo de la Discapacidad en la vida adulta puede darse de manera abrupta y súbita o bien puede ser el resultado de un proceso de cronificación paulatino. Independientemente de su modalidad de acceso, en Discapacidades con tipo de Deficiencia Motora la notoria y visible exposición corporal de dicha condición de salud hace evidente el cambio que en el cuerpo en cuestión acontece. Si bien cada proceso subjetivo es único, podría esbozarse que dicho cambio conlleva particularidades que se emparentan con la lógica del Desvalimiento Psicosocial. El presente escrito se propone revisar los conceptos de Discapacidad con tipo de Deficiencia Motora y su concomitante relación con las ideas de Desvalimiento Psicosocial.

**Palabras clave:** Discapacidad Motora; Discapacidad Adquirida; Cuerpo; Desvalimiento Psicosocial.

### **Abstract**

Entry into the world of Disability in adult life may occur abruptly and suddenly or it may be the result of a gradual process of chronification. Regardless of its access modality, in Disabilities with type of Motor Deficiency, the notorious and visible body exposure of said health condition makes evident the change that occurs in the body in question. Although each subjective process is unique, it could be outlined that said change entails particularities that are related to the logic of Psychosocial Helplessness. The present writing proposes to review the concepts of Disability with type of Motor Deficiency and its concomitant relationship with the ideas of Psychosocial Disability.

**Keywords:** Motor disability; Acquired Disability; Body; Psychosocial helplessness.

---

<sup>1</sup> Psicólogo, Profesor Universitario, Doctorando en Psicología. Docente Titular de las asignaturas Psicoanálisis, Urgencias e Interconsultas, Psicopatología I, Clínica de Adultos y Jefe de Área Clínica de la Carrera de Psicología de UFLO Universidad. Presidente del Capítulo de Psicoprofilaxis Clínica y Quirúrgica de la Asociación Argentina de Salud Mental. Integrante de las Juntas de Evaluación Interdisciplinarias para la Certificación de Discapacidad del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. E-mail: gustavonahmod@yahoo.com.ar

## **Introducción**

Si bien cada subjetividad logra transitar los avatares del proceso vital de acuerdo a su propia modalidad de funcionamiento psíquico, cabría habilitar reflexiones teórico clínicas que nos permitan identificar las particularidades de este procesamiento en Discapacidades con tipo de deficiencia Motora adquiridas en la adultez.

A continuación, recorreremos el concepto de Discapacidad vigente conforme a las Normativas de la República Argentina junto con las particularidades del tipo de deficiencia Motora para así intentar identificar el Desvalimiento Psicosocial que esta condición de salud supone.

## **Discapacidad Motora**

En la República Argentina, la Agencia Nacional de Discapacidad, organismo rector y auditor de la Certificación de Discapacidad establece que para la evaluación de cualquier ciudadano que requiera la obtención de un CUD (Certificado Único de Discapacidad) se deberá reconocer e identificar su condición de salud. La condición de salud de dicho solicitante estará compuesta por las secuelas que se evidencien en él y las limitaciones discapacitantes para el normal desempeño de las actividades de la vida diaria (AVD), independientemente de su etiología, ya que esta puede ser congénita, adquirida o incluso desconocida (Licciardi, L., et. Al; 2018). Cabe destacar que la evaluación del solicitante de un CUD la realiza un equipo interdisciplinario de profesionales especialmente capacitados por el mencionado organismo rector. Los profesionales involucrados a tal proceso de evaluación son médicos/as, psicólogos/as, trabajadores/as sociales, fonoaudiólogos/as, entre otras profesiones. Los criterios para dicha certificación se encuentran documentados en las normativas o disposiciones según el tipo de deficiencia (motora, visceral, psicosocial mental, psicosocial intelectual, sensorial visual, sensorial auditiva).

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006) en su artículo 1 postula que las personas con discapacidad son *“aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones que los demás”*.

La República Argentina adhiere a la mencionada Convención y le da estatuto Constitucional a partir

de la Ley 22.431 (2008), que en su artículo 2 sostiene que una persona será portadora de una Discapacidad cuando *“...padezca 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”*.

Este marco normativo sobre la Discapacidad y los postulados conceptuales planteados por la Organización Mundial de la Salud (2001), permiten considerar la “condición de salud” de una persona y no solamente su enfermedad. Este concepto orienta la mirada a las secuelas o limitaciones significativas de la persona para el desarrollo de las Actividades de la Vida Diaria (AVD). De este modo, se pretenden integrar los ejes psicológico y social: Es decir, se propone considerar a la Discapacidad como tal cuando la persona presente en su condición de salud secuelas consideradas como “Desventajas Considerables”, y no como portador de una enfermedad determinada. El solo hecho de asociar enfermedad con discapacidad habilitaría la estigmatización, situación que se contrapone con las políticas actuales que intentan facilitar la inclusión de las personas con discapacidad y la eliminación de los prejuicios.

Por otra parte, se reserva la idea de discapacidad motora para designar en términos globales a las deficiencias en las funciones y estructuras corporales de los sistemas osteoarticular y neuromusculotendinoso (asociadas o no a otras funciones y/o estructuras corporales deficientes), y las limitaciones que presente el individuo al realizar una tarea o acción en un contexto/entorno normalizado, tomado como parámetro su capacidad/habilidad real, sin que sea aumentada por la tecnología o dispositivos de ayuda o terceras personas.

Es decir que hablamos de Discapacidad Motora o Discapacidad con Tipo de Deficiencia Motora cuando la persona en cuestión evidencie en su condición de salud limitaciones funcionales o secuelas que impacten significativamente en sus actividades de la vida diaria ocasionando así barreras significativas en su participación social.

De este modo, el ingreso en el mundo de la Discapacidad con tipo de deficiencia Motora supone un notorio cambio en el cuerpo, (Cantis, 1998) ya sea cuando la condición de salud es a causa de una amputación (traumática o terapéutica) o por una enfermedad crónica como podría ser una esclerosis múltiple. En el primero de los ejemplos citados se evidencia la pérdida de un miembro de manera abrupta y por lo tanto esto producirá modificaciones anatómicas considerables y en el segundo de los ejemplos citados el cuerpo se verá afectado a nivel funcional y su evolución será paulatina y no necesariamente discapacitante, ya que enfermedad crónica no es sinónimo de discapacidad, allí la lógica de la condición de

salud echa luz sobre esta disyuntiva.

Los cambios significativos en el cuerpo, ya sea desde el punto de vista anatómico y/o funcional modifican en forma sustancial la posición subjetiva de quien aloja ese cuerpo. Estas secuelas que se ponen de manifiesto en lo anatómico y/o en lo funcional requieren una nueva posición subjetiva que atraviesa no solo al cuerpo sino también lo psicosocial (Nahmod, 2016).

### **Desvalimiento Psicosocial y Discapacidad Motora**

Siguiendo la lógica planteada por Nasio (1998), sería falso creer que el dolor psíquico es un sentimiento exclusivamente provocado por la pérdida de un ser querido; también puede ser el dolor del abandono, cuando el ser amado nos retira súbitamente su amor; de la humillación, cuando somos profundamente heridos en nuestro amor propio; y el dolor de la mutilación cuando perdemos una parte de nuestro cuerpo o vemos limitadas algunas de sus funciones. Todos estos dolores son, en diferentes grados, dolores de amputación brutal de un objeto amado, aquel al cual estábamos tan intensa y duraderamente vinculados que regulaba la armonía de nuestro psiquismo.

Es decir, que si nuestro cuerpo tal como está conformado originariamente regula la armonía de nuestra vida psíquica, un cambio abrupto podría impactar sobre dicha armonía. Por lo tanto, lo psíquico en su estrecho vínculo con lo corporal se verá conmovido en su equilibrio habitual cuando algo del orden de lo inesperado y que no guarda representación psíquica acontece.

Así, si lo antedicho es vivenciado como pérdida, se producirá una retirada de la investidura del mundo exterior, que se observará en la clínica como una desazón profunda, un desinterés generalizado, propios del estado del duelo, en este caso, dado por la constatación objetiva de las nuevas limitaciones del propio cuerpo, que quedarán probablemente asociadas a sentimientos de inferioridad que se verán avalados por las experiencias objetivas. De este modo, las secuelas físicas en su constante vínculo con sentimientos de impotencia generan irritabilidad, angustia, entre otros sentimientos y constatan la ruptura de la barrera de protección antiestímulo (Maldavsky, 1992).

Esta nueva situación psicofísica confronta a quien la habita con las ideas planteadas por Freud {2001, (1919)} acerca de lo Ominoso<sup>2</sup>. Lo siniestro u ominoso pertenece al orden de lo terrorífico, lo que

---

<sup>2</sup> El concepto freudiano *Unheimlich* ha sido traducido al español como “Lo siniestro” según la edición de Luis López Ballesteros o como “Lo Ominoso” en la traducción propuesta por Amorrortu Editores (Standard Edition).

excita angustia y horror. Es aquello ante lo cual el sujeto no se orienta; asociado a lo no familiar, lo diferente. Aquello que será pertinente mantener en forma clandestina, oculta para que otros no sepan de ello ni acerca de ello, esconderlo. Esto provoca horror angustioso ya que se contraponen lo familiar y agradable y se torna clandestino, debe mantenerse oculto. Desde la noción de lo entrañable, hogareño, se desarrolla el concepto de lo sustraído a los ojos ajenos, lo oculto, lo secreto. Freud asociará lo ominoso con miembros seccionados, cabeza cortada, mano separada del brazo. La ominosidad se debe a su cercanía respecto del complejo de castración. Un asunto del examen de realidad, una cuestión de la realidad material.

De este modo, un cuerpo atravesado por tal alteración se ve conminado a permanecer en secreto, en lo oculto. Si sale a la luz pone en evidencia una falta estructural que nos interpela. Es frecuente que el temor y las fantasías con ser visto lleve al paciente a ubicarse en el terreno de lo ominoso; situación que refuerza el retraimiento; en algunos casos nos encontramos con pacientes que procuran no salir a la calle, intentan ser vistos lo menos posible, cubrir la ausencia de su "falta"; no concurrir a reuniones sociales, independientemente de si su entorno se presta continente y acompañando su nueva situación vital a pesar de sentirse atravesados por también por esta nueva realidad. Por momentos la pérdida específica intenta apoderarse de su ser, sus afectos, sus vínculos significativos.

Así, vemos la convivencia de las secuelas físicas, con el desvalimiento psicofísico.

En este terreno la angustia ante la castración se hace presente en la realidad de un cuerpo. La fantasía de castración se concreta, donde lo ominoso, que destinado a permanecer oculto, ha salido a la luz.

La posibilidad de poner palabras en el intento de tramitar o elaborar lo perdido será sin dudas uno de los caminos hacia la integración de lo perdido en lo psíquico. De este modo, las palabras en tanto soporte simbólico lograrán trazar un nuevo camino hacia la constitución de una subjetividad probablemente arrasada o al menos conmovida.

El objetivo del análisis será elaborar lo perdido y potenciar lo que se conserva para así habilitar el camino hacia una nueva posición subjetiva.

Este proceso que se dará a partir de la palabra consistirá en incorporar a la dinámica psíquica la nueva realidad psicofísica. Llevar a cabo el duelo objetal: transitar la tristeza y el dolor por lo que se perdió de sí. Poner en marcha el trabajo del duelo narcisista necesario para comenzar el proceso transformación intrapsíquica. La pérdida será entonces de un cuerpo originario, esto conlleva a la elaboración de una nueva imagen corporal; será también a nivel narcisístico donde subjetivamente se tendrá que elaborar una nueva posición y será también de una situación social perdida que habrá de transformarse.

El abordaje clínico propuesto toma como punto de inicio alojar al paciente posibilitando la emergencia de la palabra concibiéndolo como una Unidad Integral, donde lo psíquico es una instancia; aquella instancia sobre la cual trabajaremos, pero no es una instancia aislada, sino integrada a una totalidad bio psico social. Podemos pensar que así se podrá inaugurar un nuevo sujeto psíquico, una nueva subjetividad, donde la posición será diferente.

Aquí se da entonces la convivencia de una pérdida bio psico social. Se ha perdido un fragmento del cuerpo real, que ha dejado una marca psíquica. A raíz de dichas pérdidas, la posición social también se pierde, no solo por la fantasmática subjetiva sino también por la pérdida real, donde los roles ocupados hasta el momento, no podrán ser cubiertos; las actividades sociales y laborales se ven afectadas, se hace necesario una reestructuración, un cambio de lugar social.

El rol del analista será ofrecerse como sede de lo depositado por el paciente; sostener, oír y acompañar el dolor ofreciéndose como otro Yo dispuesto a alojar lo que para el paciente sea imposible de contener y procesar.

## Referencias

- Cantis, J. (1998). *"Afasia o el Ingreso Abrupto al Mundo de las Discapacidad en la Etapa Adulta"*. *Actualidad Psicológica*, 256.
- Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo. Asamblea General de las Naciones Unidas. (2006).
- Dolto, F. (2012). *La Imagen Inconciente del Cuerpo*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Freud, S. {2001, (1919)}. "Lo Ominoso". En *Obras Completas Vol. XVII*. Amorrortu Editores.
- Ley 22.431. Sistema de Protección Integral de las Personas Discapacitadas.
- Ley 26.378. Aprobación de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo.
- Licciardi, L; Dardik, F.; Magnífico, V.; Petit, C.; Nahmod, G. (2019). "Acerca del otorgamiento de un certificado de discapacidad a partir de un fallo judicial". Trabajo presentado en las VII Jornadas Nacionales de Discapacidad y Derechos, Córdoba.
- Maldavsky, D. (1992). *Teoría y clínica de los procesos tóxicos*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Nahmod, G. (2016). "La elaboración de lo ominoso en discapacidades adquiridas". En Trímoli, A.; Grande, E.

“Los límites de la Clínica”. Asociación Argentina de Salud Mental.

Nasio, J. (1998). *El libro del dolor y del amor*. Buenos Aires: Ed. Gedisa.

Normativas para la Evaluación de Discapacidad según el Tipo de Deficiencia (SNR, 2015): Deficiencia de Origen Físico Motor (Disposición N°1019/2015).

Organización Mundial de la Salud (2001). Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF).

Fecha de recepción: 11 de noviembre de 2021

Fecha de aceptación: 31 de diciembre de 2021