

Discapacidad intelectual: entre salud y educación.

Emilse Pérez Arias.

Cita:

Emilse Pérez Arias (2020). *Discapacidad intelectual: entre salud y educación*. Congreso Nacional de Discapacidad. Dirección de Discapacidad Municipalidad de Malargüe, Malargüe.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/emilseperezarias/3>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/peoc/ngM>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.
Para ver una copia de esta licencia, visite
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

Discapacidad intelectual: entre salud mental y educación

Aportes desde el campo del psicoanálisis

Lic. en psicología Emilse Pérez Arias

“Nuestra vida es, desde el comienzo,
vida social, comunitaria.”
Diego Singer, 2019¹

El presente trabajo es una invitación a reflexionar respecto de cuál es el lugar de las intervenciones en discapacidad intelectual. Si pensamos a la discapacidad intelectual como un problema de salud su abordaje se realizará desde dispositivos sanitarios. Si la pensamos, en cambio, como una limitación para transitar los procesos educativos comunes (ya estoy diciendo mucho en poco tiempo...) su abordaje tendrá que ver con dispositivos educativo/pedagógicos que intervengan con miras a un proceso de aprendizaje integrado. La discapacidad en sí misma no es considerada, hoy, una enfermedad del individuo. Pero no lo fue así siempre. Hay muchas definiciones de discapacidad, pero hay una que a mi me ha servido como brújula para orientarme: “discapacitado es aquel individuo que no puede insertarse plena y fácilmente dentro del sistema de producción de bienes y servicios de una comunidad determinada.” (SILBERKASTEN, 2006, 31) La discapacidad es, ante todo, una limitación para producir y circular en la comunidad. Esta limitación tendrá sus grados, sus representaciones contextuales sociales, estará más o menos estigmatizada, su comunidad podrá oficiar más o menos como facilitador o barrera, pero es ante todo una limitación para la producción y circulación por los espacios comunes.

Dentro del extenso y complejo campo de la discapacidad, el especialísimo caso de la discapacidad intelectual por sus presentaciones, comorbilidades y síntomas asociados, más que otro tipo de discapacidades, nos coloca en la tensión entre los campos de abordaje de salud mental y educación. Me propongo hacer un tránsito por esa conjunción de campos.

¹ Taller de filosofía de Diego Singer: “Judith Butler. Cuerpos y disidencias.” Buenos Aires, Marzo de 2019.

Un pasaje por los modelos de atención en discapacidad y sus clasificaciones

“Aquí no se trata solamente de comprender cómo el discurso agravia a los cuerpos, sino de cómo ciertos agravios colocan a ciertos cuerpos en los límites de las ontologías accesibles, de los esquemas de inteligibilidad disponibles.”

Judith Butler, 2002

La historización es un primer ejercicio necesario de reflexión para entender que lo que consideramos hoy como realidad dada o “natural” no lo fue así siempre, permite poner de relieve el carácter construido y por lo tanto contingente de nuestras conceptualizaciones; lo que nos otorga un margen de acción para revisar, desde una mirada crítica, nuestros modos de pensar e intervenir. La conceptualización y tratamiento de la discapacidad no es una excepción, tiene su historia. Agustina Palacios ha hecho una imprescindible historización de los imaginarios sociales y abordajes en discapacidad.

En primer lugar ubica al **modelo de prescindencia**, a partir de las edades antigua y media, en el que la discapacidad es de origen religioso, considerada un pecado, un castigo divino, por lo cual debía ser excluida y hasta aniquilada. Este modelo tiene como actor protagónico a la Iglesia o al sacerdote y considera que “la persona con discapacidad no tiene nada que aportar a la comunidad, es un ser improductivo” (PALACIOS, 2008, 37), por ende puede prescindirse de ellas. Se los considera peligrosos e innecesarios, ¡hasta subhumanos! Por lo que la respuesta social oscila entre la compasión, el temor, la segregación, el hoy llamado “bullying” y la eugenesia o infanticidio. “Ya sea por menosprecio, ya sea por miedo—, la exclusión parece ser la mejor solución y la respuesta social que genera mayor tranquilidad” (54). Discapacidad y pobreza se aglutinan en este modelo, ya que la exclusión y marginación social de las personas con discapacidad las condena a la mendicidad o a ser meros receptores de

prácticas caritativas. Ya sea por miedo o por rechazo, el destino de la discapacidad para este modelo es la exclusión de los espacios comunes de circulación social.

En segundo lugar asistimos al **modelo rehabilitador**, con la figura del médico como actor principal. La discapacidad ya no es considerada de origen religioso, pretende evidenciar sus causas en la evidencia científica, por lo tanto es una enfermedad o déficit de la persona que puede ser tratada y debe ser normalizada. Las causas que originan la discapacidad y la limitación de la integración se ubican en un déficit funcional de la persona respecto de un funcionamiento considerado normal, excluyendo así factores sociales o culturales. La respuesta o actitud social frente a la persona con discapacidad es paternalista o sobreprotectora, el sujeto con discapacidad queda en un lugar de inferioridad, pasivo, receptivo de las clasificaciones y prácticas. La norma o la media es el modelo al que se apunta, y al que el discapacitado debe acercarse lo más posible para poder tener una circulación por espacios comunes, para poder integrarse. El campo de producción de conocimiento científico en torno a la discapacidad comienza a gestarse. Es la era de la psicometría, saber que le otorga un manto de científicidad a los parámetros que marcan una línea demarcatoria entre lo normal y lo desviado. En el caso de la discapacidad intelectual, el test de coeficiente intelectual (CI), elaborado por Binet y Simon en 1905, se configura como medida del funcionamiento intelectual, otorga la puntuación media respecto de la cual se es normal, se está en déficit o se es superdotado. No en vano, luego de la aparición de esta medición de la inteligencia, en 1909 se acuña por primera vez la definición de “debilidad mental”, expresión acuñada por Dupré “que extiende a lo mental una calificación hasta entonces reservada a lo físico (inicialmente el término de `debilidad` proviene del latín *habilis*)” (BRUNO,1996,41). De hecho, el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) en su cuarta edición (1994) utiliza puntos de corte de puntuaciones del CI para determinar los distintos niveles de retraso mental (APA,1994,41-2). Hay que decir que los devastadores efectos en la población de la primera y segunda guerra mundial generaron un cambio en los modos de pensar y abordar la discapacidad, “el nacimiento

del movimiento médico y de la psicología de la rehabilitación y su expansión a otros campos.” (PALACIOS, 2008, 69) Es en este contexto en el que puedo ubicar la gestación de los abordajes “especiales”, prácticas dirigidas específicamente a personas con discapacidad intelectual -no en vano denominadas, aún actualmente, de “capacidades especiales”. La institucionalización en dispositivos especiales, la asistencia estatal por medio de la seguridad social y el empleo protegido son las intervenciones que se enmarcan en este modelo. La práctica de la institucionalización de la discapacidad intelectual consagra su vecindad con las enfermedades mentales y conlleva el riesgo de (re)producir segregación y marginación, efectos aún hoy presentes del modelo (no del todo perimido) de prescindencia. Los problemas, reduccionismos y riesgos de este modelo cimientan la necesidad de otra modalidad de conceptualización y abordaje.

Por último, ubicamos al **modelo social**, se gesta en los Estados Unidos e Inglaterra en los años setenta, a partir de organizaciones de personas con discapacidad que reclamaban ser parte actora en la definición de políticas, igualdad de derechos y la visibilización de los efectos que las barreras socioambientales tenían en su discapacidad. Este modelo aporta una mirada más integral y compleja del fenómeno de la discapacidad, incorporando la perspectiva de derechos. Aquella empieza a ser considerada como un fenómeno complejo y por ende multicausal, si bien las causas biológicas no se niegan, toman preponderancia los factores sociales y culturales. Según este modelo, las causas de la discapacidad son preponderantemente sociales y tienen que ver con las limitaciones del contexto comunitario y social para incluir a las personas con discapacidad. En este sentido, el alcance de una discapacidad tendrá que ver con las posibilidades de acceso de la persona a los espacios comunes de circulación como condición para la igualdad de derechos y oportunidades. La persona con discapacidad o diversidad funcional empieza a emerger como sujeto digno de derechos, se presupone su capacidad y derecho a tomar decisiones, por ende las intervenciones en este modelo tienden a la recuperación o sostenimiento de su

autonomía. Esto se ve reflejado en los modos de clasificar, conceptualizar y abordar la discapacidad. La mayoría de las clasificaciones comienza a hablar de dos grandes campos de factores: el funcionamiento de la persona y su contexto². La Organización mundial de la salud (OMS) en el 2001 publica su “Clasificación Internacional sobre Funcionamiento, Discapacidad y Salud” (CIF, 2001). Resulta muy interesante introducir aquí las referencias al contexto social de la discapacidad:

“Los componentes del funcionamiento (todos y cada uno de ellos) se ven influidos por los factores contextuales, tanto ambientales como personales.” (...) “Los factores ambientales, entendidos como la influencia externa sobre el funcionamiento y la discapacidad, cuyo constructo es el efecto facilitador o barrera de las características del mundo físico (y) social”. (...) “Los factores ambientales actuarán de forma positiva si su presencia supone un facilitador para superar la deficiencia, las limitaciones en la actividad o las restricciones en la participación y será negativo en tanto que suponga una barrera u obstáculo que entorpezca o agrave cualquiera de los componentes anteriores.” (EGEA-SARABIA, 2001, 21-3)

Este cambio en la conceptualización de la discapacidad cambia a su vez el eje de las políticas e intervenciones en torno al tema, poniendo el foco en los contextos socio-comunitarios de las personas con discapacidad y las barreras de accesibilidad. Este modelo se sitúa resaltando las capacidades por sobre el déficit, sosteniendo un enfoque de derechos bajo el supuesto de igualdad de oportunidades de acceso. Si se parte del supuesto de capacidad (por más diversa que esta sea) de funcionamiento e integración en los espacios comunes, la introducción de apoyos o dispositivos “especiales” no se realizará a-priori sino sólo cuando sea necesario y cuando favorezca fehacientemente la integración en la comunidad. “La educación debe tender a ser inclusiva —adaptada a las necesidades de todos y todas— como regla, reservándose la educación especial como última medida.” (PALACIOS, 2008, 105).

² Resulta por lo menos notable que la quinta y última edición del DSM (APA, 2014, 33-41) si bien cambia el perimido término de retraso mental por el de discapacidad intelectual (acorde a la última denominación acuñada por la Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo - AAIDD), en su apartado de relación con otras clasificaciones no haga mención a la CIF de la OMS. Sus criterios diagnósticos siguen centrándose en factores de la persona, sin hacer mención a su interacción con los factores socio-ambientales.

Es ineludible mencionar que en el marco de este modelo se gestó la Convención de los Derechos de las personas con Discapacidad (ONU, 2006), que se constituyó como marco normativo necesario para promover la igualdad de derechos y de acceso a la participación social.

Resumiendo, podemos decir que las conceptualizaciones y abordajes sobre discapacidad a lo largo de la historia han puesto el eje ya sea en el individuo (en los modelos de prescindencia y rehabilitador, por motivos religiosos o psico-biológicos) y/o en su contexto socio comunitario (modelo social).

Llegados a este punto les propongo un ejercicio reflexivo: ¿en qué modelo/s situamos nuestras intervenciones o los contextos institucionales de ellas? ¿El modelo de prescindencia y exclusión se encuentra todo lo perimido que debería estar? ¿Qué camino nos falta por recorrer para lograr una plena implementación del modelo social? Nos reencontraremos luego con estos interrogantes.

Maud Mannoni y la visibilización del riesgo de los abordajes psicoeducativos que descuidan la subjetividad

“La inteligencia no es un valor meramente cualitativo (...) está ahí para servir a fines que corremos el peligro de no captar.”

Maud Mannoni, 1964

Según se pudo anticipar, es en el marco del modelo rehabilitador que se consagran los dispositivos de abordajes educativos especiales para la discapacidad intelectual. Es en estos dispositivos que el abordaje bascula entre un posicionamiento sanitario y educativo por parte de sus actores. El rol de los profesionales o encargados del cuidado institucional excede su función de agentes salud para cumplir además un rol

educativo³. “El rol que asumen los médicos y terapeutas desde este modelo presupone establecer una relación de maestro—alumno, y otorgar prioridad a uno sobre el otro, asumiendo los profesionales de la salud mucho más que el rol de médicos”. (PALACIOS, 2008, 99)

Para introducirnos en el campo del abordaje psicoanalítico es necesario abrir un paréntesis: discapacidad intelectual (DI) y debilidad mental no son términos que se superponen completamente. La discapacidad, según vimos anteriormente, tiene que ver con una limitación en el funcionamiento y la participación en un contexto determinado. En cambio, la debilidad mental, desde el campo del psicoanálisis, nos habla de la relación del sujeto con el saber y del lugar que ocupa respecto del deseo del Otro⁴. Lacan nos habla precisamente de un “no saber hacer con el saber” (1977) y Bruno de un malestar en relación al saber (1996, 50). El débil se coloca en una relación de exterioridad respecto del saber, en una relación en la que él nada comprende (LAURENT, 1989, 145) o nada quiere saber. Si hay alguna función respecto de la cual el débil está en déficit es la de leer “entre líneas”, *inter-legere* (LACAN, 1974)⁵, las diferencias entre el enunciado (lo que el otro dice) y la enunciación (lo que el otro quiere decir o desde dónde lo dice). Al no poder leer o tomar entre líneas lo que el otro dice, se hace siervo de un otro incuestionable en su veracidad. El Otro del débil es un Otro completo, sin fallas, incuestionable. Esta imposibilidad de cuestionar el discurso del Otro lo deja más expuesto a quedar como su objeto, aunque más no sea para asegurarse un lugar en relación al Otro.

³ Es interesante destacar aquí dos indicadores de la pregnancia del modelo educativo en el discurso de las personas internadas: suelen referirse a la institución y/o hospital como “colegio” y a sus historias clínicas como “boletines”.

⁴ Muy resumidamente podemos decir que el “Otro” con mayúscula constituye el lugar que recibe y aloja al sujeto aun antes de su venida al mundo. Es un lugar simbólico, cultural y social pero también un lugar real e imaginario que presta su cuerpo para que ese sujeto se constituya. Lacan nos dice que solo después de ser alojado por ese Otro el sujeto pasa de ser un cachorro humano a un sujeto (LACAN, 1988 (1949). Para ir más lejos a riesgo de complicar la cosa, podemos decir que para que ese cachorro humano advenga como sujeto debe ser deseado por ese Otro, debe hacerle falta sin colmarla, ya que si la colma se habilita el riesgo de convertirse en objeto de ese Otro.

⁵ Anny Cordié (1994, 170-1) pone el acento en otra acepción del término “legere”, que en latín además de leer significa escoger, elegir. Entonces, es débil mental quien tiene justamente dificultades para elegir, es decir, situarse en un deseo.

Esto nos permite pensar que, si bien pueden superponerse en algunos casos, pueda haber debilidad mental sin discapacidad intelectual. Es decir, un sujeto que tenga una relación de malestar con el saber sin tener limitadas su funcionalidad ni participación social. Cerramos paréntesis.

Es Maud Mannoni quien en 1964 inaugura el abordaje psicoanalítico para la debilidad mental, considerándola como una perturbación a nivel del vínculo del niño con su madre (haya o no organicidad), quedando como objeto que colma su falta, lo que lo inmoviliza en un rol social de discapacitado (1964, 28). Si bien no menosprecia los abordajes educativos, considera que los mismos serán ineficaces hasta que no se trabaje la dimensión subjetiva del sujeto, hasta que no haya un sujeto actor (y no mero objeto receptor) de los procesos educativos. Si no hay lugar para el sujeto, el proceso educativo corre el riesgo de volverse un trámite (Peusner, 2010). Así inaugura el aporte del psicoanálisis al campo del abordaje de la debilidad mental, situando la posición diferencial del psicoanalista respecto de otros especialistas: “el consultor sabe y reduce el problema del débil a un problema educativo, yo he optado por no saber y no reeducar apresuradamente al síntoma.” Propone no resolver o llenar rápidamente el déficit. “No quiero impulsar el hacer del sujeto. El contexto afectivo ha sido descuidado en beneficio de una orientación basada en un factor cuantitativo deficiente” (29). Mannoni nos da una indicación invaluable para los que trabajamos en el abordaje de la discapacidad intelectual, nos invita a no ocupar el mismo lugar que ha tenido el Otro del débil en su trama familiar: un Otro que todo lo sabe y desea por él, quedando así inhabilitada su dimensión subjetiva. “Estos niños que son, desde el comienzo, por su estado, objeto exclusivo de los cuidados maternos, sin intervención de la de la ley encarnada en la imagen paterna, recrean en su vida escolar un mismo tipo de relación, con alguien dedicado por completo a ellos y encarnando en su lugar el deseo (de adaptarse, de progresar, etc...).” (39) Nos invita así a no reproducir en el abordaje de la discapacidad una dimensión “debilitante”, lo que fija al débil en el lugar del que no sabe (no puede) ni desea. Es ofreciéndose desde una posición vacía de saber, absteniéndose de saber o desear por él que puede lograrse un cambio de

posicionamiento en el niñx débil: “El niño aspira a recibir del Otro una respuesta que lo libere de responsabilidad en el plano instintivo (...) Vedádo(le) toda respuesta es como se le conduce a la sola salida posible: hacia una eventualidad, no de curación, pero sí de utilización máxima de sus posibilidades intelectuales, en un cuerpo por él reconocido” (31). Considero que este posicionamiento podría enmarcarse en el modelo social porque justamente pretende rescatar la dimensión subjetiva, favoreciendo un posicionamiento autónomo, otorgándole a ese niñx la posibilidad de desear y hacer por sí mismx, trascendiendo el lugar de discapacitadx en el que se lo ha fijado. Al apostar siempre a la dimensión subjetiva, el psicoanálisis así se posiciona como una práctica con enfoque de derechos humanos.

Hacia un abordaje integrativo de la discapacidad orientado por la ética

“Una norma que uno nunca elige, una norma que nos elige, pero que nosotros ocupamos, invertimos y resignificamos, puesto que la norma nunca logra determinarnos por completo.”

Judith Butler, 2002

La discapacidad intelectual es “prima hermana” de la locura, ha compartido con ella el estigma que ha pesado y pesa aún sobre las personas con padecimiento mental. La tendencia inmediata del humano a lo largo de los siglos ha sido la exclusión del diferente, del que cuestiona su *statu quo* y por ende el que pone en riesgo su estabilidad, pertenencia y permanencia en los estratos sociales integrados. Es solo en un segundo momento reflexivo e instituyente, habilitado por los abordajes orientados por un enfoque de derechos, que la sociedad se habilita repensar el tratamiento a la diferencia.

“El psicoanálisis es el heredero de los derechos humanos”⁶, ha dicho Colette Soler en una entrevista brindada a un diario local, con lo que no podría estar más de acuerdo. El

⁶ <https://www.pagina12.com.ar/70045-el-psicoanalisis-es-el-heredero-de-los-derechos-humanos>

psicoanálisis, con su oferta subjetivante, es una herramienta que aporta en el sentido de la subjetivación y se configura como contradispositivo frente a las prácticas que se proponen la homogeneización, normalización y el arrasamiento de la subjetividad y las diversidades. “Medicalización no implica solamente, desde la lógica de Foucault, administrar fármacos. Se refiere, más bien, a todas las prácticas, a todas esas tecnologías del comportamiento que buscan normalizar [...] Un analista es aquel que soporta no normalizar.” (Mitre, 2018, 30)

Considero que es pertinente que los que trabajamos con discapacidad nos preguntemos hasta qué punto el modelo de prescindencia está presente en nuestras formas de pensar y abordar la discapacidad, si se trata sólo de una cuestión de limitación de recursos disponibles en salud y educación para ofrecer abordajes más integrativos o si de alguna manera aún hoy persisten concepciones en discapacidad que sostienen abordajes centrados en la especialización y exclusión de la discapacidad. “Cuando decimos que no circula , eso no significa que el discapacitado sólo se quede en casa (...) va a lugares pero solo lugares de estigmatización representacional, esto es instituciones que los nuclean en tanto que discapacitados; el carné y cuota de ingreso es la discapacidad.” (SILBERKASTEN 2006, 46) Considero que la institucionalización de personas con discapacidad en instituciones que solo nuclean personas con dicha condición corren el serio riesgo de reproducir la misma.

Cuestionando la matriz normativa es como podemos tender alianzas solidarias con la diferencia

“Las personas (...) nunca habitan por entero el ideal al que se pretende que se asemejen.”

Judith Butler, 2002

Mi reciente acercamiento con la prolífica obra de Judith Butler en relación al género me permitió encontrarme con ideas que pueden aportar a la integración de las personas con discapacidad, disidentes que cuestionan el pretendido ideal de normalidad. “El

ideal descriptivo crea la expectativa de que es posible ofrecer una enumeración completa y final de rasgos.” (BUTLER, 2002, 310) ¿Se trata de hacer encajar a las personas con discapacidad en la pretendida matriz de normalidad o se trata de hacer estallar justamente ese ideal? La integración plena de las personas con discapacidad, desde mi punto de vista, comienza con un trabajo incisivo sobre las (propias) representaciones sociales, sobre el imaginario social de la discapacidad. Butler propone en ese sentido que reconocer la incapacidad de la norma -entendida esta como la que delimita lo normal o común de lo patológico o diferente- para hacer lugar a todos los que pretende englobar, reconocer que no encajamos nunca del-todo en esa norma nos permite ser más solidarios con la diferencia. “Si el término no puede ofrecer el reconocimiento último (...) puede ocurrir que la afirmación de ese deslizamiento, ese fracaso de la identificación, sea en sí misma el punto de partida de una afirmación más democratizadora de la diferencia interna. (...) Esto es lo que ofrece una “una promesa de solidaridad” (308). La norma, la “media”, nos pretende homogéneos en relación a cierto ideal de normalidad. Reconocer nuestro propio desajuste con la norma nos permite tender puentes con los que se considera que corporizan a la diferencia. “No es que se le confiera el reconocimiento a un sujeto; el reconocimiento forma a ese sujeto. Además, la imposibilidad de lograr un reconocimiento pleno, es decir, de llegar a habitar por completo el nombre en virtud del cual se inaugura y moviliza la identidad social de cada uno, implica la inestabilidad y el carácter incompleto de la formación del sujeto.”(317) Esto permite inaugurar la posibilidad de pensar categorías sociales más flexibles y por ende, más amables con la diferencia o diversidad. “Una categoría que nunca podrá describir plenamente a aquellos a quienes pretende representar. Como resultado de ello, será necesario ratificar la contingencia del término: permitir que se abra a aquellos que quedan excluidos por el término.” (323) Si se cuestiona la norma hegemónica, la diferencia y el “déficit” pierden sentido.

Reconocer la contingencia de lo que se nos impone como norma hegemónica, reconocer la falla universal de la norma, que todos somos fallados en relación a una norma que se pretende hegemónica y homogeneizante promueve acciones sociales y

políticas más inclusivas con lo diverso, con lo disidente respecto de la norma. A fin de cuentas, la diferencia nos habita a todes.

Referencias bibliográficas

- Asociación americana de psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (4^a ed.). Estados Unidos. 1994.
- Asociación americana de psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5^a ed.). Estados Unidos. 2014.
- Bruno, P. Al Margen. Sobre la debilidad mental. Revista Pliegos N° 1. Enero de 1996.
- Butler, Judith. Cuerpos que importan: sobre los límites materiales y discursivos del sexo. Paidós. Bs. As. 2002.
- Egea, Carlos y Sarabia, Alicia. Clasificaciones OMS sobre la discapacidad. España, 2001. Disponible en https://www.um.es/discatif/METODOLOGIA/Egea-Sarabia_clasificaciones.pdf
- Lacan, Jacques. El estadio del espejo como formador de la función del yo (je) tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica. En *Escritos 1*. Ed. Siglo XXI. Bs. As. 1988.
- Lacan, Jacques. Seminario 22. Clase del 10/12/74. Inédito.
- Lacan, Jacques. Seminario 24. Clase del 11/01/77. Inédito.
- Laurent, Eric. El goce del débil. En *Niños en psicoanálisis*. Ed. Manantial. Bs. As. 1989.
- Mannoni, Maud. El niño retardado y su madre. Ed. Paidós. Bs. As. 2008.
- Organización de las Naciones Unidas. Convención sobre los Derechos de personas con Discapacidad. 2006. Disponible en: <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. IMSERSO. Madrid, 2001.
- Palacios, A. El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Colección CERMI. Editorial Cinca. Madrid, 2008. Disponible en

<https://www.cermi.es/sites/default/files/docs/colecciones/Elmodelosocialdediscapacidad.pdf>

- Silberkasten, M. La construcción imaginaria de la discapacidad. Ed. Topia. Bs. As. 2006.